

Медицинская

14 сентября 2022 г.
среда
№ 36 (8054)

Газета®

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

Заявление президента Национальной медицинской палаты Леонида Рошаля по делу Белой и Сушкевич.

Стр. 4

Нужно ли разрабатывать новую федеральную антиалкогольную программу?

Стр. 10

Эндоскопия: прошлое, настоящее, будущее.

Стр. 12

Акценты

Новые врачи — новые возможности

Целевое обучение как гарантия трудоустройства и уверенности в завтрашнем дне

Как известно, целевое обучение — не панацея, а всего лишь один из способов решения кадрового вопроса в сфере здравоохранения. После такой подготовки в медицинских вузах молодые врачи должны вернуться работать на малую родину.

Одним из специалистов, окончивших обучение по целевому набору, стала Диана Оразова. Девушка родилась и выросла в ауле Махмуд-Мектеб Нефтекумского района Ставропольского края, там же окончила среднюю школу. Получив направление от Нефтекумской районной больницы и успешно пройдя вступительные испытания, Диана стала студенткой педиатрического факультета Ставропольского государственного медицинского университета. С выбором факультета долго не раздумывала: всегда хотела стать именно детским врачом. Чтобы лучше освоить практику, на последних курсах параллельно с учёбой работала медицинской сестрой в инфекционном отделении детской краевой больницы. «О том, что буду делать после получения диплома, куда идти работать, я не задумывалась, как многие студенты. Потому что знала, меня ждут, для меня есть место. Старалась обрести как можно больше знаний во время обучения, перенять опыт старших коллег. В моей помощи нуждаются маленькие пациенты нашего района, и я рада, что теперь могу начать оказывать им эту помощь. Решение кадрового вопроса является одной из ключевых целей программы модернизации первичного звена здравоохранения Ставропольского края национального проекта «Здравоохранение». И таких молодых специалистов-медиков, уверенных в завтрашнем дне, на Ставрополье сотни и сотни. В данном случае, «сотни» — не фигура речи, а факт. Только в этом году в больницы и поликлиники региона на работу должны выйти около 150 молодых врачей, окончивших целевое обучение», — рассказала она корреспонденту «МГ».

Напомним, что на прошлой неделе комментарий об обязательном распределении выпускников медицинских вузов (нецелевиков) на



Молодой специалист Диана Оразова

определенные места работы после окончания учёбы дал первый заместитель министра здравоохранения Российской Федерации Виктор Фисенко. Он считает, что это отпугнет поступающих в медицинские вузы.

По крайней мере так Фисенко ответил на предложение участников сессии Восточного экономического форума «Система здравоохранения: доступность, качество, курс на результат» ввести для выпускников медвузов обязательную отработку по специальности в течение 3-5 лет, если студент учился на бюджетной основе.

«Многие говорят, но практически это неосуществимо, это распределение советского времени», — пояснил Виктор Фисенко.

Целевая подготовка, таким образом, остается главным способом привлечения молодых специалистов на конкретные вакансии. И она очень нужна лечебным учреждениям и бывшим школьникам, твердо решившим выбрать для себя профессию врача.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Важно!

Всероссийский конкурс по изменённым правилам

Приказ Министерства здравоохранения РФ № 380н от 03.06.2022 «Об утверждении условий и порядка проведения Всероссийского конкурса врачей и специалистов с высшим не медицинским образованием, а также порядка и размера выплаты денежного поощрения победителям Всероссийского конкурса врачей и специалистов с высшим не медицинским образованием» (зарегистрирован 23.08.2022 № 69745) вступит в силу с 1 января 2023 г.

Он сохранит действующую трехэтапную систему отбора по номинациям, в результате которой будут выбраны лучшие сотрудники медицинских организаций, которые получают денежные выплаты и, судя по названиям номинаций, — серьезный профессиональный статус. Однако появились и нововведения: электронный вид подачи документов, доступ из личного кабинета участника конкурса, четкая регламентация содержания отчета о профессиональной деятельности.

Кардинальных изменений в новом приказе по сравнению с действующим ранее нет. Новшества направлены на повышение удобства и организованности конкурса. Среди них возможность подачи документов как очно, так и в электронном виде через

личный кабинет участника конкурса на официальном сайте Минздрава России. Подача будет производиться с помощью сканирования или фотографирования документов с обеспечением машиночитаемого распознавания их реквизитов.

Личный кабинет пригодится участнику также и для доступа к пакету документов при направлении их в центральную конкурсную комиссию.

Как считают в Минздраве, установлены более четкие требования к содержанию отчета участника о профессиональной деятельности и владению медицинскими технологиями. Также указан подробный список статистических данных, необходимых для участия в конкурсе.

«Медицинская газета» и Профсоюз работников здравоохранения были одними из инициаторов проведения конкурса, наряду с Минздравом России. Мы рассказываем о нем с момента его проведения в первый раз. Отметим, что, согласно новому приказу, цифровизация будет более широко использоваться при подаче документов и информировании участников о его результатах. Это требование времени. Но поможет ли она еще больше повысить популярность главного отраслевого конкурса, сделают ли нововведения участие в нем более доступным, покажет время.

Алексей ПИМШИН.

ИЗ ПЕРВЫХ УСТ

Андрей КАПРИН

Президент Ассоциации онкологов России, директор Национального медицинского исследовательского центра радиологии, академик РАН:

«Ежегодно проводится более 8 тыс. онлайн-консультаций. Это значительно облегчает работу онкологов на местах, повышает их уровень профессиональной подготовки».



Стр. 5

Новости

Ковидный госпиталь
стал самостоятельным

Архангельская областная больница полностью технологически обособила одно из своих подразделений – инфекционный госпиталь для лечения пациентов с COVID-19. До сих пор это отделение обლობльницы, расположенное в другом районе города, технологически было зависимым от главной клинической базы учреждения.

Там не было оборудования для проведения лучевой диагностики и, более того, – собственного приёмного отделения. Из-за этого пациентов с новой коронавирусной инфекцией транспортировали по городу из одного корпуса больницы в другой, что, естественно, не было удобно ни больнице, ни пациентам. Между тем, по словам министра здравоохранения Архангельской области Александра Герштанского, на сегодняшний день госпиталь для лечения COVID-19 на базе областной больницы имеет ресурс в 500 коек, в том числе 67 реанимационных.

Теперь, как сообщили в Министерстве здравоохранения Архангельской области, все проблемы решены. Областная больница нашла возможность «поделиться» тяжёлой техникой со своим инфекционным госпиталем, решено перенести туда один рентген-аппарат и компьютерный томограф. Также сюда планируется перевести приёмное отделение для пациентов с коронавирусной инфекцией, что, подчёркивают в региональном Минздраве, позволит проводить диагностику и лечение больных с COVID-19 в госпитале абсолютно изолированно от основных подразделений больницы.

Елена СЕРГЕЕВА.

Архангельск.

Зеркальные органы
требуют особого подхода

В Сургутскую городскую клиническую больницу обратилась за помощью женщина с патологией жёлчного пузыря. Случай оказался бы стандартным, если бы не одно «но»: все внутренние органы пациентки оказались расположены зеркально. Транспозиция внутренних органов – редкая аномалия развития, проявляющаяся в зеркальном, по отношению к нормальному, расположении внутренних органов. Такая патология встречается всего у 0,005% людей в мире и выявляется в одном наблюдении на 10 млн родов. Как оказалось, женщина уже знала об особенностях строения собственного организма и заранее предупредила медицинских работников.

В практике заведующего хирургическим отделением № 1 Игоря Козлова это был первый подобный случай. Проведя дообследование и досконально изучив расположение всех органов, хирурги выполнили операцию по удалению камней из жёлчного пузыря. От медиков требовалась большая осторожность, ведь нестандартное расположение в этом случае имеют также сосуды, нервы, желчевыводящие пути.

По словам И.Козлова, пришлось полностью перестраивать ход операции, «подгоняя» тактику постановки троакаров под особенности строения организма пациентки. Операция прошла успешно, через 4 дня её выписали из больницы.

Алёна ЖУКОВА.

Сургут.

В России зарегистрирован
второй случай оспы обезьян

Мужчина, проживающий в Санкт-Петербурге, вернулся из поездки по странам Европы и был госпитализирован с характерными симптомами. По результатам тестирования диагноз «оспа обезьян» подтвердился, сообщили в Роспотребнадзоре.

Круг контактных лиц определён. Все они находятся под наблюдением врачей. Роспотребнадзором организован исчерпывающий комплекс противоэпидемических мер. Возможность дальнейшего распространения инфекции купирована.

На сегодняшний день в мире зарегистрировано более 55 тыс. случаев оспы обезьян. В России – всего 2. Первый россиянин, заболевший оспой обезьян, перенёс заболевание в лёгкой форме и был выписан из больницы в конце июля.

Действующая система выявления позволяет оперативно фиксировать случаи заболевания и своевременно проводить противоэпидемические мероприятия. Ситуация по оспе обезьян находится на строгом контроле Роспотребнадзора.

Сергей ФЁДОРОВ.

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

Особый случай

Уретра из щеки

Врачи Московского НИИ неотложной детской хирургии и травматологии провели уникальную операцию по реконструкции мочеполовой системы пострадавшей в автомобильной аварии 11-летней девочке. Ребенка направили в московский стационар из региональной больницы с множественными переломами костей таза, переломом бедренной кости и серьезными повреждениями мочевого пузыря и уретры, сообщили в клинике.

Девочка перенесла несколько сложнейших операций. На первом этапе были выполнены хирургические вмешательства на костях таза и бедренной кости, установлена временная цистостома для отведения мочи.

В результате полученных травм уретра у ребенка была полностью оторвана от мочевого пузыря. Оставшийся участок уретры длиной всего 1,5 см находился внизу, на большом расстоянии от сместившегося вверх мочевого пузыря. При этом шейка мочевого пузыря полностью зарубцевалась.

В мире в подобных случаях предпочтение отдается операции Митрофанова, когда аппендикулярный отросток пришивают к мочевому пузырю и выводят на переднюю брюшную стенку, то есть создается искусственный канал, защищенный снаружи клапаном, который человек на протяжении всей жизни будет использовать вместо мочеиспускательного канала.

«Этот метод хорошо зарекомендовал себя в хирургической практике, но нужно понимать, что это далеко не идеальный выход для пациента. Тем более, когда речь идет не о взрослом человеке, а о ребенке – девочке. При стандартной операции велика вероятность, что у нее могли бы возникнуть серьезные психологические проблемы», – рассказал Никита Демин,



уролог-андролог НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, проводивший операцию.

Родители девочки также просили врачей найти другой способ реконструкции мочеполовой системы, чтобы ребенок не чувствовал себя неполноценным.

«Поэтому наши урологи пошли на очень сложную реконструктивную операцию, требующую определенных навыков и большого опыта. Они сформировали пострадавшей новую уретру из слизистой внутренней стороны ее щеки. В мировой практике случаи выполнения таких операций единичны», – прокомментировал директор НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Валерий Митиш.

Последним этапом стала уникальная реконструктивная операция, которая проводилась лапароскопически. Параллельно с ней врачи провели пластику шейки мочевого пузыря для создания дополнительного механизма удержания мочи. Другими словами, у девочки появился шанс для восстановления всех функций мочеиспускания, и она ничем не будет отличаться от других детей.

Так и случилось. Все операции прошли успешно. Благодаря выполненной урологами реконструкции у ребенка полностью восстановлена функция мочеиспускания. Сейчас эта девочка живет полноценной активной жизнью – танцует, катается на коньках и даже играет в футбол.

«Механизмы восстановления у ребенка более обширные, чем у взрослых – подключаются дополнительные мышцы, перераспределяется иннервация. То, что наша надежда на полное восстановление, оправдалась – это огромная радость не только для нее и ее родителей, но и для нас, хирургов», – поделился Н.Демин.

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии является главным в стране специализированным центром лечения острых хирургических заболеваний, тяжелой травмы и ее последствий у детей. Сегодня здесь лечат пациентов с самыми тяжелыми диагнозами со всей России, а медицинские бригады из специалистов института оказывают хирургическую помощь пострадавшим в катастрофах по всему миру.

Федор СМЕРНОВ.

Подписка-2023

«МГ» идёт к своему 130-летию

Встречайте юбилей вместе с нами!

Уважаемые читатели!
Грядущий 2023 год – год 130-летнего юбилея «Медицинской газеты». Сегодня, когда начинается подписка на старейшее врачебное издание России, мы хотим напомнить вам о том, что дружить с «МГ» – это не только традиция для врача, но и его профессиональные необходимость и долг!

Средоточие оперативной информации о состоянии российского здравоохранения, новости медицинского сообщества, науки и практики (и не только отечественной!), в каждом номере – подробнейший конспект врача (таких конспектов опубликовано уже более 3400!) – всё это «МГ».

И не только!
Газета систематически публикует репортажи, обзоры и отчеты с всероссийских съездов, форумов, конференций и деловых встреч медиков, держит на контроле проблемы социальной и кадровой политики в отрасли, интервьюирует государственных деятелей и мэтров науки.

В каждом номере газеты – рубрики «Имена и судьбы», «Время и мы», «Мир и здоровье», а на 16-й

странице издания – «Автограф для «МГ» выдающихся деятелей науки и искусства. При редколлегии вот уже более 5 лет существует Всероссийская лига литераторов-медиков им. А.П.Чехова; рассказы и стихи членов этого творческого объединения газета публикует постоянно.

Среди партнёров газеты – Министерство здравоохранения РФ, Федеральное медико-биологическое агентство России, Профсоюз работников здравоохранения РФ, ФОМС, Совет ректоров медицинских вузов страны.

Так что, оформив подписку на «МГ», вы гарантируете себе постоянное наличие газеты на своём рабочем столе.

Подписку можно (и нужно!) оформить по объединённому каталогу «Почта России», а также напрямую через редакцию с отсрочкой платежа (при необходимости заключим с вашим коллективом договор, а при подписке более чем на 10 комплектов – предоставим скидку), для частных лиц предусмотрена льготная цена. Справки по тел. 8-916-271-08-13; e-mail: mg-podpiska@mail.ru

Разумеется, есть и электронная версия «МГ». Чтобы оформить

электронную подписку, надо скачать образец квитанции на сайте «МГ» из раздела – <http://www.mgzt.ru/subscription>. Оплатить её в банке или через мобильное приложение по реквизитам, затем прислать квитанцию или скриншот оплаты по электронной почте (mg-podpiska@mail.ru или inform@mgzt.ru). При этом обязательно указать свои контактные данные: имя, отчество, фамилию и номер телефона.

Подчёркиваем: электронный вариант «МГ» абсолютно идентичен варианту «МГ» на бумажном носителе. Преимущество электронной версии – в её оперативной доступности: уже ранним утром в день выхода газеты она появляется на нашем сайте, а вам не надо ждать почтальона и проверять почтовый ящик.

Итак, подписавшись на «МГ» (издание, столь необходимое в работе и жизни!), вы получаете и понимающего собеседника, и проверенного временем надёжного эксперта в области здравоохранения и медицинской науки.

Давайте встретим 130-летие «Медицинской газеты» вместе!

РЕДКОЛЛЕГИЯ «МГ».

Мы предлагаем своим читателям оформить электронную подписку на 2023 г. по ценам прошлого года.

Стоимость на один месяц – 500 руб., на год – 5 тыс. руб. Оставить заявку можно по электронной почте: inform@mgzt.ru, mg-podpiska@mail.ru.

Кроме того, напоминаем, что можно подписаться и на оставшиеся месяцы 2022 г. с начала следующего календарного месяца. Цена подписки на 1 месяц с 01.10.2022 по 31.12.2022 также составляет 500 руб.

Акция действует до 1 декабря 2022 г.

Деньги

От Москвы до самых до окраин

Правительство РФ распорядилось выделить из федерального бюджета 687 млн руб. на завершение строительства медучреждений в Ярославской области и Хабаровском крае.

Почти 480 млн руб. из этой суммы будет направлено на возведение инфекционного корпуса на 130 мест для Детской краевой больницы в Хабаровске и 207 млн руб. – хирургического корпуса на 266 коек для Областной онкологической больницы в Ярославле. Планируется, что благодаря федеральному финансированию медучреждения в обоих регионах должны открыться в нынешнем году.

Строительство 9-этажного хирургического корпуса в Ярославле началось в июне 2019 г. Площадь корпуса составит более

20 тыс. м². В здании предусмотрено размещение нескольких отделений и 12 операционных. Кроме основного корпуса, подрядчик возведет кислородную станцию и дизель-генераторную электростанцию. По условиям конкурсной документации, работы должны были завершиться до 29 октября 2021 г., но сроки были сдвинуты.

Объект возводится на средства федерального бюджета. Строительством анонсировали еще в 2016 г. Начать работы планировалось не позднее 2017 г., но уложиться в этот срок не удалось. Изначально проект оценивался в 3 млрд руб., но затем стоимость снизилась до 1,9 млрд руб. В 2019 г. с проверкой строительства хирургического корпуса в Ярославль приезжала Вероника Скворцова, занимавшая тогда

пост министра здравоохранения РФ.

Через несколько месяцев после начала возведения хирургического корпуса работы пришлось приостановить из-за обрушения межэтажного перекрытия. «Из-за нарушения целостности опалубки произошла деформация части перекрытия. Принято решение полностью остановить работы по заливке бетона и провести демонтаж перекрытия», – объяснял замдиректора подрядной организации Леонид Суханов.

Возведение инфекционного корпуса Детской краевой больницы в Хабаровске началось в 2020 г. Изначально планировалось, что на проект из федерального бюджета выделят 840 млн руб., но впоследствии стоимость объекта достигла 1,5 млрд руб. с учетом закупки медоборудования.

Борис ЕФИМОВ.

Ситуация

Ординатура: гендерный и прочие показатели

Из 58,6 тыс. врачей, обучающихся в России по программам ординатуры, по состоянию на конец 2021 г., 40 тыс. были женщинами. Данные о гендерной пропорции медицинских кадров с высшим профессиональным образованием представлены в кратком статистическом сборнике «Образование в цифрах 2022», опубликованном Институтом статистических исследований и экономики знаний Высшей школы экономики.

Из 30,8 тыс. принятых в ординатуру в 2021 г. женщин было 20,7 тыс., в 2020-м пропорция составила 29 тыс. к 19,7 тыс., в 2019-м – 26,8 тыс. к 18,4 тыс. Чуть менее половины клинических ординаторов в России обучаются по договорам об оказании платных образовательных услуг (26,5 тыс.). В 2021 г. по договорам на внебюджетную форму обучения были зачислены 13,7 тыс. из 30,8 тыс. поступивших.

Общее количество окончивших ординатуру по клинической медицине выросло с 19,3 тыс. в 2019 г. до 26,5 тыс. в 2021-м. Увеличилось количество врачей-терапевтов (с 1 тыс. до 1,9 тыс.), акушеров-гинекологов (с 1,2 тыс. до 1,6 тыс.), анестезиологов-реаниматологов (с 1,2 тыс. до 1,4 тыс.), врачей-неврологов (с 0,9 тыс. до 1,1 тыс.) и стоматологов-ортопедов (с 1 тыс. до 1,2 тыс.).

Выпуск из аспирантуры по направлению «Клиническая медицина» за тот же период сократился с 1390 до 1295 специалистов. В 2021 г. большинство бюджетных мест по медицинским и фармацевтическим специальностям в ординатуре оставались целевыми, а по 22 профилям целевая квота достигала 100%. Таким образом Минздрав России рассчитывает решить проблему кадрового дефицита узких специалистов. К наиболее дефицитным направлениям (со 100%-ной целевой квотой) относятся ане-

стезиология-реаниматология, трансфузиология, патологическая анатомия, рентгенология, судебно-медицинская экспертиза, психиатрия-наркология, кардиология и стоматология, в том числе детская. В соответствии с условиями целевого приема договоры практически по всем специальностям заключают субъекты РФ с последующим обязательным трудоустройством выпускников.

Ранее федеральный Минздрав запретил принимать в ординатуру не отработавших 3-летний контракт выпускников медицинских вузов. Уточняется, что указанные требования распространяются на все условия приема: места, финансируемые за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ, местных бюджетов, по договорам об образовании за счет средств физических и (или) юридических лиц.

Леонид ПОЛЯКОВ.

Перспективы

Начальник Генштаба ВС РФ открыл в Казани новый военный госпиталь

Начальник Генерального штаба Вооружённых сил России генерал армии Валерий Герасимов вместе с премьер-министром Республики Татарстан Алексеем Песохиным открыл в Казани новый военный госпиталь.

«При возведении госпиталя применены уникальные технологии строительства, а также учтены современные требования к медицине. Военный госпиталь оснащён передовым лечебно-диагностическим оборудованием, которое соответствует мировым стандартам», – сказал В.Герасимов в ходе торжественной церемонии открытия. Его цитирует пресс-служба Минобороны России.

Кроме того, он отметил важность созданного госпиталя в расширении возможностей медицинского обеспечения в республике.

«Безусловно, ввод в строй такого госпиталя расширил спектр услуг по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи военнослужащим, их семьям и жителям Республики Татарстан», – заявил начальник Генштаба.

Также Герасимов выразил слова благодарности специалистам военно-строительного комплекса Минобороны России.

Комплекс зданий нового военного госпиталя на 150 мест разместили на площади более 12,5 тыс. м². Госпиталь полностью укомплектован современным медицинским оборудованием.

В лечебном корпусе предусмотрены операционное, хирургическое, терапевтическое, неврологическое отделения, а также поликлиника на 250 посещений в смену. В диагностическом корпусе имеются дневной стационар и клиничко-диагностическая лаборатория, стоматология, отделения лучевой диагностики и физиотерапии. В обособленно стоящем инфекционном корпусе – приёмное отделение, специализированные кабинеты с отдельными выходами и внутренним шлюзом, дезинфекционный блок.

Памятный камень в основание строительства нового военно-медицинского учреждения заложил министр обороны Российской Федерации генерал армии Сергей Шойгу вместе с президентом Республики Татарстан Рустамом Миннихановым в конце августа 2021 г.

Андрей ПАНАРИН.

Прогнозы

Искусственный интеллект рассчитал три варианта развития шестой волны коронавируса в России

В зависимости от того, по какому из трёх сценариев – умеренному, оптимистичному или пессимистичному – будет развиваться эпидемиологическая ситуация в России, шестая волна коронавируса завершится в период с середины сентября по ноябрь.

Такой прогноз сделал сервис аналитики и прогнозирования ETNA, который рассчитал ори-

ентировочные сроки окончания текущей волны коронавируса.

Исходя из умеренного сценария, страна сейчас проходит пик шестой волны заболеваемости COVID-19, и в таком случае окончания этой волны можно ожидать 3–9 октября. Власти некоторых регионов России на фоне роста числа заражений вернули масочный режим, а длительность болезни при новых вариантах штамма «омикрон» ниже, чем у остальных вариантов вируса. Этот факт и опыт предыдущих волн заболеваемости позволяют делать выводы о том, что при умеренном развитии событий до начала ноября число ежедневно фиксируемых случаев заражения должно оказаться на уровне примерно 19 тыс., отмечают специалисты ETNA.

Быстрее всего из текущей волны выйдут Волгоградская и Тульская области, республики Чувашия, Марий Эл и Ставропольский край – там заболеваемость спадёт и зафиксируется на определённом уровне к середине сентября. Больше всего времени (примерно до второй половины октября) этот процесс займёт в Костромской и Мурманской областях, республиках Бурятия, Тыва и Забайкальском крае.

Оптимистичный сценарий тоже предполагает, что Россия сейчас находится на пике текущей волны, но спад в таком случае будет более значительным и быстрым и завершится 10–15 сентября. Согласно пессимистичному прогнозу, пик придётся на 27 сентября – 2 октября с завершением в ноябре.

Фёдор СМЕРНОВ.

2023 Подписные Издания

ПОЧТА РОССИИ Газеты Журналы Альманахи Книжки

1 полугодие

Официальный каталог Почты России на первое полугодие 2023 года

8 800 800 80 80

Все 6000 изданий (по полному наименованию) представлены на сайте podpiska.pochta.ru

Уважаемые читатели!

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

Подписные издания

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

Подписные индексы:

ПН016 – на год
ПН014 – на месяц.

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

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

КАТАЛОГ периодических изданий газеты и журналы

1 полугодие 2023 года

30 лет со своей прессой

Избранные издания для бизнеса

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

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

«Я не отвечал в эти дни на звонки, мне трудно было всё осмыслить. Пришел к выводу, что произошедшее – это огромная трагедия для врачебного сообщества и, следовательно, для россиян.

Судья в своем напутственном слове перед удалением коллегии присяжных заседателей в совещательную комнату для вынесения вердикта обвинял подсудимых более 2 часов, без учета всего того, что представляла защита. Это напутственное слово по времени и содержанию во многом превосходило даже выступление официального представителя прокуратуры и указывало только факты виновности подсудимых. Председательствующий откровенно доказывал присяжным состоятельность обвинения и убеждал их не верить подсудимым и их адвокатам. Он перепутал роль прокурора, кем был когда-то, с ролью председательствующего судьи. Все возражения защитников отклонялись. Без комка в горле и слёз на это смотреть было невозможно. И это, как я понимаю, прямое нарушение статьи уголовно-процессуального кодекса – статьи 340 УПК РФ. В частности, председательствующий должен был указать на исследованные в суде доказательства, как уличающие подсудимых, так и оправдывающие их. Вот как раз последнего в этом выступлении и не было. Унизили не только защиту, но и все профессиональное сообщество.

Теперь мне стало понятно, почему судья Московского областного суда с таким упорством отказывался привлекать к рассмотрению в суде мнения ведущих специалистов: токсикологов, неонатологов, реаниматологов, микропедиатров страны. С ними поиграли как с котятками. Участие специалистов, которые излагают иную точку зрения, могут заставить суд исследовать конкретные факты и мнения, а это может существенно изменить ход дела. Судья сделал nepозволительный ход – из предложенных хотя бы 4-5 специалистов высочайшего класса он вызвал в суд 3 и допросил их в отсутствие коллегии присяжных заседателей. Разговор был поверхностным. Результаты этих допросов были приобщены к делу, но не были доведены до присяжных, поэтому не обсуждались.

Таким образом, судья попросту скрыл от присяжных иную точку зрения. Не выдерживает критики судебно-медицинская экспертиза, к которой у профессионального сообщества много вопросов. Но ими суд пренебрег. Судье было ясно всё с самого начала. Не был исследован важный факт повышенной, с точки зрения экспертов, концентрации не только магния, но и цинка, и железа, и других элементов в исследованных органах. Это что означает? Что доктор Сушкевич вводила через пупочную вену не только магний, но и цинк, и железо? Но это же маразм. Или

В центре внимания

Как в суде решалось дело Белой и Сушкевич

Комментарий президента Национальной медицинской палаты Леонида Рошала



Э. Сушкевич



Е. Белая

факт распределения магния в изъятых органах. Наибольшая концентрация обнаружена в желудке, а не в печени, куда магний попадает прямо из пупочной вены! А почему не исследована возможность получения магния, цинка, железа от матери ребенка, которая принимала во время беременности препараты, содержащие эти элементы? Почему не исследовались плацента и кровь? И как можно переносить нормы концентрации от взрослых на новорожденных? Это полная безграмотность. Кстати, одна из известных микропедиатров России профессор Марина Дегтярева нашла в мировой литературе цифры нормальных показателей, в том числе и магния, у новорожденных, которые почему-то не нашли авторы судебно-медицинской экспертизы. Но суд даже не заинтересовался этим и не исследовал данные.

Председатель Ассоциации клинических токсикологов России доктор медицинских наук Галина Николаевна Суходолова указывает на всё вышеперечисленное в своих выводах о проведенной экспертизе. Более значимого специалиста в этой области в России, по моему мнению, нет. Она также указывает, что экспертиза дважды была проведена фактически одними и теми же лицами. Не был подтвержден факт быстрого струйного введения какого-либо препарата перед смертью ребенка.

Вообще вся экспертиза – это конкретный заказ. Магний в официальном перечне препаратов к обязательному определению в судебно-медицинской экспертизе не включён. Не понятно, почему не

посмотрели ртуть, таллий, литий и другие элементы, с помощью которых также возможны отравления? Исследования подгоняли под задачу, но перестарались, так как, кроме магния, обнаружили еще повышение железа и цинка. Нельзя же так грубо! Следователь произвела выемку образцов тканей для направления в Москву 19 марта, а само постановление о проведении экспертизы подписала 20 марта, материал отдан в лабораторию в Москве только 22 марта. Кто мог иметь доступ к этим материалам и когда? Где в законе написано, что материал для исследования передается до самого постановления без проведения специальной процедуры?

Всё вышесказанное подтверждает и академик РАН Николай Володин, президент Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины.

Но всеми выводами проведенной судебно-медицинской экспертизы уверенно манипулирует председательствующий судья, у которого, вероятно, достаточно знаний в неонатологии и токсикологии, чтобы свободно рассуждать на эти темы. Кто вообще давал право судье делать заключение о том, что сомнений в выводах судебно-медицинской экспертизы быть не может, что он никогда не видел такую объемную экспертизу?

Что, судья – специалист по болезням новорожденных, реаниматолог, токсиколог? Мне лично, как специалисту, который более 20 лет занимался болезнями новорожденных, участвовал в создании двух центров хирургии новорожденных (на базе детской больницы им.

И.В.Русакова в Москве и Московского областного Центра хирургии новорожденных на базе МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского), который провел первые циклы по хирургическим болезням новорожденных на кафедре детской хирургии ЦИУ для врачей, который провел на стульях не одну ночь рядом с кувезами с новорожденными, в том числе недоношенными, автору разделов монографии по болезням новорожденных, не всё ясно в заключении судебно-медицинских экспертов по этому делу, как и другим многим специалистам этого профиля. Всё же допущенный до заседаний только один представитель профессионального сообщества не согласился с выводами судебно-медицинской экспертизы, но даже его выступление не было обсуждено.

И еще. Каждый, кто когда-то проводил закрытый массаж сердца, особенно у ребенка, знает, что после него на коже могут оставаться характерные следы – кровоизлияния. Как раз их отчетливо видно на фото, сделанном после смерти ребенка. И как их объяснить? Значит, Сушкевич одной рукой делала спасительный массаж сердца, а другой вводила смертельную дозу лекарства в пуповину? И зачем такое варварство – вводить целую ампулу? Достаточно 3-4 мл, чтобы у такого ребенка наступила смерть. Кроме того, основные улики – пустую ампулу и шприц не нашли, но в то же время подсудимые сумели спрятать в наволочке подушки историю болезни, пустую ампулу от сурфактанта. Не странно ли?

А теперь о причинах произошедшего. Доказательств убийства новорожденного путём введения сульфата магния в пупочную вену, кроме наговора заведующей педиатрического отделения роддома, нет. Именно она заинтересована в возложении вины на доктора Сушкевич, иначе в неокказании полноценной медицинской помощи рожденному ребёнку в этом родильном доме была бы виновата она. Это тот доктор, которая в начале следствия заявляла, что все делалось правильно, а через полгода вспомнила про убийство. Предполагаю, что ее могли просто запугать. Кстати, она тоже соучастник убийства, т.к. за оказание медицинской помощи

в лечебном учреждении отвечает не консультант, а лечащий врач. Тем более что, по ее показаниям, она присутствовала при убийстве.

Ясно, что моральная атмосфера в этом родильном доме была далека от идеальной. Недопустимы просьба и.о. главного врача переписать историю болезни, сокрытие истории болезни и пустого флакона от лечебного препарата сурфактанта, который как раз используется для лечения болезни гиалиновых мембран. А вы помните первую претензию следственных органов к родильному дому? Смерть связали с тем, что пожалели и не ввели дорогой сурфактант. Оказывается, ввели. А быстрый анонимный донос в следственные органы об убийстве новорожденного разве не настораживает? Но это никакого значения для суда не имеет. Бездоказательно осуждена именно доктор Сушкевич, за спиной которой сотни спасённых жизней, благодарности родителей и поддержка медицинского сообщества.

Нам для победы не хватило только одного голоса. При равенстве голосов, а заседателей было 8, решение принимается в пользу обвиняемых. Но по большинству поставленных вопросов голоса разделились 5 к 3. Огромное спасибо трем мужественным неизвестным героям-присяжным, которые голосовали против наказания.

Я не могу до конца для себя решить: это всё судья сейчас делал по собственной воле или ему приказали? И то и другое очень плохо. Кроме того, судья решил сломать волю обвиняемых, посадив их раздельно в камеры с разными другими арестованными. Этот судья продержал их в заточении более 10 месяцев и не сломал.

Говорю честно: мне стыдно за этот суд. Я опасюсь реакции медицинского сообщества. Оно напряжено. Разве нам это сейчас нужно?

Сидеть сложа руки мы не будем, так как считаем, что осуждённые врачи не виновны. Мы требуем роспуска этого состава коллегии присяжных и повторного рассмотрения дела с проведением повторной судебно-медицинской экспертизы при участии профессиональных врачебных сообществ.

Проблемы и решения

На завершившемся в Новосибирске IX Международном форуме научно-технологического развития «Технопром» были представлены результаты применения нейтронно-фотонной терапии – эксклюзивного вида радиотерапевтического воздействия при опухолях головы и шеи – в клинике НИИ онкологии Томского национального исследовательского медицинского центра РАН.

Как пояснил директор института академик Евгений Чойнзонов, целый ряд опухолевых клеток не чувствительны к гамма-излучению, этим объясняются рецидивы онкологических процессов и возобновление метастазов, частота их может достигать 50%. Радиостойчивость опухоли может быть нивелирована как раз с помощью

Учёные – за клинический прорыв в онкологии

нейтронно-фотонной терапии, для которой используется плотнейшее излучение.

– В результате научных и клинических исследований мы получили обнадеживающие результаты: нейтронную терапию можно применять вне зависимости от фазы клеточного цикла развития опухоли и получать хорошие результаты. Проводимая после этого стандартная интраоперационная лучевая терапия позволяет предотвратить рецидив опухолевого процесса, – рассказал участникам форума Е.Чойнзонов.

В настоящее время в мире всего 5 научных центров, где смогли внедрить технологию нейтронно-фотонной терапии. Один из

них – кстати, единственный в России – в Томском политехническом университете. Правда, говорить о доступности нового метода всем нуждающимся онкологическим не приходится, поскольку процедура не входит в российский стандарт лечения. По мнению академика Е.Чойнзонова, терапию быстрыми нейтронами целесообразно включить в клинические рекомендации по химиолучевому лечению злокачественных опухолей и проводить в рамках ОМС.

Напомним, что учёный-онколог с мировым именем Е.Чойнзонов последовательно отстаивает право онкологических россиян на высокоэффективное лечение с применением новейших достижений

науки, а также право науки на внедрение своих разработок в клиническую практику. Говоря об импортозамещении в медицине, специалист призывает отказаться от этого термина, поскольку он указывает на зависимость страны от импорта.

– Говорить нужно не о замещении чего-либо зарубежного, ставшего недоступным, а о производстве конкурентоспособных отечественных продуктов и услуг, – призвал Е.Чойнзонов весной 2022 г. Тогда же он рассказал о разрабатываемых в НИИ онкологии новых технологиях лечения и реабилитации больных. В частности, в кооперации с коллегами из других научных институтов

томские онкологи создали технологию восстановления лицевой геометрии биокерамическими имплантатами. Речь идёт о реконструкции черепа после некоторых калечащих операций в области головы и шеи, например, удаления верхней или нижней челюсти. Предложенные российскими учёными биокерамические конструкции по структуре материала и свойствам могут составить конкуренцию любому зарубежному аналогу. Главное – чтобы государство проявило к ним интерес.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Новосибирск.

Президент Ассоциации онкологов России и Ассоциации директоров центров и институтов онкологии и рентгенодиагностики стран СНГ и Евразии, главный внештатный специалист-онколог Минздрава России, заведующий кафедрой онкологии и рентгенодиагностики им. В.П. Харченко Российского университета дружбы народов Андрей Каприн с 2014 г. возглавляет Национальный медицинский исследовательский центр радиологии, который объединил Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф.Цыба в Обнинске, Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена и НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А.Лопаткина в Москве. При этом он остаётся оперирующим хирургом, выполняющим около 100 больших операций в год. Поводом для нашей встречи стал V Международный форум онкологии и радиотерапии «Ради жизни – For life», который состоится в Москве во второй половине сентября.

– Андрей Дмитриевич, чем предстоящий форум будет отличаться от предыдущих? Какие вопросы планируется обсудить?

– Все форумы отличаются друг от друга, поскольку научный форум – это живой организм. Он зависит от специалистов, участвующих в нём, от геополитической обстановки, от новых направлений в науке и медицинской практике. Онкология является междисциплинарной наукой и вызывает широкий общественный интерес, поскольку заболеть раком, к сожалению, может каждый. В работе форума в прошлом году в разгар пандемии участвовало в режиме онлайн 7 тыс. специалистов, и, несмотря на заочный формат, состоялись жаркие дискуссии. Мы стараемся, чтобы Ассоциация онкологов России (АОР) не была изолирована от других медицинских сообществ: в работе форума активно участвуют представители Российской ассоциации терапевтических радиационных онкологов (РАТРО), Российского общества колоректальных хирургов (РОКХ), Российского общества клинической онкологии (RUSSCO), Ассоциации организаторов здравоохранения в онкологии и других. Совместно разрабатываются клинические рекомендации в комитетах АОР, где участвуют представители всех заинтересованных ассоциаций из ведущих онкологических центров и региональных онкодиспансеров. В каждый такой комитет входит по 30-40 экспертов. Традиционно в работе форума принимают участие главные онкологии стран СНГ и Евразии, которых объединяет Ассоциация директоров институтов онкологии и радиологии стран СНГ и Евразии.

– Одной из основных тем форума заявлена реабилитация онкобольных. Какие тут проблемы?

– Тема реабилитации в онкологии, с одной стороны, давняя, а с другой стороны, не очень пока разработанная. Раньше этому вопросу не придавалось большого значения, поскольку перед учёными и клиницистами стояли первоочередными задачи по внедрению технологий хирургического лечения пациентов, разработке схем лекарственного лечения, направленные на спасение жизни пациента. Конечно же, эти задачи никуда не делись, но достижения современной онкологии позволяют нам сегодня не просто спасти жизнь пациента, но и задуматься над сохранением качества его жизни и вопросами реабилитации. Наконец-то государство стало оказывать поддержку и компенсировать восстановление таких больных. Прежде подобный раздел в клинико-статистических группах (КСГ) не фигурировал. А когда нет материальной стимуляции, врачам трудно работать в данном направлении. Также поднимается вопрос об оплате так называемой поддерживающей терапии онкологических больных. Когда пациент получает агрессивную химию, или лучевую терапию, или объёмную хирургию, то он нуждается в поддерживающей терапии для быстрой реабилитации в межкурсовой промежуток. Если не купировать, например, лейкопению или нейтропению, то нельзя назначать следующий курс.

Также очень интересной тематикой является онкокардиология. Раньше сложным пациентам, чей анамнез отягощён серьёзными сердечно-сосудистыми заболеваниями, приходилось зачастую отказывать в каком-либо специ-

Из первых уст

«Мы ожидаем революционных разработок»

Академик РАН Андрей Каприн о задачах отечественной онкологии



ализированном лечении, например хирургическом. Именно по причине сопутствующих патологий больной мог просто не вынести предложенного лечения. Сегодня благодаря развитию онкокардиологии мы проводим комплексную предоперационную подготовку таких пациентов. Возглавляет в НМИЦ радиологии данное направление профессор Вера Исааковна Потиевская, но и многие коллеги из других центров также заинтересовались данной тематикой, например, Бакулевский центр и НМИЦ им. В.А.Алмазова в Санкт-Петербурге.

– Финансируется ли поддерживающая терапия по ОМС?

– Амбулаторно пока ещё нет. Сейчас вырабатываются способы её финансирования. И пока мы вынуждены заниматься ею фактически бесплатно, чтобы быстрее вернуть к лечению больного. Должен отметить, что мы здесь заинтересованы в развитии данного направления не только с материальной точки зрения, но и с научной. Если больной госпитализирован, то он получает поддерживающую терапию в рамках системы ОМС. Сейчас такая схема также работает в дневных стационарах.

– К вопросу о стоимости основного лечения. Появились эффективные, но очень дорогие препараты, например, для иммунотерапии опухолей. Как решается эта проблема?

– На местах она, в принципе, уже решена. Финансов в регионы выделено достаточно. Другое дело, что не везде налажено планирование закупок. Препараты достаточно дорогие, поэтому правила торговли заставляли нас закупать их заранее. Здесь нам помогают данные канцер-регистра – ежегодного сборника о состоянии он-

копомощи по всей стране в разрезе субъектов Федерации. Кроме того, Правительством России совместно с Минздравом России ведётся постоянный мониторинг потребности регионов в лекарственных средствах, что позволяет сгладить закупочный дисбаланс. Конечно, если сейчас говорить о лекарственном обеспечении, большие задачи стоят перед нашими коллегами, которые занимаются дженериками.

– С 1 января 2022 года действует новый порядок оказания медицинской помощи взросло-

му населению при онкологических заболеваниях. Увеличилась ли её доступность? Можно ли подвести какие-то итоги прошедших месяцев?

– Нам повезло, потому что мы уже закупили всю необходимую аппаратуру. Расходники, которые ничуть не хуже и дешевле западных, поступают к нам из Китая. Никаких просрочек в поставках нет. Но, конечно же, надо заниматься собственными разработками и производством.

– Есть ли какие-то отечественные разработки в области онкологии?

– Начну с тяжёлой техники, которая у нас долгое время не производилась. Но лёд тронулся. Совместно с ГК «Росатом» и лично академиком Валерием Смирновым мы разработали аппарат «Оникс» – линейный ускоритель среднего класса мощностью 6 МЭВ. Недавно он прошёл государственную регистрацию. Потребность в нашей стране – 250-300 подобных машин. Это очень приличный объём для любого производителя, особенно с учётом последующего обслуживания и ремонта. На прошлой неделе получено разрешение на серийное производство. Сейчас в Обнинске Всероссийский НИИ автоматики им. Н.Л.Духова монтирует первый в России комплекс нейтронной терапии. Он позволит расширить спектр радиологического воздействия на опухоль.

Объясню. При многократном облучении опухоли могут становиться радиорезистентными, то есть невосприимчивыми к воздействию лучей. Облучение с помощью нейтронов позволяет снизить радиорезистентность опухоли. Кроме того, вчера мне был радостный звонок – нам везут на испытания отечественный магнитно-резонансный томограф (МРТ).

Очень интересным разделом в онкологии является радиофармакология. Наша страна должна была быть лидером в этой области, если бы не 1990-е годы. Сейчас сама жизнь возвращает нас к прежним позициям. Мы ожидаем революционных разработок. Наш Центр под патронажем Минздрава России создаёт два эффективных радиофармпрепарата (РФП) на базе Лютеция-177 и Актиния-225, которые успешно лечат метастатический кастрат-резистентный рак предстательной железы. Мы возвращаемся к производству РФП с использованием Самария-153 и Рения-188. Недавно мы были в Монголии, где радионуклидная терапия вообще не развита. Мы могли бы наладить с монгольскими коллегами

плодотворное сотрудничество. У достаточно распространённого в лечении онкологических и неонкологических заболеваний Рения-188 период полураспада составляет 17 часов. Сейчас коллеги-учёные из Физико-энергетического института им. А.И.Лейпунского создали генератор Рения-188, упрощённо говоря, в железной колбе. С ней можно приехать в любой регион и даже любую страну, и полгода добывать из этой «колбы» Рений-188. Данный препарат применяется не только для радиоэмболизации при метастатических поражениях печени при первичном гепатоцеллюлярном раке, но и при очень распространённом заболевании суставов – синовите – путём введения непосредственно в больной сустав. Это огромный рынок лечения при артритах и артрозах. Что касается брахитерапии, то мы делаем свой Йод-125, который используем не только для лечения рака предстательной, но и молочной железы. Мы применяем высокодозную терапию радиоактивным кобальтом и иридием. В последнем случае источник не остаётся в ткани, а извлекается после её облучения. Сейчас мы комбинируем брахитерапию с дистанционной лучевой терапией, что расширило спектр воздействия на опухоль. Разрабатываются новые радиофармпрепараты для диагностики злокачественных новообразований, в частности, для применения в процедурах ОФЭКТ и ПЭТ – КТ.

– Насколько отличается у нас выживаемость при основных формах рака по сравнению с развитыми странами?

– У нас пока действует другая система оценки состояния онкологической помощи, которая включает гораздо большее число показателей, чем в этих странах. В частности, нами оцениваются такие показатели, как одногодичная летальность, количество пациентов, состоящих на учёте 5 лет и более. Хотя, конечно, в ближайшем будущем мы будем прибегать к чисто математической, унифицированной формуле для оценки качества оказываемой помощи, и тогда можно будет точно сравнить показатели. Пока же могу сказать, что, в принципе, и по показателям смертности, и по показателям выживаемости мы выглядим ничуть не хуже западных стран. А вот по уровню выявляемости заболеваний нам ещё предстоит их догонять. Здесь большое значение имеют обязательные скрининговые программы, которые, как вы знаете, были приостановлены в период пандемии. Сейчас мы стараемся их не только возродить, но и нарастить темпы.

– Что делается в области онкопрофилактики?

– Делается немало. Например, запрещено курить в общественных местах. Известно, что курение в 20-30 раз увеличивает частоту раков нескольких локализаций. Ведутся пропаганда активного образа жизни и информационная борьба с канцерофобией. Малоподвижный образ жизни, употребление в пищу красного мяса и алкоголя способствуют риску возникновения рака. Про рак стали писать и говорить гораздо больше, и тезис «Проверься и живи спокойно» – работает. Мы до ковида регистрировали значительный рост доли выявленных заболеваний на ранних стадиях. Сейчас стараемся вернуться к этой тенденции.

– А имеет ли значение плохая экология?

– Специфические вредные производства – да. Связанные, например, с асбестом. А по экологии сказать однозначно трудно. Есть страны, где экология, наверное, лучше, чем у нас, а заболеваемость раком на 100 тыс. населения гораздо выше. Во многом это объясняется не уровнем жизни или экологией, а состоянием системы диспансеризации. Нам есть к чему стремиться.



Беседу вёл
Болеслав
ЛИХТЕРМАН,
доктор
медицинских наук.

Пожалуй, Союз педиатров России одним первых после летних каникул вернулся к активной образовательной деятельности среди врачей, собрав докторов разных специальностей на VIII Всероссийскую мультимедийную конференцию «Время жить», посвящённую вакцинопрофилактике на протяжении всей жизни. Инфекционисты, эпидемиологи, неонатологи, терапевты и, конечно же, педиатры обсуждали текущие, наиболее актуальные проблемы иммунизации, пытались выработать оптимальные решения на будущее. Разговор получился живым и полезным, затрагивающим вопросы борьбы как со старыми, хорошо известными инфекциями, так и с новыми. Прозвучало немало практических рекомендаций, помогающих в повседневной работе, демонстрировались клинические случаи.

Противостоять вызовам

За XX век продолжительность жизни в мире увеличилась примерно на 30 лет, 25 из которых за счёт вакцинации.

– Но нынешняя пандемия сильно уменьшила этот показатель: от 2 лет (в США, Австралии, Новой Зеландии) до 6-7 лет (в странах Латинской Америки). Поэтому чем эффективнее мы будем защищать население, тем быстрее вернёмся к тем цифрам ожидаемой продолжительности жизни, которые имели ранее, – призвала коллег президент Союза педиатров России, главный внештатный детский специалист Минздрава России по профилактической медицине, руководитель НИИ педиатрии и охраны здоровья детей РНЦХ им. Б.В.Петровского, академик РАН Лейла Намазова-Баранова. – Конечно, 75% этого снижения обусловлено коронавирусной инфекцией. Ещё 25% – взрывным ростом некоторых неинфекционных болезней, прежде всего иммуновоспалительных. Это вновь ставит вопрос о том, чтобы защищать пациентов с хроническими болезнями с помощью вакцинации не менее активно, а даже более активно, чем здоровых, потому что они сильнее уязвимы.

К сожалению, в сознании российских граждан продолжают существовать мифы, связанные с вакцинопрофилактикой, несмотря на то, что специалисты постоянно их развенчивают.

По словам Л.Намазовой-Барановой, ужасен миф «Лучше переболеть, чем вакцинироваться». Летом врачи столкнулись фактически со вспышкой осложнённой ветряной оспы, когда дети поступали в стационар с гнойными флегмонами, абсцессами, с высокой температурой, и требовалось хирургическое вмешательство, порой с длительным наркозом. А ведь многие родители считают, что это лёгкая болезнь, которую надо перенести в детстве.

Живуч миф «Осложнений от прививок больше, чем пользы». Аргументы у специалистов против этого следующие. Все знают, что иногда на дорогах случаются аварии, в результате чего люди страдают и даже погибают. Но ведь из-за этого никто не перестанет покупать машины, никто не говорит о том, что сами автомобили опасны. Опасно агрессивное вождение, несоблюдение правил и т.д.

– Надо взвешивать пользу и риски и разумно ко всему подходить, использовать вакцинацию правильно, в соответствии с рекомендованными схемами, в прививочных кабинетах и т.д. Польза от этого не просто многократно, а на несколько порядков выше, – подчёркивает академик.

Часто звучит миф «Вирус всё время меняется, а нам предлагать одни и те же прививки». Но прививки меняются также, как и сами возбудители. Актуализация состава вакцин идёт постоянно. Каждый производитель следит за ситуацией. Например, вакцина от гриппа защищает уже не от 3 вариантов, а от 4. В ближайшем

Деловые встречи

Изменённый ландшафт

Современные возможности преодоления инфекционной угрозы



Идёт конференция

будущем появится возможность не просто одновременно вакцинировать от гриппа и новой коронавирусной инфекции, а делать это с помощью одной вакцины, которая сейчас разрабатывается.

Ещё один миф, что отечественные вакцины хуже зарубежных.

– Сегодня мы можем с гордостью, как и раньше, в советские времена, сказать, что современное отечественное производство позволяет выпускать высокоэффективные и безопасные вакцины, – отметила Л.Намазова-Баранова.

Превратности пандемии

Пандемия длится уже два с половиной года и, как выразился кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней у детей Российского научно-исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Алексей Ртищев, конца пока не видно. Вирус SARS-COV-2 продолжает видоизменяться и эволюционировать. Начиная с ноября прошлого года превалирует вариант «омикрон», который не подчиняется тем закономерностям, которые наблюдались до этого.

– По сути, пандемию мы должны разделить на две части: ту, что была до омикрона, и ту, что сейчас, с омикроном, – сказал А.Ртищев.

По его мнению, на сегодняшний день учёные возвращаются на полшага назад. За первые 2 года пандемии был накоплен достаточно большой опыт в изучении эпидемиологии, клинических особенностей, тактики ведения больных, разработаны специ-

фические средства с прямым противовирусным действием, моноклональные вируснейтрализующие антитела, вакцины. Но приходится заново изучать особенности поведения субвариантов омикрона, потому что он приобрёл другие клинические черты, протекает с другими симптомами, менее восприимчив к первоначально разработанным средствам лечения и профилактики. Это заставляет в какой-то

её распространение – в странах с низким охватом вакцинацией, однако отмечается рост и в европейском регионе. За первое полугодие Россия передала в ВОЗ сведения о 16 зарегистрированных случаях.

Второе индикаторное заболевание – полиомиелит. Решением этой задачи, помимо высокого охвата вакцинацией, является видоизменение практики применения вакцин. Акцент сегодня делается

фильной инфекции типа b доступен для всех детей. Расширено применение комбинированных вакцин, изменились сроки ревакцинации от полиомиелита (с 14 лет они перенесены на 6 лет). В календаре по эпидпоказаниям появилась иммунизация подростков против новой коронавирусной инфекции (с 12 лет). Разрешено одновременное введение любых вакцин, раньше разрешались только неживые.

Изменения календаря, на первый взгляд, могут показаться не очень большими, но они чрезвычайно важны и вызывают у практиков, помимо одобрения, немало вопросов.

Докторов всегда волновало, как прививать ребёнка против туберкулёза, если он не привит в роддоме, и до какого возраста. Сегодняшние документы гласят: если ребёнок не получил прививку, он может быть вакцинирован в любой период времени до 7 лет.

Неоднозначное отношение у педиатров первичного звена к иммунопрофилактике гемофильной инфекции.

– Среди некоторых коллег бытует мнение, что не надо загружать ребёнка в раннем возрасте, дескать, привьём его, когда он чуть подрастёт и его иммунная система созреет. Хотя мы сегодня прекрасно знаем, что именно вакцины – один из факторов, влияющих на созревание иммунной системы, в частности клеточный иммунитет, поэтому нужно рано прививать детей против гемофильной инфекции типа b, – ориентировала докторов С.Харит.

Довольно много вопросов возникает у врачей в отношении полиомиелита, в частности, что делать с детьми, которые в 14 лет должны были получить и не получили ревакцинацию против данной инфекции. Ответ специалиста таков: если ребёнок старше 6-летнего возраста получил 5 введений полиомиелитной вакцины, то дополнительно ревакцинации не требуется.

В период пандемии снизился охват вакцинацией против пневмококка, и сейчас необходимо усилить внимание к профилактике этой инфекции, что будет способствовать также предупреждению микс-заболеваний (пневмококк и коронавирус).

– Прерванный цикл прививок не требует повторения предыдущих доз. Вакцинация продолжается, – подчеркнула С.Харит. – Прививаем с учётом того, что было сделано ранее.

– И включаем режим догоняющей иммунизации, – добавила М.Федосеенко, – по сути, это проведение всех необходимых прививок в тот момент, когда человек появляется в поле зрения медиков.

Сегодня явно увеличивается группа детей мигрантов с неизвестным прививочным анамнезом, их вакцинируют, как ранее непривитых, если не проводится определение титров антител.

Пожалуй, самый сложный момент, который нелегко принять докторам, – то, что между инактивированными вакцинами или живой и инактивированной вакциной разрыв любой интервал, вчера сделал одну прививку, скажем, против гепатита, сегодня

на использование инактивированной полиомиелитной вакцины и полный переход на неё, чтобы справиться с текущей проблемой циркулирующих полиовирусов вакцинного происхождения.

Загляните в новый календарь

Пандемия COVID-19, как отметила ведущий научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей, кандидат медицинских наук Марина Федосеенко, серьёзным образом повлияла не только на систему общественного здравоохранения, но и способствовала изменению ландшафта традиционных инфекционных заболеваний. Накопилась большая прослойка неиммунных детей и взрослых, которые являются горячим материалом для распространения различных инфекций. Ряд экспертов даже называют нынешнее время медовым месяцем для них. Поэтому на конференции большое значение придавалось реализации обновлённого Национального календаря профилактических прививок.

По словам заведующей отделом вакцинопрофилактики и поствакцинальной патологии Детского научно-клинического центра инфекционных болезней ФМБА России, главного внештатного детского специалиста Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербурга, профессора Сусанны Харит, календарь изменился уже более полугодия назад, но, к сожалению, не все доктора прониклись этими изменениями, находясь в плену своих привычек.

Так что же новое появилось? Теперь вакцинация против гемо-

можно сделать другую – против кори, паротита, краснухи. Это допустимо. А вот между живыми вакцинами сохраняется интервал в 1 месяц.

Ну и, конечно, предпочтение следует отдавать комбинированным вакцинам.

Коклюш, ротавирус и многое другое

Как отметила профессор из Красноярска Галина Мартынова, в структуре заболеваемости управляемыми инфекциями в России одно из ведущих мест до настоящего времени занимает коклюш, несмотря на высокий охват вакцинацией детей первых лет жизни. Его течение у детей старшего возраста и взрослых зачастую нетипично. Неспецифические симптомы, которые часто приписывают простудным заболеваниям, приводят к недооценке распространенности инфекции. Подростки и взрослые без защитного иммунитета или с нераспознанной инфекцией служат источником заражения для малышей. Поэтому иммунизация должна проводиться на протяжении всей жизни.

Профессор кафедры факультетской педиатрии лечебного факультета СибГМУ, заместитель главного врача Томской областной детской больницы Елена Камалтынова упомянула о рисках коклюша для недоношенных детей, имеющих незрелую иммунную и дыхательную системы (до рождения сформировано только 30% от общего числа альвеол), нередко длительно находящихся на ИВЛ, что чревато развитием бронхолегочной дисплазии. Все эти факторы приводят к повышенному риску у них коклюша по сравнению с доношенными.

– Контроль коклюша будет обеспечен только в том случае, если вакцинация будет начинаться с беременных женщин и их окружения. Это предотвратит заболевание у самых незащищенных – у детей первого года жизни, у недоношенных и маловесных. Кроме того, кокон-вакцинация спасёт пациентов и с иммунодефицитными состояниями.

Е.Камалтынова поделилась наблюдением, как много детей с хроническими заболеваниями органов дыхания необоснованно отводятся от прививок.

– Необходимо иммунизировать эту группу пациентов, чтобы предотвратить у них развитие тяжёлого коклюша и осложнений, – напомнила профессор.

Не обошли на конференции вниманием и ротавирусную инфекцию. Практически каждый ребёнок до 3-летнего возраста переносит хотя бы один её эпизод. И далеко не всегда инфекционный процесс может ограничиваться просветом тонкой кишки, вполне вероятен риск развития системных осложнений и внекишечных проявлений. При этом никаких средств специфической противовирусной терапии ротавирусной инфекции нет. Поэтому вакцинация – единственное мероприятие, которое позволит взять под контроль эту инфекцию, считают специалисты. Напомним, что в нашей стране вакцинация против ротавируса включена в календарь прививок по эпидемическим показаниям, поэтому во многих регионах её можно получить бесплатно (например в Москве).

– Огромный объём рутинной работы участкового педиатра занимают профилактические мероприятия и информационно-разъяснительная деятельность, – констатировала Марина Федосеенко, остановившись на слагаемых успешной вакцинопрофилактики и особо уделив внимание значимости иммунизации всех членов семьи.

Об основных подходах к вакцинации пациентов с ревматическими заболеваниями рассказала кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела вакцинопрофилактики НИИ педиатрии и охраны здоровья детей Татьяна Калужная:

– Мы можем проводить вакцинацию таких пациентов инaktivированными вакцинами на фоне иммуносупрессивной терапии. Использование любых живых вакцин показано за 4 недели до назначения иммуносупрессивного препарата. Если планируется вакцинация живой вакциной, то препарат на 4 недели отменяется, проводится вакцинация и через 4 недели его приём возобновляется.

Слово с делом не расходится

Как отметил академик РАН Николай Брико, грипп и ОРВИ составляют более 90% от всех инфекционных заболеваний и более 40% от всех болезней и травм. Это третья причина смертности населения. Однако официальные цифры не отражают действительность, недооценивается летальность.

По словам главного инфекциониста ФМБА России профессора Владимира Никифорова, если посмотреть статистику по заболеваемости гриппом в Российской Федерации, то увидим поразительно низкие цифры, чего явно быть не может. А всё дело в том, что с некоторых пор Роспотребнадзор запретил врачам ставить диагноз гриппа клинически, требуется, чтобы он был лабораторно подтверждён. А так как не везде это можно сделать, то цифры получаются искусственно заниженными. Лёгкий и неосложнённый грипп проваливается в раздел «острые инфекции верхних дыхательных путей», а тяжёлый – в раздел «внебольничные пневмонии».

– Американцы утверждают, что у них заболеваемость гриппом составляет от 9 до 41 млн в год против наших 50 тыс. Считаю, истина где-то посередине. Наверное, американцы слишком размахнулись, а мы слишком приукрашиваем статистику, – полагает В.Никифоров.

В настоящее время наблюдается совместная циркуляция вируса гриппа и SARS-CoV-2. Их сочетание приводит к утяжелению течения заболевания, более высокому проценту летальных исходов и осложнений. Ко-инфекция значительно увеличивает потребность в ИВЛ. Поэтому вакцинации в нынешнем эпидемическом сезоне нужно уделять особое внимание. Ей подлежат практически все категории граждан, включая детей с 6-месячного возраста.

– Очень важна вакцинация медработников, – подчеркнул академик Н.Брико. – К сожалению, как показали наши исследования, 9% врачей считают её неэффективной в отношении гриппа (что говорит о недостаточности знаний) и 15% не ревакцинируются. Хотя метаанализ когортных исследований говорит, что вакцинация против гриппа эффективна не только против него самого, но и против респираторных заболеваний, пневмоний (за счёт неспецифической стимуляции и стимуляции врождённого иммунитета).

Приоритетной иммунизации подлежат пациенты из групп риска с использованием 4-валентных вакцин. Кстати, в США 3-валентные вакцины в этом сезоне уже не применяются.

– Время 3-валентных вакцин ушло. Всемирная организация здравоохранения ещё в 2018 г. объявила, что нужно вакцинировать 4-валентной вакциной, – добавил В.Никифоров.

Поскольку увеличивается заболеваемость пневмококковой инфекцией, то следует рекомендовать сочетанную вакцинацию против неё и гриппа, особенно пожилым людям.

– Одновременное введение вакцин не влияет на качество иммунного ответа, – подчеркнул Н.Брико.

– Летальность от гриппа представляет не меньшую, а в части случаев гораздо большую проблему, чем летальность от новой коронавирусной инфекции как для взрослых, так и, судя по обзорам, опубликованному американскими учёными, для детей, – заметила Л.Намазова-Баранова.

Привитые от гриппа меньше и легче болеют ковидом. Рекомендации Минздрава России предписывают вакцинироваться от гриппа и ковида одновременно, но в разные части тела, скажем, в правое и в левое плечо.

– Я – ярый сторонник иммунизации, но нельзя к ней подходить огульно, это не безобидное мероприятие, – ориентировал докторов В.Никифоров. – Не может быть вакцины без каких-то побочных эффектов. Другое дело, что риск побочных эффектов значительно ниже, чем отрицательный эффект самого заболевания. Наша задача – убедить население прививаться и от ковида, и от гриппа.

«А сами-то, уважаемые спикеры, как часто вы вакцинируетесь для профилактики гриппа?» – прозвучал вопрос Владимира Фурцева из Красноярска. Ответы не заставили себя ждать. Наверное, они будут интересны читателям.

– Прививаюсь каждый год отечественной 4-валентной вакциной, – ответил В.Никифоров. – Даже когда ещё у неё не было разрешения на применение у тех, кому 65 плюс, а мне было 66, я взял шприц у медсестры и сам себе ввёл, потому что она категорически отказывалась нарушать инструкцию. Ничего со мной не случилось, и гриппом я не болел. В этом году с лёгкой душой пойду прививаться, потому что возрастное ограничение снято. А так как я глава семьи, то все её члены следуют моим настоятельным пожеланиям. Мы уже много лет прививаемся. Просто я видел, что происходит с человеком, когда у него тяжёлый грипп и он лежит в реанимации.

– Регулярно, ежегодно прививаюсь и лично прививаю свою семью, – отчитался Н.Брико.

– Когда-то в сезон 1999-2000 года я и все моё семейство, включая бабушку и двух детей, очень тяжело переболели гриппом. С тех пор каждый год вакцинируемся, не было ни одного сезона, когда бы пропустили. Есть тому свидетели, – поведала Л.Намазова-Баранова. – Всё, о чём мы сегодня рассказывали, не просто теоретические знания, это – наша убеждённость, жизненное кредо.

Подытоживая разговор, Л.Намазова-Баранова призвала педиатров продолжать плановую вакцинацию, защищая детей от привычных инфекций и не делая никаких формальных поправок на пандемию или появляющиеся новые вызовы. Вакцинация против новой коронавирусной инфекции – тоже. Кроме того, поскольку на дворе осень, активно прививать от гриппа.

А ассистент кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова, сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей РНЦХ им. Б.В.Петровского Полина Гринчик напомнила, что охват вакцинацией и привитость – это разные вещи и что доктора должны анализировать показатель привитости и работать на повышение приверженности вакцинопрофилактике.

Валентина ЕВЛАНОВА,
собр. корр. «МГ».

Работают мастера

«Заплатки» и «змейки» под сердцем

Челябинские кардиохирурги берутся за редчайшие операции

Такие случаи в практике сердечно-сосудистых и кардиохирургов встречаются крайне редко. К тому же в данном случае всё было «наоборот»: операцию, которая ещё недавно требовала открытого вмешательства, выполнили эндоваскулярно через прокол. А другая патология, которая обычно «закрывается» с помощью окклюдера, на этот раз для спасения пациента проходила на открытом сердце при искусственном кровообращении.



Жителя Оренбурга Валерия Гетмана мучили боли в груди, такие, что, по его словам, сердце норовило выскочить. Но местные врачи не знали, чем помочь, несмотря на неоднократные приступы. Специалисты Челябинского федерального центра сердечно-сосудистой хирургии выполнили пациенту радиочастотную абляцию и справились с тахикардией, но во время дообследования обнаружили у пациента новую проблему.

До своих 64 лет он и не знал, что под сердцем затаилась «змейка» – коронаролгочная фистула. Это врождённый порок, который представляет собой расширенный извилистый сосуд, сообщаящийся с крупным сосудом через отверстие (свищ). По нему происходит «обкрадывание» кровообращения, что вызывает ишемию сердца. Обычно такие пороки диагностируются ещё в детском возрасте и при необходимости оперируются.

Рентгенохирурги перекрыли вход в лишний сосуд с помощью спиралей, которые со временем зарастают и выведут его из кровообращения окончательно.

«Коронарно-лёгочные фистулы – врождённая аномалия сосудов, которая анатомически у каждого пациента выглядит по-разному, – поясняет главный врач ФЦССХ МЗ РФ (Челябинск) Олег Лукин. – Как правило, это оказывается случайной находкой при обследовании по поводу какого-то другого кардиозаболевания. Через фистулы происходит обеднение коронарного кровотока и сбрасывание крови в лёгкое, которое приводит к лёгочной гипертензии. С другой стороны, наличие фистулы может и не мешать до определённого момента, но с возрастом накапливаются проблемы и появляется «клиника» ишемической болезни сердца».

По его словам, ещё 15 лет назад выбора не было: чтобы закрыть фистулу, приходилось делать открытую операцию, что было очень сложно и не всегда эффективно в силу объективных причин. Сейчас рентгенохирурги используют эндоваскулярный метод. Это требует высокого мастерства – каждая фистула особена по-своему; она может быть слишком извитой, закрученной,

иметь много отверстий и быть слишком близко расположенной к значимым структурам. Но для пациента рентгеновский метод надёжнее, безболезненнее, он не требует наркоза и длительного восстановления.

Челябинку Танзилю Мулдагалееву (66 лет) мучил сильный кашель. Долгое время она безуспешно лечила «бронхит», пока с приёма терапевта её не увезли на «скорой» с инфарктом. В срочном порядке ей было выполнено стентирование. Однако улучшения состояния пациентка

не отмечала, и спустя 3 месяца она обратилась в Челябинский федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии. Во время дополнительного исследования было выявлено редкое и грозное осложнение – дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), а также аневризма и тромб больших размеров в непосредственной близости от сердца.

Анатомические данные не позволили применить рентгеновские методы хирургического лечения, поэтому бригада сердечно-сосудистых и кардиохирургов выполнила сложную открытую операцию – поставила на место дефекта сэндвич из двух заплаток.

«Порок ДМЖП встречается у взрослых всего в 0,3% случаев, – говорит сердечно-сосудистый хирург КХО № 1 ФЦССХ МЗ РФ Назбий Алиев. – Операцию проводили совместно и взрослые, и детские хирурги. Она была технически сложной: ткани сердца пришлось дополнительно укреплять синтетическими материалами, чтобы затем поставить двойную «заплатку» и перекрыть порок. Наблюдение обязательно, чтобы исключить риск рецидива заболевания».

Пациентке очень повезло, что она оказалась у нас вовремя, – добавляет главный врач ФЦССХ МЗ РФ Олег Лукин. – Поскольку нестандартная ситуация требует быстрого решения. Операция длилась порядка 4 часов при искусственном кровообращении, около часа шла на остановленном сердце. Технически закрыть этот дефект очень сложно. После инфаркта ткани становятся очень рыхлыми из-за некротических поражений, расплывающиеся, кисельные, если говорить образно, и пришить к ним сэндвич из двух заплаток стоило большого труда и мастерства».

Оба случая подтверждают: технологии в сердечно-сосудистой хирургии сегодня достигли такого уровня, который позволяет выбрать наиболее оптимальный способ оперативного вмешательства, максимально эффективный для пациента.

Лия ЗАХАРОВА.

Челябинск.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 34 (2346)

(Окончание. Начало в № 34 от 31.08.2022.)

Хирургическое лечение: показания и методы

При осложненном течении заболевания, а также в отдельных случаях с не купируемой болью в животе, показано эндоскопическое или хирургическое лечение. Решение о выполнении вмешательства должно приниматься в центре, специализирующемся на консервативных и хирургических методах лечения заболеваний ПЖ.

К осложнениям ХП относятся:

- 1) стойкий болевой синдром, не поддающийся медикаментозной терапии;
- 2) протоковая гипертензия ПЖ за счёт вирсунголитиаза или стриктур протока ПЖ;
- 3) симптоматические постнекротические кисты ПЖ;
- 4) механическая желтуха, обусловленная компрессией ТОХ;
- 5) портальная гипертензия за счёт сдавления конfluence воротной вены или тромбоза селезеночной вены;
- 6) стойкое нарушение пассажа пищи по двенадцатиперстной кишке;
- 7) ложная аневризма бассейна чревного ствола и верхней брыжеечной артерии.

На фоне перечисленных осложнений могут возникать панкреатогенный асцит и/или плеврит; у пациентов, оперированных по поводу панкреатита или перенесших травму ПЖ, – панкреатические свищи, требующие хирургического лечения. Безусловным показанием к хирургическому лечению является отсутствие возможности исключить рак ПЖ.

При лечении симптоматических псевдокист эффективны хирургические и эндоскопические методы. При хирургическом лечении псевдокист может быть наложен анастомоз с петлей тощей кишки по Ру или с желудком, а также проводится латеральная панкреатоюностомия при сопутствующей дилатации ГПП (> 7 мм).

Рецидивирующая желтуха или клиническая картина холангита являются показанием для эндоскопической установки стента-эндопротеза, являющейся безопасной и эффективной процедурой (с частотой осложнений от 4 до 7%). Несмотря на то что желтуха купируется вскоре после постановки стента-эндопротеза, полного разрешения стриктуры желчного протока удается достичь лишь у небольшой части пациентов, в особенности при кальцифицирующем панкреатите. Лучшие результаты достигаются при поэтапной постановке нескольких стентов-эндопротезов.

В случае изолированной непроходимости ДПК (до 1% пациентов с ХП) проводится гастроеюностомия. При сочетании непроходимости ДПК с другими осложнениями ХП (боль и/или обструкция желчных протоков) выполняется резекция ПЖ с сохранением двенадцатиперстной кишки/привратника.

РКИ по сравнению эффективности хирургического и эндоскопического дренирования желчных путей при ХП не проводилось.

Таким образом, при отсутствии данных за рак ПЖ хирургическое вмешательство должно быть лечением выбора при наличии стриктуры желчных путей с клиническими проявлениями желтухи длительностью более 1 месяца. Оптимальная процедура всё еще не определена. Выполняются различные операции – от создания обходного желчного анастомоза (холедох – или гепатоеюностомия) до ПДР. При наличии воспалительного образования и/или подозрении на рак во всех случаях должна выполняться резекция головки ПЖ.

При неосложненном течении заболевания инвазивные вмешательства направлены на коррекцию морфологических изменений системы протоков ПЖ (стриктуры, конкременты), воспалительных изменений паренхимы или выполнение неврелиза.

Купирование боли

Проспективные РКИ по сравнению эффективности консервативного и хирургического лечения боли при ХП не проводились. В исследованиях, оценивающих динамику боли после оперативного лечения отмечена большая вариабельность эффекта (от 47 до 80% пациентов).

У пациентов с верифицированным ХП рекомендовано решение вопроса о выполнении хирургического вмешательства при следующих состояниях:

- интенсивная некупируемая абдоминальная боль, ведущая к снижению или утрате трудоспособности;
- отсутствие эффекта от консервативного лечения в течение 3 месяцев;

- риск развития зависимости от анальгетиков и/или психотропных препаратов;
- возникновение осложнений ХП, требующих инвазивного устранения (кровотечения, непроходимость ДПК, симптоматические псевдокисты и др.);
- подозрение на рак ПЖ.

Хирургическое лечение пациентов с ХП рекомендовано при неэффективности последовательного применения консервативных методов в течение 3 месяцев (строгое соблюдение диеты, терапия капсулированным панкреатином, витаминами, анальгетиками, в т.ч. трамадолом, антидепрессантами, пре-

габалином), при существенном снижении качества жизни и нарушении трудоспособности.

Эндоскопическое лечение

Пациентам с бессимптомным расширением протока ПЖ не рекомендуется эндоскопическое лечение.

Эндоскопическое лечение рекомендуется у пациентов с болью и дилатацией протока ПЖ с целью устранения болевого синдрома.

Эндоскопическое стентирование главного панкреатического протока (ЭСГПП)

Литоэкстракция и механическая литотрипсия рекомендованы при единичных вирсунголитах диаметром не более 5 мм, располагающихся в протоке ПЖ на уровне головки органа.

ЭСГПП с помощью панкреатических полимерных стентов рекомендуется пациентам при наличии доминантной стриктуры и пре-стенотическом расширении протока не менее 6 мм. Рекомендуется установка одного или нескольких стентов 7 Fr, 8,5 Fr или 10 Fr с заменой с интервалом от 2 до 5 месяцев в зависимости от диаметра и количества стентов, с сохранением окончательного общего диаметра в течение срока не менее 1 года. Перед выполнением стентирования рекомендуется эндоскопическая вирсунготомия, механическая и/или баллонная дилатация стриктуры. Наличие множественных стриктур является противопоказанием к стентированию протока.

При рецидиве боли повторные эндоскопические процедуры имеют высокую эффективность. Эндоскопическое дренирование может быть предложено как метод выбора у пациентов с незначительными изменениями паренхимы ПЖ и отсутствием множественных осложнений ХП, а также пациентам с противопоказаниями к хирургическому вмешательству или отказом от него, а также может являться предварительным этапом для оценки эффективности планируемого хирургического лечения.

У пациентов с частыми приступами боли может выполняться сфинктеротомия для улучшения оттока секрета ПЖ. Однако данные об эффективности этого метода для лечения боли у пациентов без дилатации протока и обструкции отсутствуют.

В настоящее время имеется две стратегии стентирования ПЖ:

- удаление стента спустя 6–12 месяцев независимо от разрешения стриктуры протока ПДЖ;
- последующие замены стента вплоть до исчезновения стриктуры.

Купирование боли в течение 12 месяцев после стентирования отмечается у 2/3 пациентов, однако полное исчезновение стриктур наблюдалось у небольшой части пациентов. Перспективным подходом является точное измерение стриктуры дистальной части протока ПЖ с поэтапной установкой стентов увеличивающегося диаметра (увеличение размера на 2–4 единицы каждые 6 месяцев). После окончательного удаления стента, установленного по такой методике, исчезновение стриктур наблюдалось в 95% случаев. При этом такое агрессивное эндоскопическое лечение с последовательной установкой нескольких полимерных панкреатических стентов может привести к разрешению стриктуры в 44–90% случаев с последующим безрецидивным течением в сроки 13–48 месяцев после удаления панкреатического стента. При отсутствии эффекта от эндоскопического стентирования протока ПЖ или рецидиве интенсивной боли в животе

пациентам рекомендуется хирургическое лечение.

Эндоскопическое лечение рекомендуется в качестве временной меры для эффективного лечения холестаза, желтухи или холангита у пациентов с ХП.

Эндоскопическое лечение рекомендовано при псевдокистах ПЖ с наличием клинических проявлений, а также при осложнённых негеморрагических псевдокистах.

Эндоскопическое лечение наружных и внутренних панкреатических свищей

Эндоскопическое дренирование протока ПЖ при панкреатических свищах рекомендовано пациентам при наличии дефекта протока, подтверждённого данными фистулографии и МРХПГ с целью перекрытия области повреждения протока стентом.

Дренирующие операции при панкреатогенной постнекротической/парапанкреатической кисте поджелудочной железы

Показаниями к дренированию постнекротической кисты являются её размер более

5 см, абсцедирование, боль, нарушение оттока желчи или пищи из желудка, портальная гипертензия, перфорация постнекротической кисты в брюшную полость. Постнекротические бессимптомные кисты диаметром менее 5 см с несформированной капсулой и не сообщающиеся с протоком ПЖ имеют тенденцию к самоизлечению, поэтому больные подлежат динамическому наблюдению. Устранение кист может быть выполнено за счёт внутреннего эндоскопического дренирования в просвет двенадцатиперстной кишки или желудка, а также открытым хирургическим доступом.

Наружное дренирование постнекротической кисты рекомендуется при абсцедировании, отсутствии сформированной капсулы или возможности выполнить более сложное вмешательство из-за тяжести состояния больного или технических причин.

Эндоскопическое внутреннее дренирование постнекротической кисты ПЖ рекомендовано при размере кисты более 5 см без тенденции к регрессу в течение 6 недель после ее возникновения, стенке кисты более 5 мм, отсутствии в ее просвете крупных секвестров, близкого прилегания полости кисты к стенке желудка или двенадцатиперстной кишки.

Транспилллярный доступ с выполнением цистодуоденального стентирования используют при небольших (до 5 см) скоплениях, связанных с протоком ПЖ на уровне головки.

Цистопанкреатоюностомия открытым способом или через мини-доступ рекомендуется при постнекротических кистах большого размера любой локализации с наличием хорошо сформированной капсулы, крупными секвестрами.

Лечение билиарной гипертензии при хроническом панкреатите

Эндоскопическое устранение билиарной гипертензии при хроническом панкреатите рекомендуется при клинически значимом холангите и механической желтухе. Стентирование желчных протоков является временной мерой и производится множественными билиарными пластиковыми стентами. Каждые 3 месяца требуется замена стентов. Курс лечения составляет не менее 1 года после достижения расположения максимального количества стентов в просвете желчного дерева.

Хирургическое лечение при панкреатической гипертензии, вирсунголитиазе

Продольная панкреатоюностомия рекомендована при наличии протоковой гипертензии и расширении протока ПЖ за счёт его стриктур или камней на уровне перешейки, тела и хвоста ПЖ и отсутствии фиброзного перерождения головки и крючковидного отростка ПЖ. При наличии кисты и панкреатической гипертензии возможна комбинация вмешательств – продольная цистопанкреатоюностомия на выключенной петле по Ру.

Резекционные операции при хроническом панкреатите

Резекционные вмешательства на ПЖ в настоящее время хорошо разработаны и являются приоритетными, поскольку позволяют радикально устранить осложнения ХП, обусловленные фиброзно-кистозным перерождением головки ПЖ или дистальных отделов. Существует несколько вариантов резекции головки ПЖ, каждый из которых имеет строгие показания.

Резекция головки ПЖ с продольным панкреатоюноанастомозом (операция Фрея) рекомендуется при фиброзной трансформации головки ПЖ, панкреатической гипертен-

зии, обусловленной вирсунголитиазом или стриктурами протока.

Бернский вариант резекции головки ПЖ рекомендуется при наличии не только фиброзного перерождения паренхимы головки, но и билиарной гипертензии.

Субтотальная резекция головки ПЖ по Бегеру рекомендуется при наличии перечисленных осложнений в сочетании с портальной гипертензией, обусловленной сдавлением конfluence верхней брыжеечной и селезеночной вен.

Панкреатодуоденальная резекция рекомендуется в случаях, когда не удается исключить наличие злокачественной опухоли головки ПЖ, а также при фиброзно-кистозном изменении головки ПЖ в сочетании со стойким дуоденальным стенозом, не поддающимся консервативной терапии.

Дистальная резекция ПЖ рекомендуется в случаях, когда не удается исключить наличие опухоли хвоста ПЖ, при постнекротической кисте ПЖ, замещающей паренхиму дистальной части органа.

При выполнении резекционного вмешательства при ХП рекомендуется выполнение патолого-анатомического исследования операционного материала ПЖ.

Эндоваскулярные вмешательства при ложных аневризмах бассейна чревного ствола и верхней брыжеечной артерии

Пациентам с ЛА ветвей чревного свища и верхней брыжеечной артерии, имеющих сообщение с протоком ПЖ (ЛА 1-го типа) рекомендуется двухэтапное лечение: эндоваскулярное «отключение» полости аневризмы от кровотока, с последующим радикальным хирургическим лечением осложнений ХП. При наличии ЛА 2-го типа, которая не связана с ГПП, возможно выполнение эндоваскулярной операции, направленной на закрытие полости аневризмы или эндопротезирование артерии покрытым нитиновым стентом, которая будет окончательным этапом лечения.

Послеоперационные осложнения

Операции при ХП сопровождаются большим количеством послеоперационных осложнений, достигающих 20–40%. В тех случаях, когда паренхима ПЖ на момент операции не утратила внешнесекреторной активности, имеется реальная угроза возникновения послеоперационного панкреатита и формирования панкреатического свища. Обширные резекции головки ПЖ с большой площадью раневой поверхности создают условия для возникновения ранних кровотечений в просвет панкреатоюноанастомоза.

Послеоперационный панкреатит является частым осложнением после операций на ПЖ. Макроскопические проявления панкреатита в виде стекловидного отёка парапанкреатической клетчатки и даже бляшек стеатонекроза могут регистрироваться уже во время операции. В ближайшем послеоперационном периоде клиническими признаками панкреатита являются проявления эндогенной интоксикации (стойкая тахикардия при отсутствии гиповолемии, акроцианоз, угнетение самостоятельного дыхания), выделение из брюшной полости по дренажным трубкам экссудата бурого цвета с высоким содержанием амилазы, гастростаз и паралитическая кишечная непроходимость. Перечисленные симптомы свидетельствуют о развитии тяжелого панкреатита. Биохимическим маркером панкреатита является повышение уровня амилазы в крови свыше 500 ед/л. Лечение послеоперационного панкреатита должно быть консервативным и проводиться в условиях отделения реанимации.

При послеоперационном панкреатите пациентам, перенесшим оперативное вмешательство на ПЖ, рекомендовано проведение интенсивной консервативной терапии в условиях отделения реанимации с целью устранения признаков гиперамилаземии и эндогенной интоксикации.

Для профилактики осложнений пациентам, перенесшим оперативное вмешательство на ПЖ, рекомендовано назначение октреотида в соответствии с инструкцией к конкретному лекарственному препарату.

При панкреатических свищах рекомендуется проведение консервативной терапии и динамическое наблюдение с обеспечением адекватного оттока панкреатического секрета. При наличии панкреатического свища имеется реальная угроза возникновения аррозионного кровотечения.

При послеоперационном неинтенсивном кровотечении рекомендовано проведение консервативной терапии, направленной на коррекцию гемодинамики и системы

гемостаза. Для уточнения источника кровотечения следует выполнить КТ с контрастированием и/или ангиографию.

При обнаружении во время ангиографического исследования кровотокающей артерии рекомендовано выполнение эндоваскулярного гемостаза.

При интенсивном кровотечении и отсутствии возможности выполнения эндоваскулярного вмешательства рекомендовано выполнение релапаротомии с целью выявления источника кровотечения. При кровотечении из мягких тканей и отсутствии панкреонекроза, некротического парапанкреатита возможно обеспечить гемостаз за счет прошивания. При аррозийном кровотечении из магистральных сосудов (мезентерикоportalный ствол, селезёночная вена, артерии бассейна чревного ствола и верхней брыжеечной артерии), возникшем в результате послеоперационного панкреонекроза, возможно выполнение панкреатэктомии и спленэктомии.

Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Пациентам с сохранной экзокринной функцией ПЖ после завершения фазы обострения ХП рекомендовано назначение пищеварительных ферментных препаратов в суточной дозе 100-150 тыс. липолитических ед. в сутки в течение 3-6 месяцев.

При развитии экзокринной недостаточности ПЖ пациентам с ХП рекомендуется пожизненная заместительная ферментная терапия, часто – с добавлением ИПН для повышения эффективности действия пищеварительных ферментных препаратов.

Всем пациентам, готовящимся к хирургическому вмешательству по поводу ХП рекомендовано проведение профилактики инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами широкого спектра действия за 30 минут до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний).

Всем пациентам, оперированным по поводу осложненных форм хронического панкреатита, рекомендована ранняя активизация в послеоперационном периоде с целью уменьшения риска развития послеоперационных осложнений.

Всем пациентам, оперированным по поводу осложненных форм хронического панкреатита, рекомендуется проведение мультимодальной анальгезии с целью безболезненной активизации и ускоренной реабилитации.

Всем пациентам, оперированным по поводу осложненных форм хронического панкреатита, рекомендуется раннее возобновление энтерального питания с целью ускоренной реабилитации.

Инородное тело пищеварительного тракта – любой объект органического, неорганического, искусственного происхождения, случайно или намеренно проглоченный, введенный в просвет пищеварительного тракта или образовавшийся в самом организме, который по своему составу и расположению не может быть использован в качестве пищи.

Истинные, безусловно инородные тела (ИТ) попадают в просвет ЖКТ извне, не служат для человека пищей, не образуются и не паразитируют в организме человека.

Условно инородные тела, которые сами по себе не относятся к ИТ по определению (например, пища), либо имеют свои собственные коды в МКБ-10 (например, желчные камни или паразиты), но становятся таковыми при определенных обстоятельствах, например, при вклинении пищевого комка в зону органического сужения пищевода, при миграции из места образования в просвет пищеварительного тракта (например, желчные камни), при образовании конгломератов в просвете ЖКТ (например, конгломерат паразитов, приводящий к острой кишечной непроходимости).

Этиология и патогенез

Инородные тела ЖКТ являются распространенной проблемой. Попадание в организм истинных ИТ происходит чаще у детей, чем у взрослых. Связано это с тем, что дети, особенно в раннем возрасте, берут в рот попадающиеся им предметы и таким образом изучают окружающую среду. Даже самые добросовестные родители не всегда способны предотвратить этот процесс. Большая часть ИТ выходит естественным путём, не причиняя вреда здоровью. Наиболее распространёнными ИТ ЖКТ у детей являются монеты. Факторами, влияющими на возможность самостоятельного прохождения монеты по ЖКТ, являются её локализация,

Всем пациентам, оперированным по поводу осложненных форм хронического панкреатита, рекомендуется раннее удаление катетеров (центральный венозный, мочевого) и дренажей из брюшной полости.

Всем пациентам, оперированным по поводу осложненных форм хронического панкреатита, рекомендуется введение препарата группы гепаринов в профилактической дозировке за 12 часов до операции и в течение срока до 4 недель после операции с целью профилактики тромбоэмболических осложнений.

Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Профилактика ХП базируется на экстраполяции данных когортных эпидемиологических исследований, согласно результатам которых можно предполагать, что ограничение употребления алкоголя и табакокурения (категорический запрет у лиц с перенесенным острым панкреатитом или установленным диагнозом ХП) может быть фактором, снижающим риск прогрессии ХП. У лиц с симптомной желчнокаменной болезнью, приступами хронического калькулёзного холецистита и билиарного панкреатита путём профилактики последующих приступов панкреатита можно считать своевременную холецистэктомию.

Эмпирические рекомендации о диетической профилактике, необходимости отказа практически от всего, включая кофе, шоколад, жиров любого происхождения на сегодняшний день не являются научно обоснованными. Не исключено (поскольку недостаточно изучено), что более значимыми для провокации обострения ХП могут быть другие факторы, ассоциированные с питанием, – ожирение, перекармливание и гипокинезия после приема пищи (с созданием высокого внутрибрюшного давления), хронический дефицит антиоксидантов в пище, гиперхолестеринемия, сочетанное действие пищевых факторов, этанола и компонентов табачного дыма и т.п. В то же время надо помнить об обратной стороне медали, когда некоторые высококомплаентные больные скрупулёзно соблюдают жёсткую диету с целью профилактики повторных приступов панкреатита (это, как правило, лица без алкогольного анамнеза, некурящие) и доводят себя до нутритивной недостаточности с явлениями поливитаминодефицита, квашиоркора, анемии и др.

Таким образом, опираясь на результаты ряда экспериментальных, эпидемиологических и пилотных исследований, эмпирический многолетний опыт, всем пациентам с ХП с целью профилактики обострений заболевания можно рекомендовать следующие

мероприятия по модификации образа жизни: дробное питание (4-5 раз в день, равномерными порциями с одинаковым распределением жирсодержащих продуктов в рационе), отказ от перекармливания; создание сбалансированного рациона с ограничением насыщенных жиров и холестерина; включение в рацион достаточного количества пищевых волокон (растительной клетчатки); достаточная физическая активность; употребление разнообразной пищи с низким содержанием насыщенных жиров и холестерина (нерафинированные растительные жиры несколько ограничиваются только у лиц с избыточной массой тела); выбор рациона с достаточным количеством пищевых волокон, содержащихся в зерновых продуктах, овощах и фруктах; найти баланс между количеством принимаемой пищи и физической активностью (для стабилизации веса со стремлением к идеальной массе тела с поправкой на возраст).

Всем пациентам, страдающим ХП, рекомендуется полный отказ от употребления алкоголя с целью снижения частоты обострений и смертности.

Всем пациентам, страдающим ХП, рекомендуется полный отказ от курения с целью уменьшения болевого синдрома и профилактики развития осложнений ХП.

Пациентам с желчнокаменной болезнью с целью профилактики приступов билиарного панкреатита рекомендовано проведение хирургического лечения: холецистэктомии, эндоскопической холедохолитозэкстракции.

Пациентам, перенесшим инвазивные вмешательства по поводу хронического панкреатита, рекомендуется диспансерное наблюдение участкового терапевта, врача общей практики или гастроэнтеролога по месту жительства; после хирургического лечения – комплексное обследование 1 раз в год.

Для эффективной первичной профилактики ХП можно надеяться на состоятельность идеи о тотальном диспансерном наблюдении населения с целью своевременного выявления патологии желчевыводящих путей, гиперлипидемии, стигматов скрытого злоупотребления алкоголем и т.п. Однако до сих пор ни в одной из стран мира такая идея не нашла практического применения, поскольку за ее реализацией стоят большие материальные затраты. Ответ о целесообразности такой тактики могут дать фармакоэкономические исследования, однако ожидать их инициацию с учетом пусть и растущей, но сравнительно невысокой частоты ХП в популяции следует пока признать малореальной.

Дополнительная информация. Факторы, влияющие на исход хирургического лечения хронического панкреатита

До 20% оперированных пациентов не

удовлетворены результатом хирургического лечения. В первую очередь это касается рецидива или сохранения болевого синдрома после операции. Факторы, влияющие на эффективность хирургического лечения, до конца не изучены. Одним из них считается объем резекции головки ПЖ. В результате проведенного в 2016 году метаанализа, включившего 323 пациента после резекционно-дренирующих вмешательств на ПЖ в различных модификациях, было отмечено, что во всех случаях хирургическое лечение имело удовлетворительный результат. Однако ни в одной из публикаций, включенных в метаанализ, не описана методика объективной оценки объема резекции головки ПЖ.

Другим возможным фактором, влияющим на исход лечения, считается срок хирургического вмешательства. Хирургическое вмешательство по поводу ХП, выполненное на ранних сроках заболевания (до 3 лет от первичной манифестации) приводит к лучшим отдаленным результатам. В последнее время появляются единичные одноцентровые исследования, отмечающие преимущество хирургического лечения ХП в ранние сроки от первичной манифестации заболевания (до 3 лет).

Прогноз течения ХП

В настоящее время утвержденной профессиональным сообществом прогностической системы течения хронического панкреатита не существует. Необходимо проведение крупных когортных исследований и метаанализов с целью более точного определения факторов, влияющих на исход ХП.

Очевидно, что при прогнозе течения ХП необходимо опираться на данные физикального состояния пациента (ИМТ), влияние токсических факторов (алкоголь, курение), данные лабораторных анализов (уровень гликированного гемоглобина крови, С-реактивного белка, альбумина), состояние ПЖ (наличие постнекротических кист и конкрементов), наличие билиарных стриктур.

Для замедления фиброзно-воспалительных процессов в ПЖ и улучшения состояния пациентов необходима модификация образа жизни, включающая полный отказ от алкоголя, соблюдение диетических рекомендаций, проведение адекватной заместительной ферментной терапии.

Актуальность: 2022

Сергей АЛЕКСЕЕНКО,
доктор медицинских наук,
профессор (Хабаровск).

Сергей БАГНЕНКО,
доктор медицинских наук,
академик РАН (Санкт-Петербург).

Михаил БЫКОВ,
доктор медицинских наук,
профессор (Краснодар).

Инородное тело в пищеварительном тракте

дятся (например, видеокапсулы, разнообразные стенты, дренажи, бариатрические баллоны и т.д.), либо случайно попадают (например, стоматологические буры, зубные протезы, наконечники клизм и т.д.) в просвет ЖКТ.

Эпидемиология

Среди взрослых пациентов, нуждающихся в экстренной эндоскопической помощи, 28-33% пациентов приходится на поступающих с подозрением на ИТ верхних отделов ЖКТ. По данным главного хирурга и эндоскописта МЗ РФ А.Ш.Ревизи (Росстат, Федеральное статистическое наблюдение; форма № 30), в 2020 г. в нашей стране было выполнено 21 179 ЭГДС и 477 ректосигмоидо/колоноскопии для удаления инородных тел пищеварительного тракта. Диагноз инородного тела подтверждается у 25-30% пациентов; осложнения развиваются в 0,5-1% случаев. Частота выявления вклинения пищевого комка оценивается как 13 на 100 тыс. населения. Проглатывание непищевых объектов, преднамеренное или непреднамеренное, чаще наблюдается у пожилых людей, лиц, находящихся в алкогольном опьянении, у пациентов с задержкой развития и психическими отклонениями, а также у заключенных, преследующих какую-либо цель. В последние годы значительно увеличилась частота проглатывания детьми дисковых (кнопочных) батареек. Батарейки составляют до 10% от общего количества инородных тел ЖКТ у детей. Частота гло-

тания батареек составляет примерно 10-15 случаев на 1 млн населения и каждый 1000-й эпизод ежегодно приводит к серьезным последствиям. Согласно данным National Poison Data System, в 1985-2009 гг. в США наблюдалось 56 535 травм пищевода батарееками у детей. Летальные исходы у 13 (0,02%) детей.

Клиническая картина

Выделяют три формы клинических проявлений ИТ ЖКТ – латентную, манифестную и осложнённую. Клинические проявления зависят от характера предмета, его локализации, глубины внедрения в слизистую оболочку, психического состояния и возраста больного.

У детей клиническая картина отличается рядом особенностей, так как зона глоточно-пищеводного перехода маленьких детей более узкая и длинная, при этом преобладает локализация ИТ в шейном отделе пищевода и большинство инородных тел (75-90%) имеют не пищевой характер. У детей чаще возникает респираторный синдром (кашель, одышка, ложный круп). Основные клинические проявления ИТ пищевода у детей, по данным исследований, варьируются и включают гиперсаливацию, поперхивание, рвоту, явления дисфагии и одинофагии, чувство комка в гортане, кашель, хрипы, свистящее дыхание и другие. При проглатывании детьми монет преобладающими симптомами служат рвота и гиперсаливация.

(Продолжение следует.)

Август 2022 года может войти в историю нашей страны как месяц, когда государство – казалось бы, ни с того ни с сего – вновь обозначило борьбу с алкоголизмом в качестве одной из своих приоритетных задач.

«Хитро, аккуратно и креативно»

Сначала депутаты Госдумы высказались за разработку соответствующей федеральной программы. При этом они предлагают считать эффективность антиалкогольной работы ещё одним критерием оценки деятельности губернаторов. Интересно, как политики намерены рассчитать показатель результативности борьбы с пьянством и на какие меры отважатся главы субъектов РФ, чтобы данному критерию соответствовать?

Среди предложений, высказанных депутатами, – вывести спиртное из супермаркетов и открыть специализированные магазины по продаже алкоголя. Впечатление, будто авторы этой инициативы давно не ходили по российским городам, где практически в каждом доме уже по два таких специализированных магазина. Но более других впечатлило предложение определить для всех отечественных СМИ ежемесячный план по количеству публикаций с пропагандой неприязни к спиртному. Инициатор данного нововведения уверен, что журналисты сумеют делать это «не топорными агитками, а хитро, аккуратно и креативно».

Буквально сразу после депутатов внимательно посмотрели на проблему алкоголизации населения предложил Президент России. Сначала Владимир Путин сказал об этом во время встречи с врио главы Кировской области, затем – с врио губернатора Владимирской области. В обоих регионах ситуация с пьянством тревожная. Так, во Владимирской области показатель заболеваемости алкоголизмом и алкогольным психозом в 2021 году составил 122,6 случая на 100 тыс. граждан, что превышает среднероссийский уровень в 2,6 раза.

Глава государства при выборе методов антиалкогольной борьбы придерживается следующей точки зрения: «Здесь нельзя ничего запрещать, нельзя заниматься излишним подъёмом цен, акцизов и так далее». В противовес запретам и ограничениям на продажу спиртного он предлагает развернуть пропаганду здорового образа жизни, развивать инфраструктуру для занятий спортом, а также воспитывать у людей интерес к культуре. Так просто?..

Получит ли продолжение эта попытка заручиться общественной поддержкой перед тем, как приступить к разработке федеральной антиалкогольной программы, увидим в скором времени. Интересно было бы познакомиться с её научным обоснованием: кем и когда доказана прямая корреляция между реализацией мер, предложенных Президентом и политиками, и снижением потребления алкоголя. Ещё более интересно узнать истинный масштаб пьянства и уровень алкогольной зависимости по каждому из субъектов РФ, ведь не секрет, что официальная статистика – явление управляемое, если не сказать творческое. Да и далеко не все пьющие люди обращаются к врачам за помощью, следовательно, число россиян, состоящих на наркологическом учёте, не может отражать всей полноты картины алкоголизма ни в отдельных регионах, ни в целом по стране.

Запрет на пиво, талоны на водку?

Вообще, по-хорошему при принятии решений о разработке любых целевых программ медико-социальной направленности необходимо ориентироваться не столько на умозаключения политических деятелей, сколько на мнение специалистов. В случае с пьянством и алкогольной зависимостью одним

из таких признанных экспертов является профессор кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии РУДН Юрий СИВОЛАП.

– Юрий Павлович, что показывает мировой исторический опыт: кампании по борьбе с пьянством влияют на динамику потребления алкоголя?

– Ни одна из масштабных противоалкогольных кампаний, по-

казатели преступности и несчастных случаев, связанных с алкоголем, например, дорожных аварий со смертельным исходом и бытовых пожаров.

– Даже если делать это грамотно, сама необходимость в антиалкогольной программе для нашей страны сегодня существует? И можно ли в принципе установить какие-то целевые показатели потребления алкоголя

показатели преступности и несчастных случаев, связанных с алкоголем, например, дорожных аварий со смертельным исходом и бытовых пожаров.

– Даже если делать это грамотно, сама необходимость в антиалкогольной программе для нашей страны сегодня существует? И можно ли в принципе установить какие-то целевые показатели потребления алкоголя

Далее, наряду с введением ограничений на продажу и установлением строгой ценовой политики не менее значимая мера – организация эффективной наркологической помощи. И для этого не нужны никакие специальные нацпроекты с многомиллиардным финансированием, здесь всё делается гораздо проще, за счёт рациональных организационных решений.

Что я имею в виду? Пробле-

Острая тема

Попытка номер...

В России в очередной раз задумались об антиалкогольной кампании



строенных на полном запрете, не несла за собой общественное благо. Знаменитый сухой закон в Америке способствовал тому, что в американской экономике появилась такая фигура, как Аль Капоне. Организованная преступность в США весьма преуспела именно на фоне сухого закона, начав ввозить в страну виски из Канады. Да и в нашей стране действия такого порядка – попытка Горбачёва «отменить» алкоголь – тоже ни к чему хорошему не привели. В назидание населению варварски уничтожили элитные виноградники, ввели талоны на спиртное. На весьма короткое время это немного улучшило ситуацию, но очень быстро обернулось всплеском отравлений суррогатами алкоголя и употребления других психоактивных веществ.

Означает ли сказанное, что любые попытки государства регламентировать потребление алкоголя обречены на неудачу? Нет, не означает. Есть хороший опыт Финляндии, где государство реализует не временную кампанию и не национальный проект с ограниченными сроками исполнения, а постоянную очень рациональную и последовательную алкогольную политику. Она привела к серьёзным успехам. Первым признаком оздоровления ситуации стало то, что в стране прекратились случаи белой горячки.

С одной стороны, тот факт, что не регистрируются эпизоды алкогольного делирия, свидетельствует об эффективном лечении алкогольной зависимости, когда своевременные терапевтические меры позволяют предотвратить тяжёлую форму отмены алкоголя, осложнением которой как раз и является белая горячка. С другой стороны, данный факт говорит о снижении потребле-

Кстати, в нашей стране несколько лет назад депутаты проявили инициативу «ударить по пиву». Было высказано мнение, имеющее мало отношения к реальности, что пивные бары являются рассадниками пьянства и причиной алкоголизма. После этого во многих жилых микрорайонах закрылись небольшие пивные заведения, в которых за неспешными беседами проводили время вполне приличные люди разных возрастов, и никто там особенно не напивался. Такими пивными полны Чехия, Австрия, Германия, Бельгия, Финляндия и другие европейские страны. У нас от них избавились, ну и что? Это привело к каким-то положительным результатам в плане снижения пьянства? Нет. Потому что посыл изначально был неверным.

На самом деле сам по себе доступ к крепкому алкоголю – к вину и пиву – не способствует развитию алкоголизма. Злоупотребление алкоголем как медицинская и социальная проблема – удел тех сообществ, где предпочтение отдаётся крепкому спиртному. Когда пациент с алкогольными проблемами переходит от крепкого алкоголя к более слабым напиткам, это рассматривается специалистами как относительно благоприятная тенденция. Алкоголизм при этом никуда не девается, но он по крайней мере смягчается. Уменьшается тяжесть неблагоприятных последствий употребления алкоголя, снижаются медицинские и социальные риски.

Замечено: когда в популяции происходит сдвиг в сторону потребления слабоалкогольных напитков, то, как правило, ослабевает общая напряжённость алкогольной ситуации в стране, регистрируется меньше болезней, вызванных алкоголем, и становится меньше алкогольных смертей. Снижаются

для регионов, если безопасного пьянства не существует в принципе, а безуспешные попытки сухого закона в нашей стране уже были?

– В целом в России сейчас алкогольная проблема далеко не самая тяжёлая по сравнению с другими странами. Некоторые европейские государства пусть и немного, но опережают нас по показателю потребления алкоголя на душу населения в течение года. И всё-таки говорить, что такой проблемы не существует совсем, нельзя.

Есть экономически неблагоприятные регионы, в которых у населения сложности с работой и доходами, отсутствуют социальные лифты. Когда у людей нет жизненных перспектив, когда они испытывают ощущение полной безнадёжности, то они пьют больше. Тут ещё нужно иметь в виду следующее обстоятельство: экономически неблагоприятные регионы становятся ещё и социально неблагоприятными по той причине, что в них люди прибегают к алкоголю как средству решения проблем из поколения в поколение. Там мы видим кумулятивный популяционный эффект: в структуре населения накапливается большое число семей с алкогольными проблемами. Поэтому, безусловно, для данных территорий пьянство – огромная социальная проблема, требующая решения.

В целом же по стране потребление алкоголя объективно сократилось, и это особенно заметно в возрастной группе 20-30 лет. Данная картина отражает многолетний глобальный тренд снижения потребления алкоголя во многих странах, включая Российскую Федерацию. Важно понимать, что сегодня алкоголизм не является таким же социальным бичом, каким он был в советское время. Безусловно, произошло далеко не полное, но всё же значительное алкогольное оздоровление россиян.

Тем не менее антиалкогольная государственная программа, а правильнее – долгосрочная антиалкогольная политика обязательно нужна, чтобы люди меньше пили и жили дольше с более высоким качеством жизни. Вот только усердствовать вплоть до абсолютного запрета на любой алкоголь не следует. Сосредоточиваться на борьбе с пивными – тоже порочный путь. Важно также не допускать чрезмерного удешевления алкоголя. Чем выше цены на спиртное, тем ниже его доступность. Кроме того, надо сделать так, чтобы алкогольные напитки трудно было купить, и здесь я согласен с теми, кто считает, что они не должны продаваться везде и всюду.

Таким образом, снижать потребление алкоголя необходимо и дальше. При этом меры, с помощью которых государство могло бы добиться такого результата, должны быть хорошо продуманными, чтобы не навредить ни обществу, ни экономике страны. Сложно достижимый, но вместе с тем возможный баланс.

му, которая свойственна многим странам, включая Россию, – стигматизацию психиатрической и наркологической помощи. Очень часто люди не обращаются к психиатрам и наркологами, потому что боятся постановки на диспансерный учёт, который вообще-то никому и ничему не помогает. Психиатрического и наркологического учёта вообще не должно существовать! А разветвлённая сеть психоневрологических и наркологических диспансеров должна преобразоваться в разветвлённую сеть учреждений, где пациенту в день обращения оказывается эффективная, сострадательная, участливая, без осуждения, без патернализма, без стигматизации, без постановки на учёт, конфиденциальная и совершенно бесплатная медицинская помощь без пугающих социальных последствий для него. Я очень хочу, чтобы в нашей стране наконец-то появилась такая система. Не говорите, что это маниловщина, такой результат абсолютно точно достигим.

И, к слову, гарантированная государством бесплатная помощь отнюдь не означает невозможность коммерческих клиник. Если кто-то хочет совершенно избежать возмездной огласки, найти себе тихую медицинскую обитель, да ещё с высоким уровнем комфорта – пожалуйста, пусть обращается туда.

– Не получается ли, что, наводя алкогользависимыми только тех людей, кто обращается к наркологу, мы тем самым заведомо искажаем статистику и реальный масштаб проблемы?

– По поводу статистики – так и есть. К тому же в последнее время терминология в сфере наркологии меняется таким образом, что формулировка «алкогольная зависимость» и понятие «алкоголизм» используются всё реже. ДСМ-5 (англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition – Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го издания. – Ред.), принятое в США и применяемое многими исследователями в Европе, не упоминает об алкогольной зависимости, а вводит понятие «расстройство употребления алкоголя».

Проще говоря, этот термин означает, что человек не может пить так, чтобы у него не возникли проблемы. Под проблемами имеются в виду невозможность ограничиваться малыми дозами, нарушение поведения на фоне опьянения, многодневный запой. В народе о таких говорят «пить не умеет», потому что есть люди, которые «умеют»: они могут выпить немного и остановиться, чтобы всё обошлось без неблагоприятных последствий.

Ключевой признак алкогольной зависимости, или, говоря современным языком, расстройства потребления алкоголя – неспособность контролировать дозу и вовремя останавливаться.

– Установлено ли наукой, что именно является этиологией пьянства – возникшая экономическая или психологическая проблема, остро переживаемая человеком, либо генетическая предрасположенность?

– Этиологических факторов алкоголизма много. Генетика, упомянутая вами, в числе первостепенных. Если у человека в роду много людей, злоупотребляющих алкоголем, причём по обеим родительским линиям, он с высокой долей вероятности практически обречён на алкоголизм. Стоит только ему начать пить даже умеренно, скорее всего, он быстро пристрастится к алкоголю. Поэтому людям с плохой алкогольной генетикой лучше к алкоголю вообще не прикасаться, они в группе очень высокого риска.

Социально-экономическая обстановка, в которой живёт человек, тоже играет важную роль. Когда в жизни всё хорошо, риски увлечения алкоголем если не нулевые, то низкие. Мы, конечно, знаем примеры, когда люди на пике финансового благополучия или высокого общественного статуса спивались, однако это пример явления совсем другого рода.

Подверженности алкоголизации способствует также психиатрическая коморбидность. Индивиды, у которых житейские невзгоды наслаиваются на психологические проблемы, на любые психические расстройства, в том числе наиболее частые из них – тревогу и депрессию, тоже находятся в группе риска по пристрастию к алкоголю. Многие пытаются преодолеть психологический дискомфорт с помощью алкоголя. Получается плохо, часто не получается совсем, потому что алкоголь сам по себе способен вызывать депрессию и тревогу даже у тех людей, которые не имеют склонности к злоупотреблению им. Это доказано клинически и в ходе экспериментальных исследований.

Иными словами, алкоголь не помогает преодолеть психологические и психические проблемы – он их усугубляет. Формируется замкнутый круг. Поэтому не может быть врачебного совета пациентам расслабляться с помощью бокала вина или рюмки коньяка, это не просто бессмысленный, но и небезопасный совет.

– Юрий Павлович, как наркологи классифицируют потребление алкоголя в смысле «много-мало»? Спрашиваю потому, что в рамках диспансеризации терапевт задаёт каждому пациенту вопрос о его отношениях с алкоголем, но я не уверена в том, что ответы пациентов врачу о чём-либо говорят.

– В наркологии в принципе нет понятия «норма алкоголя». По-настоящему безопасного потребления алкоголя не существует. А единицей измерения при определении того, как много выпивает человек, считается порция алкоголя, которая в англоязычных странах называется «дринком». Стандартная доза алкоголя для взрослого человека – 10 г чистого алкоголя, то есть 40-процентного этанола. Такая доза принята в большинстве стран Европы. В Японии, правда, стандартной порцией считается 20 г чистого алкоголя. В Великобритании – 8 г. В Канаде и США – 14.

Соответственно, врач может спросить, сколько таких стандартных порций выпивает человек в день, делает ли он это ежедневно. Относительно безопасным для здоровья считается потребление 4 стандартных дозы алкоголя в день для взрослого мужчины, для женщины – 3 дозы, но, разумеется, не ежедневно, а с перерывом хотя бы на один день в неделю.

Акцентирую внимание на слове «относительно». Оговорюсь также, что это общемировой подход, а не отечественный, и его нельзя назвать безопасным. Самые последние масштабные исследования, которые были проведены в странах Евросоюза, показывают, что алкоголь, выпиваемый даже в столь небольших количествах в течение 6 дней в неделю, может

вызвать небезобидные последствия для здоровья.

Теперь что касается первичного звена российского здравоохранения. Не только терапевт, а доктор любой специальности, заполняя медицинскую карту, должен спросить пациента про алкоголь. «Как часто и как много вы выпиваете?» – спрашивает доктор. «Как все», – отвечает пациент. Дальнейших расспросов большинство врачей не проводит и переходит к следующим графам медицинской карты, и совершенно напрасно. Между тем всегда надо поинтересоваться, что значит «как все» в понимании данного человека. Все пьют по-разному, к тому же есть люди, которые не пьют совсем. В беседах со своими пациентами я обычно спрашиваю, сколько дней из 30 дней условного месяца он употребляет алкоголь, независимо от количества выпиваемого. Затем надо уточнять, какие именно напитки и в каком количестве человек выпивает за день.

Многие люди, услышав такие вопросы, начинают рассказывать о себе откровенно, и выясняется, что у них серьёзные проблемы с алкоголем, а это может быть одним из слагаемых соматического нездоровья. Вот почему любой специалист – невролог, кардиолог, эндокринолог, гинеколог и т.д. – должен расспросить в деталях об отношениях пациента с алкоголем, а не ограничиваться его ничего не значащим ответом.

Вот характерный пример: при менопаузальной депрессии, чтобы справиться с тревогой и состоянием эмоциональной подавленности, женщины нередко прибегают к помощи алкоголя. Гинеколог может узнать об этом раньше, чем нарколог. Кроме того, профессор психиатрии Алексей Егоров из Санкт-Петербурга несколько лет назад провёл научное исследование о вдвоем алкоголизме. Он наблюдал пациентов с высоким уровнем образования, интеллектом, социальным статусом, которые на протяжении своей жизни не проявляли явного интереса к алкоголю, но стали много пить, потеряв мужа, возможно, чтобы облегчить тяжесть утраты.

Почему я на этом так подробно остановился? Большинство людей, имеющих проблемы с алкоголем, не пойдут к психиатру или наркологу по причинам, о которых уже сказано выше. К гастроэнтерологу, кардиологу или неврологу они придут с гораздо большей вероятностью, хотя бы по каким-то соматическим причинам. Во всех этих специальностях адсорбируется много сильно пьющих людей. И если специалист видит в анализах пациента высокие показатели трансаминаз – АЛТ и АСТ, гамма-глутамилтрансферазы и билирубина, а тромбоцитов при этом, напротив, не хватает, если глюкоза находится на верхней границе нормы, и тем более если по УЗИ печень гиперэхогенна, её паренхима неоднородна и аналогичные изменения в поджелудочной железе, то врач, естественно, не может не поинтересоваться отношениями пациента с алкоголем.

– Наверняка, если реализовать данный подход в общеврачебной практике, это серьёзно повлияет на эффективность медицинской помощи в целом и наркологической в частности. Решение, не требующее никаких дополнительных финансовых вложений.

– Действительно, думающий врач любой специальности способен подвести пациента к выводу о том, что у того алкогольное расстройство и надо уменьшить количество выпиваемого. Это не обязательно должен быть психиатр и нарколог.

Другое дело, когда человек не в силах сам справиться с пристрастием, потому что у него сформировалась зависимость. В этом случае уже врачи моей специальности вступают в действие.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

В медицинских вузах страны

Чтобы взять высоты медицины

Впереди – служба на море

Торжественная церемония вручения лейтенантских погонов и удостоверений военнослужащего прошла в Тихоокеанском государственном медицинском университете (Владивосток).

Приказом министра обороны РФ Сергея Шойгу в Вооружённые силы России направлены 23 лейтенанта медицинской службы – выпускники военного учебного центра при ТГМУ. Среди молодых офицеров – четыре девушки.

Ректор ТГМУ профессор Валентин Шуматов тепло поздравил выпускников, командование, профессорско-преподавательский состав и родителей виновников торжества со знаменательным в их жизни событием:

– Сегодня в славные ряды российских военных врачей вливается новое пополнение. За время учёбы вы приобрели достаточно знаний и навыков. Теперь настало ваше время покорять новые, более сложные высоты и искать новые пути решения возникающих задач, творчески используя полученные знания – учиться предстоит всю жизнь.

С напутственной речью и искренними пожеланиями к выпускникам обратились начальник медицинской службы Главного командования ВМФ РФ полковник Игорь Мосягин и начальник военного учебного центра при ТГМУ полковник медицинской службы Игорь Королёв.

Связи с Минском
всё прочнее

В Северо-Западном государственном медицинском университете им. И.И.Мечникова продуктивно прошла врачебная учебно-производственная практика по гигиене и эпидемиологии для 10 студентов медико-профилактического факультета Белорусского государственного медицинского университета (Минск).

Двустороннее сотрудничество СЗГМУ им. И.И.Мечникова с БГМУ началось ещё в 2016 году и развивается успешно: почти каждый год белорусские студенты-медики приезжают стажироваться в Санкт-Петербург.

За 2 недели августовской практики студенты из БГМУ посетили аттестационно-обучающий симуляционный центр СЗГМУ им. И.И. Мечникова и познакомились с процедурой прохождения аттестации, в том числе для врачей-эпидемиологов. Также для студентов был организован визит на кафедру общественного здоровья и управления здравоохранением, кафедру медицины труда и кафедру эпидемиологии, паразитологии и дезинфектологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

В рамках практики белорусские студенты посетили кафедру общественного здоровья и экономики здравоохранения, кафедру коммунальной гигиены, ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт радиационной гигиены им. П.В.Рамзаева», территориальное отделение Роспотребнадзора по Кировскому району Ленинградской области.

Помимо получения новых знаний и умений студентам представилась отличная возможность

поближе познакомиться с Санкт-Петербургом: в первый же день приезда для них была организована обзорная экскурсия по городу. Кроме того, студенты посетили Юсуповский дворец и музей-панораму «Прорыв» в Кировске. По итогам пребывания в Санкт-Петербурге ректор СЗГМУ им. И.И.Мечникова, доктор медицинских наук, профессор Сергей Сайганов вручил белорусским студентам сертификаты о прохождении практики, выразив при этом уверенность, что полученные знания и умения очень пригодятся им в их будущей профессиональной деятельности.

Ещё одна платформа
для учёбы и науки

Приволжский исследовательский медицинский университет открыл новую клиническую базу в высокотехнологичной клинике «Русмед» – таким образом, первая в Нижнем Новгороде частная больница со стационаром стала ещё одной платформой для учёбы и науки ПИМУ.

Практическую подготовку здесь будут проходить студенты лечебного факультета и ординаторы по программам сердечно-сосудистой хирургии, хирургии, пульмонологии, кардиологии.

Согласно программе развития Приволжского исследовательского медицинского университета, поддержанной «Приоритетом-2030», планируется рост контингента обучающихся с 6 тыс. человек в 2020 г. до 9 тыс. к 2030-му. Для усиления практической составляющей подготовки студентов и ординаторов ректор ПИМУ Николай Карякин и руководитель клиники «Русмед» Дмитрий Маргасов подписали соответствующий договор.

– В нашей профессии архиважной частью является практика. Для того, чтобы выпускники специалитета и ординатуры максимально были готовы к работе с пациентами, мы развиваем сеть клинических баз. Они будут не только в государственных медицинских организациях, но и в частных. Первой из них станет медицинский центр «Русмед» – это полноценное многопрофильное учреждение с великолепными техническими возможностями, в котором скоро откроется стационар. В частные клиники быстрее приходят новые технологии, в том числе цифровые. Будущие врачи должны уметь работать на таком оборудовании, владеть всеми современными возможностями медицины, – отметил Николай Карякин.

– Наше партнёрство с ПИМУ – это шаг к трансформации ментальности всего медицинского сообщества. Сочетание науки и практики приведет к развитию клинических технологий. У нас очень много «цифры», которую активно используем, особенно в стоматологии. Нам важно, чтобы партнёр выступал «гарантирующим поставщиком» будущих кадров через практическую подготовку – в этом плане ПИМУ обладает монополией в Нижегородской области, – резюмировал Дмитрий Маргасов.

Губернатор Нижегородской области Глеб Никитин, принявший участие в церемонии подписания

договора и открытия клиники, подчеркнул:

– Это уникальный случай сотрудничества исследовательского университета, научной организации и частного бизнеса. В центре будет создана современная медицинская база, где смогут получать помощь и по ОМС. Кроме того, здесь планируется проводить подготовку студентов ПИМУ. Приглашение о сотрудничестве позволит вывести на новый уровень не только преподавательский, но и исследовательский процесс. Мы надеемся, что создание научно-клинического университетского центра поможет в развитии медицинского туризма и сотрудничества в сфере здравоохранения и на международном уровне.

Планируется, что ежегодно на базе научно-клинического университетского центра смогут проходить подготовку около 1,5 тыс. человек.

«Сотрудничество ПИМУ и клиники «Русмед» – пожалуй, первая коллаборация государственного медицинского вуза и частного бизнеса, науки, преподавания и клинической практики. Студенты, приходя сюда, могут получить доступ к самым современным мировым медицинским технологиям. С другой стороны, на этой базе можно реализовать прочную связку между преподаванием и клиникой. Нельзя хорошо научить, если сам не имеешь клинической постоянной практики, и наоборот, практикующие врачи должны делиться опытом и знаниями со студентами. Это взаимодействие напрямую повлияет на качество оказания медицинской помощи в Нижегородской области», – отметил Николай Карякин.

По словам Дмитрия Маргасова, Россия не проигрывает мировым лидерам в материально-техническом оснащении в сфере здравоохранения.

«Мы, заключив сегодняшнее соглашение, идем дальше – создаем новый класс специалистов и возможность для их профессиональной реализации. Аналогов такой научно-технической работы университета и высокотехнологичного частного клинко-диагностического центра нет», – заявил он.

Данное соглашение позволит студентам уже со старта учебы принимать высокие требования к клиентскому сервису, использовать новейшие мировые медицинские технологии на практике.

Планируются разработка и лицензирование новой, востребованной программы ординатуры по специальности «Рентгеноэндоскопическая диагностика и лечение» с организацией практической подготовки обучающихся на базе данной клиники.

Площади клиники будут использоваться для размещения учебных помещений кафедр пропедевтики внутренних болезней, факультетской хирургии и трансплантологии, рентгеноэндоскопической диагностики и лечения, инфекционных болезней, а также оборудования учебных лабораторий.

Подготовил
Владимир КОРОЛЁВ,
собр. корр. «МГ».

Эндоскопическое отделение университетской клинической больницы № 2 Первого МГМУ им. И.М.Сеченова выполняет самые сложные эндоскопические вмешательства. О развитии этого направления в медицине, его перспективах рассказал заведующий данным подразделением, доцент кафедры хирургии Института клинической медицины Сеченовского университета, который выполнил тысячи таких операций, кандидат медицинских наук Павел ПАВЛОВ.

– Павел Владимирович, технические возможности эндоскопии с каждым годом улучшаются. В каких случаях эндоскопическое обследование служит золотым стандартом?

– Если мы говорим об обследовании пищеварительного тракта, то в настоящее время в поиске предопухолевых заболеваний, малых новообразований доброкачественной природы и ранних злокачественных альтернатив для эндоскопии просто не существует. Что я имею в виду? Возьмем гастроскопию, прежде всего называем рак желудка, его в России и в мире очень много. В последние годы появилась тенденция к уменьшению его количества. На мой взгляд, это произошло по двум причинам: во-первых, эндоскописты стали на самых ранних этапах диагностировать предопухолевую патологию, которой для рака желудка является хронический гастрит с формированием атрофии и кишечной метаплазией эпителия. Ранняя диагностика атрофического гастрита – это его выявление на ранних этапах и подтверждение, когда мы берем биопсию. Последующее адекватное лечение врачам-гастроэнтерологами приводит к тому, что симптомы и проявления хронического гастрита утихают. Соответственно, не формируется обширных очагов атрофии, метаплазии и дисплазии и ситуация не доходит до рака. Работа в тандеме врача-эндоскописта и гастроэнтеролога привела к тому, что в настоящее время во всем мире, точнее, в той его части, где гастроскопия делается не тогда, когда появляются симптомы, а просто профилактически, уменьшается количество онкологических заболеваний желудка. Это можно условно назвать диспансеризацией. То есть обследование здоровых и без жалоб пациентов дает отличные результаты.

Когда мы говорим о раке кишки, то в большинстве случаев предраками в этом случае являются полиповидные аденомы или, в просторечии, полипы. Малые формы, когда размер всего несколько миллиметров, не диагностируются никаким другим способом, кроме диагностической колоноскопии. Современные эндоскопические инструменты и оборудование позволяют убрать такие новообразования уже при первом обращении. Тем самым, удалив аденому, мы добиваемся того, что у человека в дальнейшем этот опасный недуг не формируется. Достаточно периодически проходить обследования толстой кишки (в зависимости от возраста до 5 лет перерыв между исследованиями), это будет гарантией того, что пациент никогда им не заболит. Да, в настоящее время существуют определенные альтернативы, предполагаем, для колоректального рака – определение кала на скрытую кровь. Но, исходя из самого названия, этот метод пока что не является избирательным, и любая кровь, попадающая в просвет пищеварительного тракта, вызовет положительную реакцию, как то: чистка зубов и какие-то иные травмы, которые возникают вследствие обычной жизни человека. Исследование кала на скрытую кровь является важным, но, к сожалению, пока что позволяет выделить те группы пациентов, которым уже пора идти на колоноскопию. Иногда, к сожалению, даже бывает позднео, то есть крупные злокачественные но-

вообразования и крупные полипы выделяют кровь. Всё это приводит человека на колоноскопию, если он хочет дальше быть здоровым и счастливым.

– Но бытует мнение, даже среди медработников, что колоноскопия не может охватить все участки кишки. Это так или заблуждение?

– Колоноскопия современными аппаратами позволяет оценивать всю толстую кишку. Святая обязанность эндоскописта не оставить ни одной «слепой» зоны. Более того, в нашей клинике принято не

этим эндоскопия не занималась), останавливаем кровотечения... Что касается пищеварительного тракта, то соотношение гастроскопии и колоноскопии в целом в России равно 1 : 8. У нас в университетской клинической больнице № 2 это соотношение примерно 1 : 2, то есть мы выполняем большое количество колоноскопий потому, что клиника специализированная, есть два колопроктологических отделения, отделение хронических заболеваний кишки. Поэтому исследований толстой кишки очень и очень много.

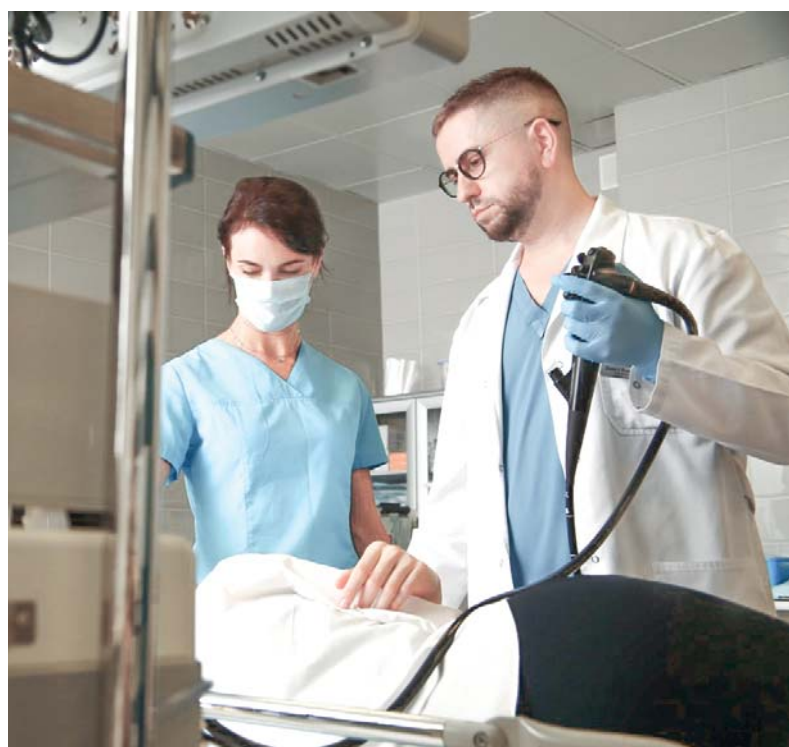
ние камней из протоков печени, и перевязка варикозно расширенных вен у пациентов с циррозом, и удаление крупных новообразований, включая очень большие, больше 10-15 см из просвета желудка или кишки, выход в соседние органы, помощь пациентам с нарушением питания, когда у пациента есть дивертикул Ценкера, ахалазия кардии или даже рак полых органов. Во всех этих случаях эндоскопия помогает абсолютно простыми, часто малоинвазивными методами восстановить естественные функции и потребности организма.

да специалист имеет возможность сжечь или пережать кровоточащий сосуд, спасти пациенту жизнь здесь и сейчас. А санитарной авиацией или скорой помощью везти куда-то бывает очень далеко, упущенное время может привести к смертельному исходу. Страна у нас большая, и подходы должны быть разные.

– Сегодня многие хирурги освоили лапароскопические вмешательства. Как вы считаете, можно ли точно так же общим хирургам освоить эндоскопию? И почему этого не надо делать?

Лидер мнений

Быть на шаг впереди Эндоскопия: прошлое, настоящее, будущее



только осматривать весь орган, но и небольшой участок тонкой кишки, пройдя через клапан, который соединяет их. Называется он «Баугиниева заслонка». Проходя сквозь нее, мы изучаем нижнюю часть тонкой кишки. Это тоже очень важно, например при болезни Крона.

Профессиональное отношение к своей работе, к своим пациентам должно быть в любой клинике. Мы всегда смотрим тонкую кишку, потому что работаем рядом с отделениями, которые занимаются патологиями тонкой кишки. Доведя процесс до автоматизма, каждое исследование заканчиваем обязательным проведением колоноскопа в самый нижний отдел тонкой кишки, это важно для ряда заболеваний. Формально это выполнять не нужно, но мы делаем, что и приносит свои положительные результаты.

– С какими симптомами чаще всего люди приходят на эндоскопию? Какие исследования приходится делать чаще всего в вашем отделении?

– Мы проводим все исследования, и гастро-, и колоно-, и бронхоскопию, конечно же, и эндоскопические ультразвуковые исследования и вмешательства на печеночных протоках. Много делаем эндоскопических хирургических вмешательств по удалению новообразований толстой кишки, желудка, пищевода, лечим пациентов с дивертикулом Ценкера, когда в глотке формируется углубление, в которое попадает пища, лечим ахалазию (нераскрытие) кардии. Чисто хирургические вмешательства (на моей памяти раньше

– Мы живем в постковидное время, бронхоскопия не стала более востребованной?

– В нашей клинике есть пульмонологическое отделение, которое занимается патологией легких. Таких исследований делается меньше в России и у нас, но специфических изменений в бронхах не так много. Мы смотрим не легочную ткань, а бронхи, т.е. трубчатые структуры, которые соединяют гортань с легкими. В настоящее время эндоскопы проходят примерно до бронхов пятого порядка, тогда как суммарно этих ветвлений до 20. Что касается ковида, в нашей клинике он дал повышенную нагрузку на врачей пульмонологов, но для эндоскопии дыхательных путей принципиально ничего не изменилось. Потому что мы знаем, что вирус в меньшей степени поражает бронхи, а в большей – саму легочную ткань.

– Как правильно разделить эндоскопическую диагностику и лечение? Должны ли быть разделены два этих направления? И нужно ли иметь кабинеты для проведения эндоскопической диагностики в каждой поликлинике?

– Нет, это абсолютно инь и янь, правая и левая рука единого целого. В 2002 г., когда я пришел в эндоскопию, в большей степени это было диагностическое направление медицины. То есть просто смотрели, в крайнем случае брали биопсию, за редким исключением удаляли полипы. Сейчас эндоскопия – это огромное количество способов лечебного воздействия на ту или иную патологию. Это и остановка кровотечения, и удале-

Современная эндоскопия – совершенно безопасное направление медицины, диагностические осложнения встречаются реже, чем при посещении стоматологов. Да, мы вторгаемся во внутренние сферы человеческого организма, проходим естественными путями, как человек проходит по пещере. То есть «в подземном мире» мы стены не разрушаем, а просто заглядываем туда, куда так или иначе можно попасть естественным путем.

Относительно нахождения эндоскопии в каждой поликлинике. Это такой сложный финансово-логистический вопрос. В настоящее время столичная система здравоохранения идет по пути укрупнения, формирования крупных эндоскопических центров, их сейчас 3 в Москве.

Здесь очень много нюансов, например, в таких центрах проще контролировать работу, более качественный подход к обработке эндоскопического оборудования. Преимущество – большая концентрация профессионалов. Всегда есть возможность спросить у коллеги, что это такое, что делать в случае сложностей, в какой-то момент попросить помощи. А единственный эндоскопист в поликлинике – он даже наркоз там не может провести по положению. Более того, на базе поликлиники и анестезиологи не могут проводить анестезиологические пособия. Сейчас мы ведем речь о большом городе. Если же говорить о малых городах, поселках, то там, конечно, ситуация иного порядка. Вероятно, эндоскописта стоит максимально приближать к населению, особенно для выполнения простых эндоскопических вмешательств. Например, при желудочном кровотечении, ког-

– Эндоскопия изначально делилась из гастроэнтерологии, то есть первыми показаниями были осмотр у пациентов пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Но по мере развития технологий эндоскопия стала исследовать и другие органы: дыхательные пути, мочеполовые, толстую кишку и очень многое, где есть естественные отверстия, но, соответственно, дрейфовала от диагностической терапии к хирургии. И сейчас остановилась где-то на середине между этими специальностями. Могут ли быть хирурги эндоскопистами? Да, конечно, могут. Я, например, начинал в хирургии, но позже понял, что это не совсем мое и перешел в эндоскопию. Но эндоскопия является абсолютно самостоятельной специальностью, и совмещать качественно, выполняя оба действия, крайне затруднительно. Иметь «титул» лучшего хирурга среди эндоскопистов или лучшего эндоскописта среди хирургов, это было бы неприятно. То есть требуются специфические знания и навыки. А объять необъятное – занятие опасное.

– В отделении диагностической лечебной эндоскопии Сеченовского университета постоянно внедряются новые методы обследования и лечения. Каковы ваши последние достижения?

– В настоящее время наше отделение выполняет все представленные методы обследования и лечения, которые существуют в России и за рубежом. Самые передовые методы вмешательства: лечение пациентов с кардиоспазмом, дивертикулом Ценкера, ожирением, опухолями, суживающими просвет кишки. А самое главное – удаление злокачественных новооб-

ИЗ ДОСЬЕ «МГ»

Заведующий отделением диагностической и лечебной эндоскопии Сеченовского университета, кандидат медицинских наук Павел Владимирович Павлов за годы работы по специальности в совершенстве овладел большинством навыков диагностической и лечебной эндоскопии, участвовал в изучении, внедрении и практическом применении всех классических (ЭГДС, колоноскопии, бронхоскопии), а также самых современных методов обследования и лечения.

Помимо активной практической работы Павел Владимирович постоянно посещает научные конференции в качестве слушателя и докладчика (около 20 раз выступал с докладами, общее количество печатных работ – около 50, из них по теме диссертации – около 40). Он – сопредседатель, член исполнительного комитета Московского отделения Российского эндоскопического общества (РЭНДО), а также член Российской ассоциации специалистов эндоскопической ультрасонографии (РАСЭУС), Европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии (ESGE), Всемирного общества интервенционной гастроинтестинальной эндоскопии (SGI).

С августа 2016 г. Павел Владимирович заведует эндоскопическим отделением УКБ № 2 Сеченовского университета, где, проявляя лидерские качества, активно участвует в практической и научной деятельности, делится опытом, знаниями и умениями с молодыми специалистами.

разований пищевода, желудка и толстой кишки на ранних стадиях. Контактируем с коллегами в России и за рубежом. Сравнивая наше развитие, можно сделать вывод: мы находимся на верхнем уровне современных достижений.

– **Альянс гастроэнтеролога, колопроктолога и эндоскописта в диагностике и лечении заболеваний толстой кишки, наверное, трудно переоценить. Как он осуществляется на практике в Клинике пропаганды внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко?**

– Альянс хирургии, колопроктологии и эндоскопии является естественным. Предположим, у пациента болезнь Крона, язвенное поражение пищеварительного тракта. Это заболевание может поражать весь пищеварительный тракт – от корня языка до заднего прохода. Но чаще всего страдает тонкая кишка, хотя и распространение на толстую встречается нередко. Если заболевание распознано рано и удалось подобрать адекватную терапию, то такой пациент остается под наблюдением гастроэнтеролога, ему периодически проводят эндоскопические исследования, в том числе для оценки состояния органов. Но если он обратился поздно и заболевание зашло слишком далеко, оно резистентно к современным терапевтическим методам. Тогда подключается хирургия. Хирурги удаляют тот участок кишки, который уже безвозвратно потерян – с язвами, сужениями, где пища перестала проходить. Тут терапия – в хирургии.

Или взять желчнокаменную болезнь. Гастроэнтерологи лечат этот недуг до тех пор, пока камни не начнут сильно беспокоить пациента. Если они находятся в желчном пузыре, то пациент уходит к хирургам на лапароскопическую холецистэктомию, если они появляются в печеночных протоках, то тут подключают нас, эндоскопистов, и мы заходим в печеночные протоки через рот, попадаем через двенадцатиперстную кишку, доставляем оттуда камни. В зависимости от того, что у пациента, он опять направляется или в хирургию или в терапию. И так во множестве направлений. Это всё очень трудно разделить. Раньше же не было такой специализации. Врачи лечили пневмонию, горячку рожениц, травмы, а также делали разрез, выпуская гной или вправляли кости. Наше нынешнее разделение, безусловно, связано с прогрессом науки, но медицина едина, нельзя быть специалистом по левой руке, и поэтому альянс хирурга, гастроэнтеролога и эндоскописта естественен и неизбежен. Из этого союза в обозримом будущем вряд ли будет исключено какое-то звено.

– **В интервью корреспонденту газеты «Сеченовец» вы сказали, что личность врача должна состоять из нескольких аспектов – профессионализма, знания, навыков и умения организовать рабочий процесс, психологии и педагогики. Наверное, чтобы соответствовать таким требованиям, надо быть человеком железной воли, иметь крепкое физическое и психическое здоровье. Эндоскопия – это специальность молодых или уже профессионалов, много лет проработавших в этой области?**

– В нашей сфере есть и молодые ученые, это естественно, потому что без притока свежих умов, сердец и крови специальность быстро погибнет. Но есть мэтры – профессора, доктора наук, класдези знаний, умений, информации и опыта, которым они готовы делиться с молодыми коллегами. Безусловно, выдерживать длительные вмешательства физически реально очень тяжело, ведь операции часто длятся по 6 часов и больше. Но является ли это прерогативой только молодости? Как говорится, если бы молодость знала, если бы старость могла. Физические кондиции в любой специальности важны. В настоящее время формируется более адекватный подход к здоровому образу жизни. В моей юности ку-

рили буквально все, это были 90-е годы. Сейчас курящих студентов очень мало, общее направление – на красоту физического тела и глубину мысли. Этот запрос существует в обществе, и очень многие врачи на него ориентируются. Безусловно, своим поведением можно повлиять на человека. Например, с моей подачи множество пациентов бросили курить.

– **Какими знаниями и навыками должны обладать молодые ординаторы, если они выбирают специальность эндоскописта? Кому предпочтительнее выбрать такую профессиональную траекторию – мужчине или женщине?**

– Да, есть специальности, которые имеют свою какую-то гендерную направленность. То есть традиционно считается, что хирургия – более мужская специальность, потому что она более кровавая, требует больше каких-то решительных действий, но естественно, но без исключений. В нашем случае всё не так, и наши грани не так чётко очерчены. Есть в нашей специальности и конкретно в моем отделении и мужчины и женщины, и принципиальной разницы, я думаю, вы не увидите. В разных административных округах страны главными эндоскопистами являются где-то мужчины, где-то женщины, и показывают различные результаты и те и другие. У нас есть ординаторы, мы выпустили в этом году уже третью их генерацию, 1 сентября пришли новые. Будем растить из них профессионалов.

– **А если говорить о качествах характера, которыми должен обладать молодой врач, решивший выбрать именно эндоскопию в качестве будущей специализации?**

– Как и в любом деле, где человек чего-то хочет добиться, должно быть упорство и энергичность. То есть талант без трудолюбия – ничто. Наша специальность еще подразумевает широкий кругозор по смежным специальностям. Мы должны понимать в хирургии, гастроэнтерологии, пульмонологии, колопроктологии, онкологии, в ультразвуке, рентгене, гистологии. Это я сейчас загибал пальцы и насчитал уже 8, а на самом деле направлений, о которых мы должны иметь представление, намного больше. Причем по ряду случаев специалисты-хирурги советуются с нами, как надо дальше вести пациентов после различных вмешательств – комбинированных, эндоскопических или хирургических. Наше знание и понимание процесса очень сильно может повлиять на здоровье пациента.

– **Насколько популярна ваша специальность у студентов медицинских вузов? Вы ведь ведете занятия?**

– Каждый год мы ведем факультатив по эндоскопии. В учебной программе нет специальных часов, но существует электив, который каждый год набирает 40-50 студентов. Это достаточно много с учетом узкой направленности. И количество эндоскопистов – ординаторов и аспирантов каждый год растет. Интерес к этой специальности гораздо выше, чем в те годы, когда я начинал ею заниматься. Сменилась техническая составляющая, эндоскопы сильно изменились. Если раньше в фиброволокно надо было смотреть одним глазом, то сегодня это HD-мониторы, сверхгибкие аппараты, стерилизация, операции и все то, что влечет молодежь, появилось и в эндоскопии. Раньше было немислимо войти в брюшную полость через стенку желудка, а сейчас мы это делаем. Специальность бурно разрослась за последние 10 лет. Это было связано с ростом технологий, сменой аналоговых технологий на цифровые. Множество хирургических операций мы смогли делать сами более безопасно для пациента, не теряя качества.

– **Удается ли вам участвовать в международных конференциях, несмотря на введенные Западом санкции? И как относятся к выступлениям российских ученых иностранные коллеги?**

– Сейчас крайне сужено окно для международного общения. Но вот я был в Екатеринбурге, там шла трансляция японских коллег, выступивших на ежегодном форуме «УралЭндо». Я там модерировал и читал доклад.

– **Как быть теперь с клиническими рекомендациями, нам нужно их придерживаться или всё же теперь нужны свои, учитывая изменившуюся обстановку?**

– Международные рекомендации в России имеют формальное значение, там есть свои условия, под которые они заточены. Далеко не всё выполнимо у нас, и далеко не всё наше выполнимо у них. Слепое следование их догмам и любым догмам – это неверно. На моей памяти рекомендации по стентированию рака толстой кишки сменились на противоположные, то есть то, что было нельзя совершенно, стало крайне желательно. Поэтому любые рекомендации, кстати, как и в Европе, есть так называемый Итальянский консенсус, когда не отменяется ответственность врача при глупом следовании рекомендациям. И с другой стороны, если врач следует рекомендациям, верно их интерпретировав, и даже если это вызовет смерть пациента, он не будет нести ответственность. Но нам нужны свои национальные рекомендации по разным направлениям. Такие рекомендации формируются в настоящее время, в том числе по эндоскопии. Я являюсь одним из авторов национальных клинических рекомендаций. Они будут иметь юридическую силу.

– **На ваш взгляд, как будет развиваться эндоскопия в обозримом будущем и какие новые методики могут изменить представление о ней?**

– Эндоскопия смещается в расширение объема хирургических вмешательств, в другие направления. Ряд современных эндоскопов позволяют выполнять, предположим, прижизненную гистологию, для ранней диагностики новообразований, и одновременно с этим – удаление. Важнейшее направление, которое в настоящее время слабо развито во всем мире, кроме Японии, – это искусственный интеллект. В эндоскопию он пришел совсем недавно и находится на базовом зачаточном уровне. Тогда как в рентгенологии искусственный интеллект в диагностике патологии грудной клетки имеет очень важное значение. Думаю, скоро искусственный интеллект и в эндоскопии будет не менее широко применим.

Эндоскопия позволяет чаще всего сохранить орган. Приведу один случай – удаление аденомы прямой кишки у пациентки 80 лет. Это было новообразование 15 см в диаметре, тяжелая сопутствующая патология: сахарный диабет, инфаркты, паркинсонизм, перелом шейки бедра. Бабушку никто не хотел брать, она не пережила бы хирургического вмешательства. Мы предложили свои услуги. Работая двумя бригадами, за 14 часов удалили опухоль от стенки прямой кишки и извлекли её единым блоком. Через неделю она была выписана из стационара, полностью выздоровела. Спустя год приезжала к нам на контроль. Функция полностью восстановилась.

Будем и впредь оставаться в фарватере востребованности и двигаться по восходящей линии и в чем-то оставаться первопроходцами. Вообще профессия врача, если ей служить по совести, предполагает постоянное соучастие в жизни других людей. Как считается в наших кругах, это не просто профессия, а образ жизни, который мы выбрали. Имя ему – ответственность за здоровье россиян, где наука, знание, работа – всё во имя здоровья пациентов.

Беседу вел
Алексей
ПАПЫРИН.



Акции

О русском пороке - нерусскими словами



В Республике Бурятия отметили Всероссийский день трезвости весьма оригинально.

Республиканский наркологический диспансер совместно с Центром медицины катастроф и ГИБДД провел мероприятие с загадочным названием «Автопати автотрезвость». В свою очередь Минздрав Бурятии и Центр общественного здоровья и медпрофилактики пошли ещё дальше – организовали «челлендж «Мы за трезвость»». И в том и в другом случае замысел был хороший – привлечь внимание жителей региона к теме отказа от алкоголя и опасности пьянства за рулём, однако организаторы и первого и второго событий зачем-то назвали свои проекты модными иностранными словечками, видимо, полагая, что в таком варианте они будут выглядеть значительнее. Большая ошибка: хорошее дело не нуждается в украшательстве с помощью новояза.

Между тем к содержанию Дня трезвости в Улан-Удэ вопросов нет. В его рамках для горожан провели конкурс на знание правил дорожного движения для взрослых и детей, рассказали о новинках автопрома, показали, как правильно использовать детское автомобильное кресло, провели обучение навыкам оказания первой помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях. Но, пожалуй, самым интересным и действительно полезным для всех желающих тренингом стала примерка специальных интерактивных

очков, которые создают у трезвого человека полное ощущение, будто он пьяным сел за руль: нарушаются психические и двигательные реакции водителя, управление автомобилем превращается в смертельно опасный аттракцион. Удачным стал и девиз акции: «Трезвые рулят».

Что касается «челленджа», объявленного Центром медпрофилактики, лишь несколько любительских видеороликов в поддержку трезвости появились в соцсетях к настоящему времени.

А самым важным итогом Всероссийского дня трезвости для Бурятии является то, что здесь он приобрёл масштаб месячника. Как сообщили в республиканском Министерстве здравоохранения со ссылкой на ГИБДД, статистика дорожно-транспортных происшествий, случившихся в регионе по вине пьяных водителей, остаётся тревожной. За 8 месяцев текущего года инспекторы «отловили» более 5 тыс. водителей, которые сели за руль в состоянии алкогольного опьянения, по их вине произошло 121 авария, в которых погибли 28 человек и 200 получили травмы.

И последнее: к движению «Автотрезвость», как сообщили организаторы, присоединились, среди прочих организаций, «Почта России», лесхоз и уголовная полиция. Их участие внушает особый оптимизм.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Улан-Удэ.

Фото пресс-службы
Минздрава Республики Бурятия.

Событие

В Удмуртии открывается первый центр ядерной медицины

В Удмуртии готов к приёму первых пациентов Центр ядерной медицины. Проект реализован инвестором – группой компаний «МедИнвестГрупп» совместно с Корпорацией развития и Минздравом Удмуртии. В новом центре размещено диагностическое оборудование ПЭТ/КТ – сканер, позволяющий проводить исследования для пациентов с онкологическими заболеваниями.

«Сегодня мы открываем первый в Удмуртии Центр ядерной медицины, появление которого так необходимо республике. Этот проект мы совместно с Корпорацией развития УР и региональным Минздравом вели с 2019 года, и я хотел бы поблагодарить инвестора за выполнение всех взятых на себя обязательств и создание такого высокотехнологического центра. Инвестиции в проект составили 280 млн руб., создано 15 новых рабочих мест. Первые пациенты здесь планируют принять уже в конце сентября», – прокомментировал первый заместитель председателя правительства Удмуртской Республики Константин Сунцов. Его

цитирует пресс-служба регионального Минздрава.

На сегодняшний день в Удмуртии под наблюдением онкологов находится более 40 тыс. пациентов со злокачественными новообразованиями. «Очень важно вовремя проводить диагностику, поскольку выявленное на I и II стадии новообразование успешно поддается лечению, что позволяет сохранить жизнь и здоровье пациента. Метод позитронно-эмиссионной томографии позволяет выявить новообразования, которые невозможно диагностировать другими способами. Потребность в таких исследованиях в Удмуртии составляет более 2 тыс. в год. До сегодняшнего дня такой метод исследований в Удмуртии не применялся, жителям республики приходилось ездить в другие регионы», – отметила заместитель председателя правительства Удмуртии Эльвира Пинчук.

Новый центр будет работать в системе ОМС – уже до конца 2022 г. исследования здесь смогут пройти около тысячи человек. Первые пациентов центр примет в сентябре 2022 г.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Исследования

Европа

Зевс был очень любвеобилен, поэтому, попав в ближневосточную Финикию (нынешний Ливан), сразу обратил внимание на тамошнюю волоокую – широкоглазую принцессу, за что ту эллины назвали по-своему – Евр-опа (ее брат Кадм в поисках сестры попал в столицу Беотии Фивы, что к северу от Афин, так беотийцы познакомились с восточным алфавитом, буквами которого сегодня называют COV-варианты). Другим толкованием ее имени может быть понятие «запад» и связано с тем, что повелитель Олимпа увез ее на Крит, что к западу от восточного Леванта. «Подкованные» в классических языках и мифологии патанатомы прошлого использовали корень «евр» – ширь для обозначения аневризм, которые легко разрываются, что создает большие проблемы.

После чернобыльской катастрофы широкие массы узнали о том, что абортивная-эмбриональная печень представляет собой орган кроветворения, стволовыми клетками (СТК) которого пытались лечить жертв лучевой болезни. Это и понятно, то есть печень является главной железой желудочно-кишечного тракта и имеет непосредственный доступ к питательным веществам. Кроме того, она имеет собственную весьма развитую сосудистую сеть с ее эндотелием, клетки которого выстилают монослоем сосуды изнутри. Один

из компонентов СТК дает мегакариоциты, которые отшнуровывают от себя фрагменты цитоплазмы, в результате чего кровь обогащается тромбоцитами. Они клетками не являются, так как не имеют ядра, но крайне важны для тромбоза, или закупорки пораненных сосудов. Тем не менее они выделяют весьма активный протеин, который назвали «ростовой фактор тромбопластинок» (PDGF – Platelet-Derived Growth Factor), действующий на белковые рецепторы СТК.

В Сиднейском университете Нового Южного Уэльса показали, что в стенке аорты ростовой фактор способствует переходу клеток эндотелия в СТК, что необходимо для поддержания целостности и репарации брюшного отдела аорты, где часто образуются аневризмы. Об этом менее детально писали и сотрудники Университетского колледжа в Лондоне. Следует сказать, что изучать СТК довольно сложно, поскольку они «прячутся за плотными стенками костей, поэтому ясен интерес к публикации, представленной в eLife университетами штата Висконсин в Мэдисоне и Калифорнийского в Сан-Диего.

Хорошо известной иммунологической нишей является аппендикс, или червеобразный отросток, «висящий» на границе перехода тонкой кишки в толстую. Иммунные клетки отростка не пропускают в пищеварительную нишу к примеру, кишечную палочку, которая может принести много бед.

Своеобразную кроветворную

«нишу» авторы нашли у прозрачной рыбки Danio (называемую за характерные полоски zebrafish). Они выделили СТК, что само по себе интересно, но также и окружающие ее нишевые клетки «поддержки», что позволило изучать клеточный комплекс в его функциональном единстве. А оно преподнесло сюрприз, так как для нормального развития будущих кроветворных клеток необходим фермент, расщепляющий... дофамин, известный как нейромедиатор (его нехватка приводит к паркинсонизму).

Вполне возможно, что участие дофамина в гемопоэзе отсылает нас к эмбриональному развитию организмов, начинающемуся с формирования нервной трубки, из верхних сегментов которой начинают выселяться клетки будущей мезодермы, дающей соединительную ткань и СТК.

Но вернемся к аневризме брюшной аорты, риск образования которой в Университете им. Вашингтона в Сент-Луисе предлагают уменьшать с помощью наночастиц, несущих малую интерферирующую РНК. Ее название указывает на то, что она «интерферирует» – вмешивается – в активность генов, подавляя в случае образования аневризмы ген воспаления и белка внеклеточного матрикса – подложки эластазы. К молекулам РНК авторы «подцепили» пептид – цепочку из 21 аминокислоты, в результате чего удалось подавить иммунное воспаление стенки брюшной аорты и тем самым снизить у мышей риск разрыва аневризмы. Новая терапия позволила уменьшить инфильтрацию лейкоцитов, выбрасывающих печально знаменитые цитокины, подхлестывающие воспаление. Ученые полагают, что разработанный ими подход может быть полезен и при других патологиях, не только сосудистых.

В клиниках и лабораториях

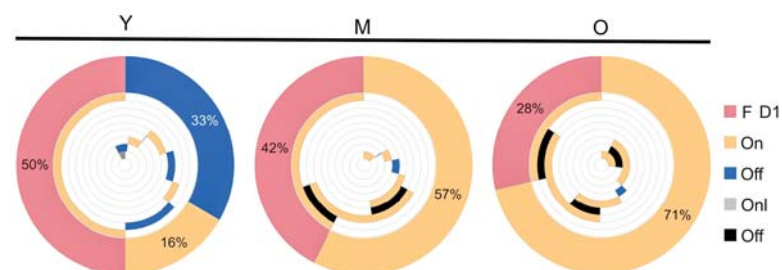
Старение – это разрушение клеточных структур, проявляющееся угасанием жизненных функций, а в патологических случаях – различными болезнями, среди которых наиболее драматичными являются нейродегенеративные – болезни Альцгеймера и Паркинсона, рассеянный склероз и боковой амиотрофический склероз, а также различные виды деменции.

Стареем

В мозге имеются самые разные клетки и системы, образующие нейросети. Одной из важнейших является дофаминовая, нарушение которой приводит к паркинсонизму. Дофамин, производное аминокислоты тирозина, синтезируется клетками чёрной субстанции в ножках мозга, в которых проходят «моторные» пути от коры в спинной мозг. Мишенью отростков дофаминовых нейронов являются клетки прилегающего ядра (N.Accumbens – NA), активность которых порождает приятные эмоции, связанные с едой и никотином, психоактивными веществами и сексом, а также двигательной активностью и различными напитками. Промежуточное положение между NA занимает небольшое образование со сложным названием (VTA). В Калифорнийском университете Сан-Франциско выяснили, что у мышей, делающих выбор между напитками «удовольствия» – Feel Good, задействованы и до-

АТФ) ферментом Ras, мутации которого 40 лет назад были выявлены в клетках саркомы крыс (Rat sarcoma).

Для понимания механизмов нарушения нейронных функций важно проведение молекулярного анализа на уровне отдельных клеток, для чего предложено использовать дрожжевые клетки. Клетки дрожжей больше и прозрачнее, что облегчает мониторинг молекулярных изменений, приводящих к накоплению нейротоксичных амилоида-бета и синуклеина-альфа, накопление которых в нейронах приводит к болезням Альцгеймера и Паркинсона. Авторы первой статьи из токийского Технологического института показали связь накопления амилоида с белком теплового шока (Hsp – Heat shock protein), которая может стать мишенью для будущих лекарств. Вторую представили невропатологи Еврейского университета в Иерусалиме, которые обратили



Изменение моторно-двигательной активности с возрастом: Y – молодой, M – средний возраст, O – старый

фаминовые нейроны, посылающие сначала сигналы в NA, откуда они возвращаются к VTA. Тем самым открыта ещё одна функция дофамина помимо той, что обеспечивает жизнеспособность нейронов вообще и моторных в частности, гибель которых приводит к болезни Паркинсона.

Она развивается на фоне гибели нервных клеток подкорковых узлов, или полосатого тела стриатума, в состав которого входит хвостатое ядро (Caudatum), головка которого «прикрыта» оградой, или скорлупой (Putamen). Хвост первого уходит в полюс височной доли, оканчиваясь миндалиной (Amygdala), расположенной в непосредственной близости от извилины морского конька (гиппокампа). Нейроны её, лежащей на основании височной доли, отвечают за формирование и хранение памяти, которая может способствовать генерации негативных эмоций, например страха, центром которого считается миндалина. Функции нервных клеток зависят от связей между ними, или синапсов. Нейробиологи Кембриджа и их заокеанские коллеги из Национального института здоровья в Вашингтоне с помощью генетического редактирования, позволяющего выключать гены, показали необходимость для нейрональных контактов ICAM, или молекулы межклеточной адгезии. Она вместе с интегрином – белком клеточной «интеграции» – обеспечивают клеточное деление и миграцию, способствующие формированию коры из нервных стволовых клеток. Важно подчеркнуть, что и то и другое осуществляется за счёт энергии расщепления ГТФ (аналога

внимания на возрастное уменьшение содержания воды и железа в клетках скорлупы, упомянутой выше. Снижение этих двух веществ было выявлено у паркинсоников с помощью количественного МРТ. Свою лепту внесли исследователи из университета австралийского города Перт. Они показали чёткую связь между желудочно-кишечными расстройствами и болезнью Альцгеймера. Этот вывод (с достоверностью 5х108) был сделан на основании накопленной статистики и данных геномных исследований 34 652 человек, у которых были выявлены мутации почти в десятке генов.

Возвращаясь к паркинсонизму, нельзя не упомянуть работу исследователей женеваского Политеха, показавших естественное убывание моторных навыков с возрастом, или в группах молодых (Y) и старых (O), а также среднего возраста (M). Молодые уверенно демонстрировали улучшение, особенно в офлайне, в то время как у стариков и людей среднего возраста отмечалось ухудшение. Ещё одну работу сделали в Станфорде, где с помощью нейротропных адено-ассоциированных вирусов в нейроны моторной коры M1 внесли фоточувствительный белок. Благодаря оптогенетике возбуждением нервных клеток стали управлять с помощью света, включение которого повышало концентрацию тонов кальция, что способствовало генерации двигательного импульса. Это ещё один подход к выявлению механизмов двигательных расстройств, а в более широком смысле – самых разных нейродегенеративных заболеваний.

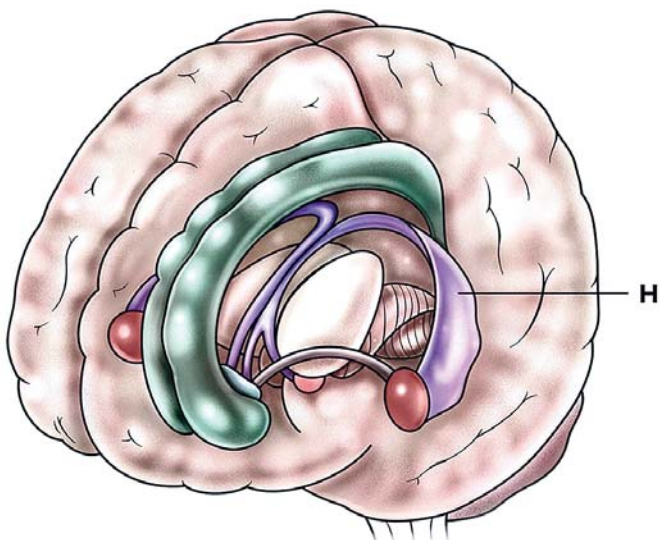
Ракурс

Болевые импульсы поступают в спинной мозг, в котором есть чувствительные, или сенсорные нейроны, в оболочках которых сидят белковые рецепторы опиоидов. Именно на них действуют обезболивающие, гася на время прохождение болевых сигналов выше в мозг.

В самом мозге в ответ на болевое раздражение происходит выброс болеутоляющих эндорфинов, то есть синтезируемых его нейронами нейромедиаторов, одним из которых является подавляющая нервную активность ГАМК (гамма-аминомасляная кислота, широко используемая для введения человека в терапевтическую кому). Сегодня проблема, встающая перед молекулярными фармакологами, заключается в нахождении болеутоляющих, которые не вызывают привыкания и зависимости. Но возможно, что в недалеком будущем появится ещё один способ борьбы с пугающей людей болью. Речь идет о сообщении нейробиологов Национального института здоровья в Вашингтонском пригороде Бетесда и Университета в китайском Хефее. Их статья называется «Звук вызывает аналгезию благодаря кортико-таламическим путям». Редакция журнала пояснила, что «воздействие музыки редуцирует боль». Аналгезия значит обезболивание, под словом «кора» подразумеваются нейроны слуховой коры, таламус же – это зрительный бугор, лежащий в глубине полушария, к которому приходят сенсорные сигналы, поэтому его ещё называют релейным хабом, поддерживающим активность коры головного мозга.

Опыты естественно проводились на свободно перемещающихся мышах, передним или задним лапкам которых наносили болевые раздражения воспалительного характера. Мониторинг путей связи в мозге осуществляли с помощью

Боль и звук



H – гиппокамп, заканчивающийся коричневой миндалиной («центром» страха), видны также белые овалы таламусов

кальциевого трейсинга (получения изображений возбужденных нейронов, в которых повышался уровень выброшенного в цитоплазму кальция). Мультиэлектродная регистрация нервной активности показала, что звук громкостью 5 децибел подавлял активность нейронов, реагирующих на действие возбуждающей их глутаминовой аминокислоты (глутаминергических). Действие звука было сходно с оптогенетическим и хемогенетическим подавлением этих клеток в таламусе, на которые действовали сигналы, приходящие из слуховой коры. Авторы выяснили, что за «музыкальное» подавление боли в передних лапках мышей отвечают ноцицептивные, или «болевые» нейроны двух групп клеток, или ядер – просто заднего и вентрально-заднего соответственно (ниж-

не-заднего). Активация этих двух цепей «сняла» благотворный эффект музыкального «воздействия».

Соседей китайцев из сеульского Института науки и технологии тоже волновали «нейронные» проблемы, но в несколько ином плане. Речь идет о созданных ими искусственных тактильных нейронах, которые можно использовать для диагностики изменений в тканях, например грудной железы. Известно, что патологические процессы в этом и других органах сопровождаются увеличением плотности, что приводит к утере эластичности. Разрешение корейского тактильного нейрона в тестах различения характера процесса в молочной железе достигло 95,8%, что делает его применение – наряду с маммографией – весьма желательным при массовых обследованиях.

Подготовил Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Communications Biology, Nature, Nature Chemical Biology, Neuron, Science Advances, Scientist, Science Signaling, Biomaterials Advances, eLife, Nature Cell Biology, Advanced Materials, Science

Память

В августе исполнилось 90 лет, как не стало поэта и художника Максимилиана Александровича Волошина (1877–1932). Он жил в Коктебеле, где в его гостеприимном доме на крымском побережье в разное время отдыхали О.Мандельштам, А.Белый, М.Горький, В.Брюсов, А.Толстой, М.Булгаков, В.Вересаев, А.Грин, М.Цветаева, Н.Гумилёв, И.Эренбург, М.Зощенко, К.Чуковский и другие. Дружью поэта восхищались его радушием, добротой, любовью к людям, и эти искренние чувства передавались им от хозяина дома.

Из монографии С.Пинаева «Максимилиан Волошин, или Себя забывший Бог» (2005) следует, что серьёзные проблемы со здоровьем у похожего своим телосложением на Геракла поэта начались за несколько лет до его печального ухода.

В 1924 г. врачи советуют Волошину строго соблюдать режим и диету. Он задыхался во время ходьбы, лёгкая одышка наблюдалась даже, когда он читал стихи друзьям. Два года спустя в Коктебеле отдыхала балерина З.Елгашина, и Волошин был её гидом. Она вспоминает, что поэт с детства любил путешествовать по любимому им Крыму: «Исходил все тропы, облазил утёсы, знал, что скрывает каждая расщелина их. Из Феодосии... шёл пешком в Коктебель, в пути подолгу просиживал на холмах, поклоняясь как чуду взлёту зубцов Карадага. На одном из этих холмов мы были как-то вечером. „Здесь на закате похоронят меня“, – сказал Волошин». Так во время одной из прогулок он показал Елгашиной место своего будущего упокоения.

В 1927 г. по пути в Ленинград, куда поэт отправился вместе с женой Марией Степановной Волошиной на открытие выставки своих картин, он заболел гриппом. В этом же году он был тревожно озадачен последствиями крымского землетрясения: нервничал, думая о ре-



Коктебель, скала, напоминающая профиль М. Волошина

монте своего пострадавшего дома. Годом позже Волошины едут на отдых в Кисловодск, где Максимилиан Александрович снова заболел гриппом, а из-за давления не смог принимать нарзанные ванны.

Журналист Иннокентий Басалаев вспоминает, как в 1929 г. Волошин, в свою очередь, необычным способом пытался помочь своей гостье актрисе избавиться от головной

боли: «Он в жёлтом и длинном камзоле-блузе, в открытых сандалиях, блестя пенсне, водил по её ладони своими короткими полными пальцами, казалось, знающими все тайны исцеления, и молча заговаривал. <...> Случайно проходящие мимо гости не могли сдержать улыбок».

Отдыхающие в доме Волошина замечают, что он стареет. В

декабре у него случился инсульт, который вызвал расстройство артикуляции и парез руки и ноги.

В 1930 г. снова появляется повод для тревог: выходит постановление о мероприятиях по ликвидации кулацких хозяйств, и ему грозит конфискация дома. Этого не произошло благодаря вмешательству друзей Волошина, но состояние здоровья поэта ухудшилось настолько, что в начале 1931 г. он переживает настоящую депрессию. С.Пинаев отмечает: «В декабре 1931-го поэту становится хуже. Осмотревший его в Феодосии врач диагностирует: “Миокардит с ослаблением мускула сердца”. Сам Волошин чувствует себя очень постаревшим: он ощущает упадок сил, физических и творческих; двигаясь, задыхается <...>».

Поэт не отчаивается, хотя ему трудно заниматься творчеством, в котором он мог выразить свои мысли. Например, Волошину всегда было тревожно за судьбу России, и это отразилось в его поэзии. Так, в основу стихотворения «Русь глухонемая» (1918) положен сюжет из Евангелия «Об исцелении бесноватого»: «“Изыди, дух глухонемой!” – / Сказал Господь. И демон злой / Сотряс его и с криком вышел – / И отрок понимал и слышал». Автор полагает, что этим духом одержима и его Родина: «Ты, Русь глухонемая! Бес, / Украй твой разум и свободу, / Тебя кидает в огонь и в воду, / О камни бьёт и гонит в лес». Тем не

менее Волошин верит в то, что Господь не оставит Россию.

Его жена Мария Степановна пишет М.Пазухиной 28 марта 1932 г.: «Масе (Волошину. – П.Ч.) советует врач Ессентуки. Он очень худо себя чувствует. <...> Кротость у него непередаваемая. Я знаю, что он очень огорчён и томится – и своим состоянием, и тем, что ему не работается, но он так приветлив и ласков – ни жалоб, ни нытья, а светлый, светлый и всячески старается своего состояния не обнаруживать».

С.Пинаев подчёркивает, что в июле 1932 г. состояние Волошина резко ухудшилось: «Все его болезни, прошлые и настоящие, ополчаются против него: сердечная недостаточность, артрит, астма, воспаление лёгких, нарушение речи... Постепенно отказывают почки...» Больному не помогает то, что ему впрыскивают камфару и дают кислород.

11 августа поэт умер. Его похоронили на горе Кучук-Енишар над Коктебелем. Удивительным образом очертания скалы у морского берега напоминают профиль Волошина. Это необычное сходство отметил сам поэт, о чём он и пишет в стихотворении «Коктебель» (1918): «Мой стих поёт в волнах его прилива, / И на скале, замкнувшей зыбь залива, / Судьбой и ветрами изваян профиль мой».

Павел ЧУЙКОВ.

Фото автора.

Тайны истории

170 лет назад (1852 г.) отдельным изданием увидели свет «Записки охотника» И.С.Тургенева. 10 лет спустя писатель опубликовал роман «Отцы и дети». Литературоведы считают, что герои рассказа «Уездный лекарь» и вышеупомянутой книги списаны с близких Ивану Сергеевичу людей.

Думаю, не стоит подробно излагать печальную историю любви доктора Трифона Ивановича и умирающей Александры Андреевны. Рассказ этот напечатан во всех изданиях «Записок охотника». Но вот что интересно. В великолепной биографии писателя «Жизнь Тургенева», принадлежащей перу известного литератора-эмигранта Б.Зайцева, подробно рассказано о содружестве Тургенева с семейством Бакуниных. В СССР это исследование было опубликовано лишь в 1991 г. На стр. 166 (Б.Зайцев. «Далёкое». М., Советский писатель, 1991) читаем: «... Михаил Бакунин, Мишель, с которым молодой Тургенев прожил в Берлине целый год и из-за которого семья стала исторической...»

Оказывается, с одной из сестёр Мишеля Татьяной в имении Премухино Тверской губернии «прошла генеральная репетиция взрослого Тургенева в любви...». Во всяком случае, в одном из писем он признавался Татьяне: «...Я никогда ни одной женщины не любил больше вас...». Возможно, именно Татьяна Александровна и рассказала писателю историю взаимоотношений своей сестры Любви и уездного лекаря П.Ключникова, который лечил её, но не смог спасти. Уцелело последнее прощальное письмо Татьяны И.Тургеневу, помеченное августом 1842 г. На нём обрывались и переписка, и роман.

Лекари Трифон Иванович и Евгений Васильевич

Герои произведений И.С.Тургенева имеют реальных прототипов

Что же касается основы для фабулы известного рассказа, то в первом томе собрания сочинений писателя (М., Изд-во «Наука», 1979) на стр. 457 подтверждается это предположение. Однако с оговоркой, что его уездный лекарь «ничем не напоминает умного и талантливого врача П.П.Ключникова, близкого к кружку М.А.Бакунина».

Известно, что Иван Сергеевич спустя годы возвратился к «Запискам охотника», подвергнув ранее написанное стилистической и другой правке. Не избежал доработки и рассказ «Уездный лекарь». К той поре писатель уже сам успел несколько раз переболеть. Причём исследователи его творчества отмечают излишнюю порой мнительность литератора. Прознав, например, про холеру в Брянске, он стал подозревать и у себя начало этой заразы. А будучи в Париже во время эпидемии той же болезни, ночью даже разбудил А.И.Герцена со словами: «Я пропащий человек, у меня холера!» В тот раз он действительно заболел.

Примечательно, что Александр Иванович в продолжение всей хвори оставался рядом с приятелем. Он же отметил позже, что в Париже «не принимали никаких мер к об-

узданию эпидемии: не оказалось в достатке ни мест в больницах, ни нужных лекарств и перевязочных материалов».

К углублённому же описанию личности доктора Иван Сергеевич обратился в романе «Отцы и дети». Причём те же литературоведы считают, что прототипом лекаря послужил орловский врач Виктор Якушкин. («Вопросы литературы», 1961, № 8, стр. 188–193). Что же удалось узнать о личности врача?

Началась история с того, что в 1826 г. в Троицкой церкви с. Липовец Малоархангельского уезда венчалась необычная пара: владелец имения в с. Сабурово Иван Якушкин и его дворовая девка Прасковья Фалалеева, для чего известному богачу пришлось испрашивать на то разрешения у самого императора.

А помещик Иван Якушкин, отслужив в гвардии, вышел по болезни в отставку и поселился в своём имении в Орловской губернии. Человек передовых взглядов, он не стал драть три шкуры с крепостных, а начал приводить имение в порядок другими методами. Построил конный, винокурный и кирпичный заводы, завёл стадо породистых коров. Понемногу нововведения стали приносить прибыль, легче

стало жить и крестьянам. Ну как тут ни вспомнить строки из пушкинского «Евгения Онегина»: «Ярем он барщины старинной / Оброком лёгким заменил; / И раб судьбу благословил...»

Однако владельцу процветающего имения было уже за полсотни лет, а он всё жил холостяком. И тогда ближайший друг помещика, участник войны 1812 г., Дмитрий Чиркин стал настоятельно советовать соседу подумать о наследнике. И тут-то вскоре среди злопыхателей распространился слух: спутался, дескать, бывший подпоручик со своей дворовой девкой... Когда же Прасковья родила сына и отец мальчика поселил их обоих в своём доме, соседи стали игнорировать нарушителя незыблемых дворянских устоев. Вот тут-то Иван Андреевич и решился на венчание в церкви. Таким образом, крепостная Прасковья Фалалеева стала законной супругой дворянина. А сын мог претендовать на причисление к почётному сословию. Виктор Якушкин появился на свет в 1829 г. Отец же его вскоре тяжело заболел и умер, оставив вдову с малышом и ничего не успев законно оформить.

И тут за дело принялся его друг штабс-капитан Дмитрий Чиркин.

Бывший воин сделал всё, что от него зависело. Он обратился с соответствующим обращением в Орловское депутатское собрание, собрал все необходимые документы, и в том же году сын подпоручика Ивана Якушкина был внесён в 6-ю часть дворянской родословной книги. Так будущий прототип тургеневского героя получил доступ к высшему медицинскому образованию.

Окончив в 1854 г. Петербургскую медико-хирургическую академию, Виктор Иванович стал со временем известным в Орловской губернии врачом. Он сумел на должном уровне организовать лечебное дело и в своём имении, крестьян лечил бесплатно. Да и сам Тургенев отмечал в примечании к роману, что «...во всё время написания я чувствовал к нему невольное влечение...».

Так что известная фраза из романа: «Аркадий сибаритствовал, Базаров работал...» как нельзя лучше характеризует образ жизни прототипа известного литературного героя Евгения Васильевича Базарова.

Василий ШПАЧКОВ,
собр. корр. «МГ».

Орловская область.

