

Медицинская

7 июня 2023 г.
среда
№ 22 (8091)

Газета



130 лет

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

www.mgz.ru

Первый пленум правления Ассоциации эндокринных хирургов прошёл в Ижевске.

Стр. 10-11

Тяжёлая стезя врачевания требует как доминанты жизни обращённости доктора к эмпатии.

Стр. 12

Судьба песен М. Матусовского прекрасна и завидна – их поют все.

Стр. 15

Сотрудничество

Консолидация для реабилитации

Практическое здравоохранение должно быть заинтересовано в науке



Торжественное открытие межрегиональной научно-практической конференции

Межрегиональная научно-практическая конференция «Лечение и реабилитация ветеранов боевых действий» прошла на базе медицинского университета «Реавиз» и Самарского областного клинического госпиталя для ветеранов войн им. О.Г.Яковлева.

В этом году к мероприятию было приковано особое внимание. Звучали актуальные темы, именитые эксперты делились бесценным практическим опытом. Рассмотрены вопросы медицинской и социальной реабилитации после боевых травм, особенности восстановления различных органов и систем после повреждений, а также организация подготовки врачей по специальности «Физическая реабилитационная медицина».

Важным моментом этих дней стали две юбилейные даты организаторов конференции и давних партнёров: 80 лет отметил Самарский областной клинический госпиталь для ветеранов войн им. О.Г.Яковлева и 30 лет – Медицинский университет «Реавиз».

Совместная конференция – добрая традиция

Консолидация и реабилитация, пожалуй, главные понятия прошедшей в Самаре конференции. Ведь именно объединение усилий государства и общества, академической и университетской науки, ассоциаций медицинских и негосударственных вузов России, содействие развитию медицинской реабилитации, геронтологии, гериатрии есть фундамент для успешного развития прорывных медицинских технологий по восстановлению здоровья ветеранов боевых действий, который обеспечивает государственный суверенитет и безопасность.

Межрегиональная конференция как раз и подтвердила, насколько

близко медицинское сообщество к этой цели. Диалог, желание слышать друг друга и обсуждать возникающие вопросы стали главными атрибутами мероприятия.

Президент Медицинского университета «Реавиз» академик РАН Владимир Шабалин отметил: «Сегодня сюда приехали из разных городов России руководители госпиталей для ветеранов войн. Создаётся не просто формальное общение, но и формируется предметно-личностное отношение. Такие конференции имеют большое значение. А что касается Ассоциации геронтологов и гериатров, то здесь планируется особое внимание обратить на научный процесс. Он должен всё больше внедряться в работу не только госпиталей, но и других учреждений. Практическое

здравоохранение должно быть заинтересовано в науке».

На конференции обсуждалось множество аспектов лечения и реабилитации ветеранов боевых действий, происходил обмен опытом и новыми подходами к восстановлению таких пациентов.

Участников конференции приветствовал председатель Самарской губернской думы академик РАН Геннадий Котельников: «К участникам боевых действий нужен особый подход. Их надо понимать, чувствовать. Для этого необходимо готовить соответствующий медицинский персонал. Госпиталь ветеранов войн за 80 лет своей напряжённой работы пролечил более 350 тыс. пациентов – это целый город. Я искренне желаю всем сотрудникам госпиталя и университета здоровья, счастья, чтобы всё у вас было хорошо. В Самарской области губернатор Дмитрий Азаров, правительство, депутаты принимают все необходимые меры для развития областного здравоохранения. Мы единственный регион в стране, где удалось развить государственный и негосударственный медицинские вузы. При этом нет конфликтных ситуаций, налажено тесное плодотворное взаимодействие».

(Окончание на стр. 6-7)

Работают мастера

Дарящие часть себя

В Международный день защиты детей в НМИЦ трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова Минздрава России прошла традиционная торжественная церемония награждения родственных доноров «Дарящему часть себя». Среди награждённых был Никита Никитин, донор почки для дочери Николь, которой врачи Шумаковского центра выполнили уникальную для мировой практики операцию.

Николь родилась с редкой инфантильной формой аутосомно-рецессивной поликистозной болезни почек, при которой они достигают огромного размера, сдавливают лёгкие и печень, провоцируют разрыв кишечника и повреждение других органов. Роды практически всегда в таких случаях проходят неблагоприятно. Даже если ребёнку удаётся сохранить жизнь, то вероятность выжить его, сделать операцию, чтобы начать диализ и проводить его до момента пересадки почки, – ничтожно мала.

«Единицы женщин в мире идут на роды, зная о данном диагнозе. Появление ребёнка с такой патологией предполагает огромные риски, поэтому врачи, как правило, рекомендуют прерывание беременности, пока это возможно. Достаточного опыта лечения и подготовки к операции этой категории детей в мировой практике пока не накоплено. Когда Николь попала ко мне на

консультацию, то действительно была в тяжёлом состоянии. На тот момент ей уже было проведено множество операций: на третий день после рождения ей удалили почки и начали проведение диализа, у неё несколько раз случался разрыв кишечника, она была переведена с перитонеального на гемодиализ, что редкость для детей», – объясняет педиатр НМИЦ Патимат Гаджиева.

Общими усилиями врачей из роддома московской городской клинической больницы им. А.К.Ерамишанцева, детской городской клинической больницы № 9 им. Г.Н.Сперанского, детской городской клинической больницы святого Владимира и НМИЦ трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова жизнь девочки удалось поддерживать до момента, когда трансплантация почки стала возможна. Состояние ребёнка и анатомические особенности (практически полное отсутствие нижней полой вены, к которой пришивается почка) не давали никаких гарантий, тем не менее врачи решились провести операцию и подарили ребёнку шанс на жизнь.

«Я бесконечно благодарна врачам центра и своему мужу Никите, который, не задумавшись, отдал почку нашей дочери. Прошло уже два месяца, Николь научилась сидеть, переворачиваться и радуется миру!», – рассказала мама Николь.

Игорь НАУМОВ.

АВТОРИТЕТНОЕ МНЕНИЕ

Елена ПАРОВИЧНИКОВА

Директор НМИЦ гематологии, главный специалист гематолог Минздрава России, доктор медицинских наук:

Чем больше мы узнаём, тем... меньше понимаем. Открыли один сундучок с некоей биологической загадкой, а внутри него ещё один, внутри того – следующий и так далее. По мере продвижения к пониманию сути явлений вслед за одним «почему» возникает десять новых. Путь познания бесконечен. Медицинская наука – это вселенная.



Стр. 4

Новости

Теория и практика невероятности

Ставропольские хирурги Предгорной районной больницы оказали нестандартную медицинскую помощь ребёнку с редкой патологией – один случай на миллион.

В приёмный покой поступила 11-летняя пациентка с заболеванием, которое в 90% случаев бывает только у грудных детей в возрасте от 4 до 9 месяцев – в правой подвздошной области наблюдалась толстокишечная инвагинация на участке 17 мм. Девочка была экстренно госпитализирована в хирургическое отделение. В прошлом инвагинация являлась показанием к хирургическому лечению. Однако современная тактика предусматривает консервативное, независимо от числа эпизодов рецидива и возраста ребёнка. Его эффективность достигает 96%.

– Это крайне редко встречающаяся патология, составляющая 1% от общей статистики таких состояний, – отметил детский хирург Марат Эдильбаев. – Более того, она вообще не характерна для детей её возраста, обычно встречается до года, в крайнем случае до 4 лет. Случай, чтобы инвагинация наблюдалась у 11-летнего ребёнка – один на миллион.

Девочка находилась в состоянии средней тяжести. М.Эдильбаев начал лечение с медикаментозной терапии, а после применил технику ручного вправления инвагинации кишечника.

– Техника ручного вправления инвагината применяется обычно при небольшой площади инвагинации, менее 2 см, если телосложение ребёнка худенькое, астеническое и чётко пальпируется, – рассказал М.Эдильбаев. – Сейчас о ней почти забыли. Современный метод в большинстве случаев предусматривает пневмоирригоскопию или ирригографию с барием и наблюдение. Данные диагностические тесты позволяют выполнить неоперативную дезинвагинацию, методом гидростатического или воздушного давления.

В течении нескольких минут произошло настоящее чудо – состояние девочки на глазах начало улучшаться и уже через несколько часов она была совершенно здорова. Пациентка выписана домой на вторые сутки с хорошим самочувствием и благоприятным прогнозом.

Роман НАЗАРОВ.

Ставропольский край.

Сотрудничество с узбекскими коллегами выходит на новый уровень

В Самарканде состоялся узбекско-российский медицинский форум с участием министров здравоохранения Узбекистана и России Амрилло Иноятова и Михаила Мурашко.

В программе форума – пленарное и четыре секционных заседания, посвящённых модернизации и инвестициям в первичное звено здравоохранения, трансформации медицинского образования, подготовке высококвалифицированных медицинских кадров, цифровизации здравоохранения и внедрению новых технологий, инновациям в медицине и развитию специализированной медицинской помощи. В его работе участвовали организаторы здравоохранения, ректора медицинских вузов, директора ведущих научно-исследовательских центров, руководители компаний.

Состоялась церемония подписания соглашений и меморандумов между медицинскими университетами, центрами, клиниками и фармацевтическими компаниями Узбекистана и России.

Соб. инф.

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

Слово о газете

Быть узнаваемой и полезной

«Медицинской газете» 130 лет и это – настоящий юбилей! Столько времени быть узнаваемой и полезной – огромное достижение, которое возможно благодаря усилиям всех, кто когда-либо работал и работает в ней сейчас: главного редактора, корреспондентов, технической службы.

Издание по-прежнему является очень нужным и интересным, помогающим нам быть в курсе основных трендов в здравоохранении, повышающим наши знания и навыки, дающим полезные мысли для будущих проектов.

В «МГ» есть постоянная потребность.

По крайней мере, я всегда её жду, смотрю, прочитываю. И не только те материалы, которые касаются нашей специальности. В ней много познавательного, всегда есть репортажи о чём-то новом, о технологических прорывах, о том, как развиваются медицинские организации. Газета всегда «получается»!

От имени коллектива я передаю поздравления «Медицинской газете» с этой исторической вестью, и искренне желаю ей дальнейшего процветания и успехов! С юбилеем!



Олег ШИЛОВСКИХ,
генеральный директор
АО «Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза»,
главный специалист офтальмолог Минздрава Свердловской области,
заслуженный врач РФ.

Опыт

Размеры опухоли удивили

Но хирурги-онкологи провели операцию успешно

Врачи Центра детской онкологии и гематологии Свердловской областной детской клинической больницы (ОДКБ) успешно прооперировали маленькую пациентку, у которой была обнаружена гигантская опухоль.

Полторагодовалая малышка оказалась в больнице из-за болей в животе, которые сопровождались заметным увеличением объёма тканей и нарушением пищеварения. Врачи поликлиники по месту жительства направили её в местный стационар, где были проведены необходимые диагностические исследования, в том числе МРТ. Это позволило обнаружить объёмную опухоль.

В соответствии с принципами действующей в области эффективной системы трёхуровневой медицинской помощи для дальнейшего лечения девочку перевели в профильный Центр детской онкологии и гематологии ОДКБ. Здесь врачи оперативно удалили новообразование, которое, к счастью, оказалось доброкачественным.

«Удаление липомы (жировика) у ребёнка заняло 20 минут. Но, конечно, нас удивили её размеры, ведь вес пациентки составлял всего 10 кг, а масса опухоли – около 2,2», – отметил детский хирург-онколог ОДКБ Сергей Тупоногов. И добавил, что операция проводилась открытым способом ввиду большого объёма новообразования, причём специалисты



С. Тупоногов

придерживались исключительно детских технологий и индивидуального подхода.

В послеоперационном периоде уральские медики сделали всё возможное для максимально быстрого восстановления малышки, и она на 6-е сутки после вмешательства благополучно вернулась домой.

Ежегодно в Центре детской онкологии и гематологии проводится порядка 200 операций разной локализации. Он является одним из крупнейших детских специализированных центров России, где врачи оказывают всю необходимую помощь детям с онкологическими и тяжёлыми гематологическими

заболеваниями. Все проводимые в ОДКБ операции маленьким свердловчанам выполняются согласно современным требованиям оказания помощи детям с онкологическими заболеваниями на уровне ведущих детских федеральных клиник.

Благодаря Национальному проекту «Здравоохранение» в ОДКБ детям доступна любая, в том числе высокотехнологичная помощь, а современное оборудование даёт возможность проводить оперативные вмешательства максимально щадящим способом.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Екатеринбург.

Рядом с нами

Благодарная память

«Медицинская газета» уделяет достойное внимание выдающимся деятелям отечественной медицины. В этом году «МГ» опубликовала полосу, посвящённую 95-летию мировой величины – основоположника эндоскулярной нейрохирургии академика Фёдора Сербиненко.

И как рефрен – в мае, когда родился Ф.Сербиненко, в Иванове состоялась научно-практическая конференция Центрального федерального округа, ведущей темой которой была дань уважения нашей гордости Ф.Сербиненко. Мировой приоритет русского учёного общепризнан. В связи со 100-летием нейрохирургии как специальности американский журнал Neurosurgery опубликовал 14 портретов гигантов нейрохирургии. В их числе наш соотечественник – Фёдор Андреевич.

Конференцию открыл главный нейрохирург Минздрава России академик РАН Владимир Крылов, хорошо знавший Ф.Сербиненко. Он следовал трудолюбию, целеустремлённости и порядочности Фёдора Андреевича.

О судьбе и деяниях Ф.Сербиненко рассказал созданный в НИИЦ нейрохирургии им.Н.Н.Бурденко документальный фильм.

Его ученики и последователи: профессор Сергей Яковлев, профессор Валерий Лазарев, доктор



Организатор конференции К.Белинская и профессор-нейрохирург В.Лазарев

медицинских наук Сергей Арустумян, доцент Наталья Полунина и другие – показали, как развиваются и расширяют границы своего применения эндоскулярные технологии. Получены впечатляющие результаты эндоскулярного лечения артериовенозных мальформаций и дуральных фистул головного и спинного мозга, церебральных артериальных аневризм и стенозов, тромбозов синусов и уродств раз-

вития сосудов, а также обескровливания богато васкуляризованных опухолей центральной нервной системы и таргетной нейрохимиотерапии.

Участники конференции навестили дачу Ф.Сербиненко в Щельково, где около 30 лет он проводил свои отпуска. Здесь среди красоты и уюта певучей русской природы в XIX веке создавал свои замечательные пьесы великий драматург Александр Островский. Здесь обдумывал свои творения и великий отечественный учёный Ф.Сербиненко.

На небольшом скромном доме 5 лет назад была установлена мемориальная доска. Около неё поделились своими воспоминаниями о

Фёдоре Андреевиче его друзья и ученики. Они посадили яблоневый Сербиненковский сад. И здесь же В.Крылов предложил ежегодно организовывать Всероссийские Сербиненковские чтения. Было решено первые чтения провести в близлежащей Кинешме в следующем году – в день рождения знаменитого нейрохирурга.

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор.

Решения

Запрет может быть снят

Президент России Владимир Путин поручил снять запрет на вывоз из страны запасных частей и комплектующих для медицинской техники.

Такое распоряжение будет дано Минздраву и другим профильным ведомствам. Вопрос был поднят во время встречи главы государства с членами Общероссийской общественной организации «Деловая Россия».

Запрет, о котором идёт речь, регулируется постановлением правительства № 311 от 08.03.2022. Он был введён из-за санкций против России, чтобы уберечь страну от дефицита необходимого медицинского оборудования.

«Я думаю, что понятно, в связи с чем было принято это постановление, с тем, чтобы на территории страны нашей, с учётом ограничений, которые ввели наши недоброжелатели, всё-таки был не-

обходимый набор инструментария, техники, препаратов и т.д. Ситуация стабилизируется, мы видим все. Мы не должны ставить своих производителей в сложное положение перед вашими контрапартнёрами. Я попрошу министерство здравоохранения и другие ведомства продумать это и внести соответствующие предложения», – цитирует Путина пресс-служба Кремля.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Инициатива

Из Госдумы – на фронт

Фракция «Единой России» в Госдуме поддержала решение Дмитрия Хубезова о сложении полномочий председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья.

На заседании Генсовета партии он попросил об этом, чтобы снова отправиться добровольцем на фронт. Также фракция утвердила Бадму Башанкаева на должность председателя комитета Госдумы. Его кандидатуру предложил сам Д.Хубезов и поддержали в Минздраве.

«Сейчас нет ничего важнее, чем защита нашей страны на поле боя. Когда я уезжал в первый раз, обещал, что приеду, когда меня позовут на поле боя. В окопах сидят наши дети, они отдают свои жизни. Я обязан быть рядом. Прошу освободить меня от должности председателя комитета по охране здоровья, чтобы я смог поехать на фронт», – сказал Д.Хубезов на заседании Генсовета «Единой России».

Он одним из первых из числа депутатов Госдумы ушёл добровольцем на фронт, когда началась частичная мобилизация. По за-

вершении контракта продлил его на второй срок. Служил в военном госпитале под Лисичанском, в нескольких километрах от линии фронта.

Д.Хубезов ранее работал колопроктологом Рязанской областной клинической больницы, возглавлял кафедру хирургии и общей врачебной практики Рязанского государственного медицинского университета, в 2017-2020 г. занимал должность главного врача областной клинической больницы.

Павел БАЛАГИН.

Проблемы

Заболееваемость сифилисом растёт

За последние годы заболеваемость сифилисом значительно возросла в РФ.

«Если мы с вами говорим об инфекциях, передаваемых половым путём, то нужно отметить, что за последние годы значительно возросла заболеваемость сифилисом, и в основном это связано с миграционными потоками», – заявил главный специалист Минздрава России по инфекционным заболеваниям Владимир Чуланов во время конференции «Инфекционные болезни – актуальные проблемы, лечение и профилактика». По его словам, важной задачей на 2023 г. является обеспечение качественного учёта случаев ин-

фекций, передаваемых половым путём.

Главный специалист Минздрава также предоставил данные по инфекционной заболеваемости в России. «В целом, если мы посмотрим на число случаев, то за последние 2-3 года оно значительно возросло. Если раньше мы регистрировали приблизительно 35 млн случаев инфекционных болезней в год, то в 2022 г. это было почти 57 млн. Конечно, во многом это за счёт COVID-19 – в структуре заболеваний ОРВИ он составлял большую долю и в 2021, и в 2022 г.», – уточнил он.

Среди проблем В.Чуланов отметил дефицит вакцин против кори, который до сих пор наблюдается в регионах РФ,

«На 2023 г. важной задачей является реализация стратегии развития иммунопрофилактики и, конечно, нужно качественно планировать закупки вакцин. В том числе, мы с вами знаем, что проблема до сих пор существует в регионах, связанная с нехваткой вакцин против кори, поскольку не была запланирована закупка заранее в рамках календаря по эпидпоказаниям. Соответственно, в регионах до сих пор наблюдается дефектура по данным вакцинам», – сказал он, добавив, что за первый квартал 2023 г. зафиксировали 1,3 тыс. случаев заболевания.

Юрий ДАНИЛОВ.

Проекты

Смена пола станет невозможной?

В Госдуму внесли законопроект о запрете на медицинские операции по смене пола, сообщил вице-спикер нижней палаты парламента Пётр Толстой.

«Вместе с коллегами – депутатами от всех фракций Государственной думы внесли проект закона, устанавливающего полный запрет на осуществление медицинских вмешательств, направленных на смену пола, а также исключение государственную регистрацию смены пола без операций», – отметил он.

По его словам, операций по смене пола становится всё больше, поскольку западная индустрия трансгендеров пытается просочиться и в Россию. Инициатива, авторами которой стали почти 400 депутатов, предлагает сделать исключение для врождённых аномалий у детей. П.Толстой уточнил, что в таком случае медицинское вмешательство можно допустить только по решению врачебной комиссии федерального государственного учреждения здравоохранения, а не отдельным врачом единолично.

Целью инициативы П.Толстой назвал сохранение России для

потомков – с её культурными и семейными ценностями, традиционными устоями. Отметил он и вклад в разработку законопроекта вице-спикеров Ирины Яровой, Владислава Даванкова и председателя Госдумы Вячеслава Володина.

Предполагается ввести и новую статью в закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в которой будет говориться о том, что медицинским работникам «запрещается осуществление медицинских вмешательств, направленных на смену пола человека, в том числе формирование у человека первичных и (или) вторичных половых признаков другого пола».

Ранее глава Следственного комитета РФ Александр Бастрыкин заявил, что смена пола только в документах является мошенничеством и нарушает интересы государства и его обороноспособность. Он уточнил, что речь идёт о гражданах, которые сменили пол, уехав из России во время мобилизации, и подчеркнул, что сотрудники Следственного комитета в этой ситуации будут действовать с учётом новых реалий.

Игорь НАУМОВ.

Перемены

Обновлён порядок изготовления лекарств в аптеках

Приказом Минздрава России № 249н от 22.05.2023 утверждены новые правила изготовления и отпуска лекарств в аптеках. Они вступают в силу 1 сентября.

Теперь аптеки должны внедрить систему качества, в том числе стандартные операционные процедуры. При изготовлении препаратов можно использовать не только фармсредства, но и готовые препараты. Ранее такую поправку внесли в Закон об обращении лекарств. В связи с этим в правила добавили раздел о применении готовых препаратов. Из

них запретили делать растворы для инъекций и инфузий.

Для порошков надо соблюдать в числе прочего такие правила: нельзя использовать таблетки и капсулы пролонгированного действия, в кишечнорастворимой оболочке; масса одного порошка должна быть не менее 0,1 г. Особенности изготовления гомеопатических лекарств выделили в отдельный раздел. Кроме того, установили порядок изготовления радиофармацевтических лекарств – их надо хранить в закрытой зоне с ограниченным доступом.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

Подписка-2023

2023 Подписные Издания

ПОЧТА РОССИИ Газеты Журналы Альманахи Книги

2 полугодие

Официальный каталог Почты России на второе полугодие 2023 года

Все 6000 изданий (полная номенклатура) представлены на сайте podpiska.pochta.ru

8 800 800 80 80

Уважаемые читатели!

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

Подписные издания

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

Подписные индексы:

ПН014 – на месяц.

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

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

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

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

КАТАЛОГ периодических изданий газеты и журналы

II полугодие 2023 года

30 лет со свободной прессой

Избранные издания для бизнеса

Та область медицины, где невозможно ни предвидеть болезнь, ни предупредить её, – гематология – имеет ещё одну особенность: из-за отсутствия специфических симптомов большинство заболеваний системы крови либо вообще не дифференцируется врачами общелечебной сети, либо принимается за иные патологии. Всё это, как и следует ожидать, отодвигает начало специализированного лечения и ставит под сомнение его результаты. Это особенно драматично, когда речь идёт об опухолевых заболеваниях системы крови.

В беседе с корреспондентом «МГ» директор Национального медицинского исследовательского центра гематологии, главный гематолог Минздрава России, доктор медицинских наук Елена ПАРОВИЧНИКОВА рассказала о том, какое огромное значение в диагностике имеет самый простой – общий – анализ крови, о достижениях в терапии рака крови и о том, до каких глубин понимания онкогематологических патологий дошла наука и что за этим может последовать.

Постичь непостижимое

– Елена Николаевна, есть ли ещё белые пятна в знаниях о патогенезе опухолевых заболеваний системы крови, которые мешают достигать стопроцентной эффективности лечения? И есть ли надежда постичь непостижимое?

– Сразу поправлю: стопроцентной эффективности лечения – так, чтобы сто человек заболели и все сто полностью вылечились, – не бывает и в принципе быть не может. В то же время достичь полного выздоровления конкретных больных возможно. В отличие от солидных опухолей, в онкогематологии достигается абсолютное излечение только с помощью химиотерапии, когда у больного человека система крови приходит в безусловную норму, как у здоровых людей. Причём добиться выздоровления у многих удаётся только на химиотерапии, не прибегая к трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ГСК). В солидной онкологии это нереально, там всегда предполагается комплексное лечение – химиотерапия, хирургия и лучевая терапия.

Что касается шансов науки постичь непостижимое в гематологии, они высоки. С начала XXI века произошло много биологических открытий, создано несколько прорывных исследовательских технологий, благодаря которым мы узнали ранее не известные механизмы патогенеза и увидели закономерности: определённые геномные аномалии ассоциированы с определёнными патологическими клиническими проявлениями.

– Правильно ли я понимаю, что все опухоли системы крови имеют мутагенную природу?

– Да, они все и всегда являются следствием генетического события. Знание того, какие конкретно генетические мутации ведут к развитию онкогематологических заболеваний, позволяет оценивать вероятность развития у человека заболеваний системы крови. Например, у детей с синдромом Дауна предрасположенность к лимфобластному лейкозу на порядок больше, чем в среднем в популяции. Правда, пока это знание имеет исключительно фундаментальный характер, но не прикладной.

– То есть превентивно воздействовать на эти неблагоприятные ассоциации нельзя?

– Нет. Сегодня вокруг этой темы идут дискуссии в основном этического характера. Допустим, у ребёнка или молодого человека обнаружили какую-то врождённую генетическую мутацию. Известно, что при такой мутации вероятность развития опухоли в 2, а то и в 10 раз выше среднестатистической. Однако, во-первых, вероятность не означает стопроцентную неизбежность. Во-вторых, научные знания о таких ассоциациях пока весьма непродолжительные – не дольше 15 лет, – поэтому не накоплен длительный опыт наблюдения пациентов с подобными рисками. Нам не известно, возникло или нет в итоге опухолевое заболевание у носителей тех или иных мутаций, а если возникло, то в каком проценте случаев. Вот почему пытаться превентивно лечить генетическую предрасположенность не представляется целесообразным.

В то же время ведутся разработки не только заместительной терапии уже развившихся генетически

тикуется только в детской онкогематологии.

– Не совсем так. НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачёва действительно стал первым в нашей стране учреждением, где внедрили CAR-T, и имеет наибольший опыт – пролечено около 80 пациентов. Там реализовали передовую зарубежную технологию, закупив под неё всё необходимое импортное оборудование и реагенты.

НМИЦ гематологии тоже имел возможность выполнить такую процедуру 6 своим пациентам. К сожалению, в связи с извест-

ществом и природой устроено так, что, если он появляется на свет, то рано или поздно должен уйти, и болезнь – один из способов ухода из жизни. Такова неизбежная закономерность, равно как и процесс старения, который невозможно ни остановить, ни обратить вспять.

Витамин и яд

– Выходит, наука взяла на себя божественные функции и пытается оспорить законы природы?

– По большому счёту, так и есть, для чего-то же человеку дан разум.

Авторитетное мнение

Контрапункт гематологии

«Божественный промысел» науки и рутина клинической практики

детерминированных заболеваний крови, но и методов генной инженерии. В частности, при гемофилии очередной замысел учёных заключается не в том, чтобы компенсировать с помощью препаратов VIII фактор свёртывания крови, который не вырабатывается организмом, а чтобы, например, с помощью антител, полученных генноинженерным способом, связать фактор VII с фактором IX, минуя фактор VIII, имитируя таким образом естественный путь свёртывания.

Благодаря революционным успехам молекулярной биологии удалось значительно продвинуться в лечении онкогематологических заболеваний. Если пока мы не можем исправить сами генетические мутации, то по крайней мере имеем терапевтические инструменты для преодоления последствий этих мутаций. В нашем арсенале появились, помимо цитостатических препаратов – так называемых клеточных ядов, новейшие препараты: ингибиторы тирозинкиназ, ингибиторы иммунных контрольных точек, моноклональные антитела, иммуноконъюгаты, которые в сочетании воздействуют на разные звенья патогенеза опухолей крови. Когда же результаты молекулярных исследований опухолевых клеток говорят нам о потенциально неблагоприятном прогнозе, то есть выявляют такие генетические поломки, на которые мы не можем воздействовать химиотерапевтически, принимается решение о трансплантации ГСК.

Один из новых наукоёмких подходов, который вызвал самый большой бум в онкогематологии за последние несколько лет, – адаптивная иммунотерапия. Известен природный феномен иммунного онконадзора, то есть умение иммунных клеток по определённому антигену-мишени выявлять опухолевые клетки и нейтрализовать их. Появилась идея задействовать эту способность Т-лимфоцитов и тем самым изменить парадигму лечения ряда опухолевых заболеваний крови. Технология терапии Т-клетками с химерным Т-клеточным рецептором (CAR) получила название CAR-T-клеточной. Её суть заключается в том, что аутологичные Т-лимфоциты пациента модифицируют, а именно с помощью вирусного вектора вставляют в них химерный клеточный рецептор CAR, который распознаёт маркер-антиген на опухолевой клетке. Обученная иммунная клетка убивает опухолевую клетку.

– Насколько мне известно, в России CAR-T-технология прак-



ными событиями технологические связи с зарубежными поставщиками были полностью прерваны: компания, технологию которой мы использовали, категорически отказалась от продолжения сотрудничества, она даже детям не захотела помочь.

Если кто-то думал, что мы опустим руки, он ошибся. В настоящее время с десяток российских научных лабораторий занимается разработкой и внедрением отечественной CAR-T-технологии. Работает такая команда и в нашем центре, причём в коллаборации с новосибирским Институтом цитологии и генетики, с НМИЦ им. В.А.Алмазова, Первым Санкт-Петербургским медицинским университетом им. И.П.Павлова. Надеемся, в конце нынешнего или начале следующего года мы получим разрешение Минздрава России на проведение клинического исследования по применению собственных CAR-T-клеток.

– Можно ли сказать, что детекция мутаций, приводящих к раку крови, и попытки нивелировать их – предел научного поиска в гематологии?

– Ничего подобного! Чем больше мы узнаём, тем... меньше понимаем. Открыли один сундучок с некоей биологической загадкой, а внутри него ещё один, внутри того – следующий и так далее. По мере продвижения к пониманию сути явления вслед за одним «почему» возникает десять новых. Путь познания бесконечен. Медицинская наука – это вселенная.

И всё-таки вернусь к началу нашего разговора: почему не всегда удаётся достичь полного выздоровления пациента? Потому что человек – биологическое су-

щество, чем глубже мы погружаемся в природу заболеваний, тем большему числу больных помогаем если не излечиться, то существенно продлить жизнь. Потихоньку отнимаем у смерти год за годом, добавляя их к сроку жизни наших пациентов. Разве не в этом сверхзадача медицины?

Судите сами: когда в 1970-е годы выявили генетическую природу хронического миелолейкоза, заключение было однозначным – все заболевшие погибнут в ближайшее время в 100% случаев. Лекарств не было, пересадку ГСК не выполняли. Хронический миелолейкоз – это нерегулируемое размножение миелоидных клеток в костном мозге, связанное с характерной хромосомной транслокацией t(9;22) и обнаружением так называемой филадельфийской хромосомы. Так вот, по моей оценке, самым революционным научным событием прошедших 25 лет в онкогематологии стала разработка терапии хронического миелолейкоза ингибиторами тирозинкиназы.

Когда учёные погрузились в патогенез миелоидного лейкоза, они выяснили, что образованный в результате хромосомной транслокации белок BCR-ABL является той самой тирозинкиназой, которая ответственна за онкогенез, и нужно просто блокировать активность этого белка. В настоящее время продолжительность жизни больных хроническим миелоидным лейкозом сопоставима со средней продолжительностью жизни в популяции.

По результатам наблюдений нашего центра, 10-летняя выживаемость у больных с этим диагнозом достигла уже 95%. И не просто выживаемость, а полное выздоровление.

– И состав крови, и процесс кроветворения у них, как у здоровых людей?

– Именно так! Это означает, что с помощью лекарственного препарата удалось-таки вытащить из ниши ту опухолевую стволовую клетку, которая бесконтрольно размножалась, приводя к опухолевой пролиферации кроветворных клеток. Она ушла в дифференцировку и погибла.

Кстати, данное сложнейшее биологическое явление простыми словами описано в русских народных сказках. Итак, мы имеем дело с мутацией стволовой клетки, а эта клетка очень хитрая, она защищена от иммунологических воздействий, от реагирования на воспаление, потому что

в ней содержится ДНК организма. Улавливаете аналогию? Жизнь Кошечки Бессмертной на конце иглы, игла в яйце, яйцо в утке, утка в зайце и так далее. То, что происходит с Кошечкой, – фактически повторение пути опухолевой стволовой клетки: её «распаковали», и она самоуничтожилась. Если задуматься, русские народные сказки имеют глубокий биологический смысл.

Другая высококачественная опухоль – острый промиелоцитарный лейкоз – также ещё недавно считалась абсолютным непреодолимым кошмаром, сегодня излечивается в 90% случаев. Причём не химиотерапией, которая при этом заболевании даёт низкие результаты, а комбинацией транс-ретиновой кислоты и мышьяка.

– Мышь как в терапии?...

– Триоксид мышьяка внутривенно и производное витамина А транс-ретиноевая кислота – любопытнейшее явление в гематологии. Метод пришёл в современную медицину из традиционной китайской медицины.

Острый промиелоцитарный лейкоз протекает с тяжёлыми явлениями геморрагического синдрома: массивные кровотечения и одновременно тромбозы. Поскольку болезнь развивается стремительно, практически половина пациентов погибала в течение недели от кровоизлияний в головной мозг. И вот методом перебора всех возможностей китайские гематологи пришли к заключению, что можно попробовать древний метод применения деривата витамина А. На протяжении 5 тыс. лет существования традиционной китайской медицины там проследили некие закономерности, доказывающие значение этого витамина. Не случайно морковь была обязательной в рационе всех китайских императоров.

Что касается триоксида мышьяка, он тоже практиковался в традиционной медицине Китая для лечения опухолей. О нём вспомнили в 1980-е годы, при этом обратили внимание, что некоторые опухоли более других тропны к этому веществу. Начали изучать причины и механизмы, оказалось, что особо чувствителен к триоксиду мышьяка именно промиелоцитарный лейкоз. В итоге соединили «морковь» с «красным ядом» и совершили революцию в онкогематологии.

Не поддаётся счёту

– Итак, превентивно лечить рак крови бессмысленно. А слово «профилактика» уместно в онкогематологии?

– К сожалению, нет. Практически всё в гематологии – это несчастный случай, то есть болезнь начинается «на ровном месте». Ни предвидеть, ни предупредить её невозможно. Есть публикации, утверждающие, будто возникновение миелоидных опухолей ассоциировано с курением или с токсическим воздействием краски для волос, с высокой лучевой нагрузкой. Однако это не абсолютная закономерность. Среди наших пациентов с миелоидными лейкозами значительная часть не курит, не красит волосы и не подвергалась облучению.

– Какова динамика заболеваемости опухолями системы крови в России?

– Вопрос исключительной сложности. Поясню почему.

Есть страны, где уже давно и аккуратно ведутся регистры по заболеваниям системы крови и смертности от них. Так, в США такой регистр ведётся с начала 1990-х годов. В России нет системы грамотного учёта заболеваний системы крови. Существующие регистры разрознены и юридически не легитимны, говорить об абсолютной их достоверности нельзя. В итоге у нас показатели онкогематологической заболеваемости в два и даже в три раза ниже, чем за рубежом, чего не может быть. Таким образом, мы не знаем, растёт или не растёт истинная популяционная онкогематологическая заболеваемость в стране.

Мы пытались проводить в Центре гематологии собственное эпидемиологическое исследование по множественной миеломе, острым лейкозам, хроническому миелолейкозу. И пришли к выводу, что не можем охватить всех больных: на этапе оказания неотложной помощи в общелечебной сети неизбежно возникают провалы с регистрацией «наших» диагнозов. Есть недостатки не только в системе регистрации случаев заболеваний, но и причин смерти. Например, когда человек погибает от инфаркта или инсульта, это и будет указано как причина. А чем именно спровоцирован инфаркт или инсульт, разбираться никто не станет, хотя такие катастрофы могут быть обусловлены острым лейкозом, миелодиспластическим синдромом или истинной полицитемией.

Была попытка отработать механизм формирования онкогематологического регистра в нескольких пилотных регионах, небольших по территории и численности населения, где все пациенты нашего профиля стекаются исключительно в областные больницы. Однако даже там насчитали в 1,5-2 раза меньше случаев заболевания лейкоемией, чем их должно быть, исходя из среднепопуляционной заболеваемости в мире.

Обеспечить абсолютную достоверность регистра в принципе крайне сложно, но сделать это необходимо. Без регистра нельзя посчитать, сколько реально стоит лечение онкогематологических больных, и заложить эти расходы в бюджет. Один раз так уже поступили при формировании нацпроекта «Борьба с онкологическими заболеваниями». Не имея ни точного числа больных, ни расчётов стоимости лечения, просто взяли за ориентир зарубежные данные, согласно которым опухоли системы крови составляют 10% в структуре всех онкологических заболеваний, и механически добавили 10% к общей сумме финансирования онкопомощи. То есть объём предусмотренных нацпроектом средств на онкогематологию приблизительный, а насколько именно он приблизительный, трудно даже представить.

В итоге сейчас мы с Центром экспертизы и контроля качества медицинской помощи Минздрава России пытаемся выполнить титаническую работу – рассчитать общие затраты на онкогематологию в ОМС с учётом не только числа больных, но также количества курсов химиотерапии и сопроводительного лечения при каждом заболевании.

– У опухолей крови нет стадий, и всё-таки раннее выявление, наверное, имеет значение? Здесь выразительно смотрим в сторону первичного звена здравоохранения.

– Скажем прямо: знакомство врачей первичного звена с гематологией весьма скромное. Иногда они не обращают внимание даже на самые очевидные вещи. Оценка гематологического статуса человека начинается с общего анализа крови, в то же время кроме участкового терапевта и, пожалуй, кардиолога никто из специалистов не назначает развёрнутый клинический анализ.

Необходимо повышать компетентность врачей общелечебной сети в тематике гематологии, в том числе и онкогематологии. Когда человек жалуется неврологу на боли в спине и полгода принимает обезболивающие, а там на самом деле опухоль системы крови, и время упущено, разве это не трагическая ситуация? Или, когда у пациента лимфоузлы уже видны «простым глазом», а его всё ещё не направили ни к гематологу, ни к онкологу.

Гематологическая служба небольшая, всего 1,5 тыс. специалистов на страну. Без помощи коллег из первичного звена нам в одиночку не справиться с ранней диагностикой онкогематологических заболеваний.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Ориентиры

В павильонах многофункционального выставочного центра «МинводыЭКСПО» на Кавказских Минеральных Водах прошла выставка «Здравоохранение – СКФО 2023». Свою продукцию на ней разместили более 70 участников «от Москвы до самых до окраин». Как пояснил организатор выставки Алексей Рыбкин, «география» была представлена достаточно широко: Северо-Кавказский, Южный, Центральный федеральные округа и далее – до региона Восточной Сибири. Выставочный центр «МинводыЭКСПО» – крупнейшая на Северном Кавказе статусная площадка для проведения мероприятий международного, федерального и регионального уровня самых различных форматов: выставок, конференций, совещаний, форумов и т.п.

По замыслу организаторов, выставка «Здравоохранение – СКФО 2023» – крупномасштабный отраслевой проект, цель которого – содействие реализации национального проекта на региональном уровне в сфере здравоохранения, а также концепции развития здравоохранения в РФ. Основной задачей медицинской выставки стало ознакомление широко круга профессионалов с новейшими технологиями и достижениями в области медицины и фармацевтики. Являясь точкой пересечения интересов специалистов различных медицинских отраслей, выставка предоставила широкие возможности для их прямого общения, обмена опытом в области применения передовых методик диагностики, лечения, профилактики заболеваний, информирования практических работников здравоохранения о состоянии и направлениях развития медицины в России. «Широкий круг профессионалов» медицинского сообщества, о котором упоминалось выше, был представлен главными врачами всех медицинских учреждений Ставропольского края и коллективом Минздрава края.

Министр здравоохранения Ставропольского края **Владимир КОЛЕСНИКОВ** дал интервью «МГ».

– Владимир Николаевич, вполне логично и символично присутствие представителей медицинского сообщества всего Ставрополья на столь масштабной выставке...

– Во-первых, должен сказать о том, что эта неделя вообще богата событиями. Недавно я принял участие в расширенной коллегии Министерства здравоохранения в Москве. Мы подвели итоги 2022 г. и говорили о задачах на текущий год.

Что касается выставки, то вполне логично, что традиционное еженедельное совещание руководителей всех медучреждений края мы решили провести именно здесь. Считаю это очень удачным совмещением: главные врачи имеют возможность ознакомиться с новыми технологиями и новинками медицинского оборудования и препаратов.

Сейчас, когда есть итоги первых 4 месяцев работы, мы актуализировали задачи, которые стоят перед нашими медицинскими организациями. Прежде всего это профилактическая и углублённая диспансеризация пациентов, перенёвших коронавирусную инфекцию.

– Понятно, что здесь коррективы в плановую работу внесла пандемия?

Точка пересечения интересов

«Смычка» медиков с производителями медоборудования и новых технологий состоялась

– В том числе и пандемия. Сегодня перед нами стоит задача – 70% населения обязательно провести через профилактические осмотры, и уверен, что эта задача нам по плечу.

– Можно ли считать, что коллегия федерального Минздрава стала прелюдией к этому собранию медицинского сообщества Ставрополья?

– Абсолютно верно. Мы сверили часы с Минздравом России и теперь доводим эту информацию до наших коллег здесь, в регионе.

– Не секрет, что Ставропольский край – сельскохозяйственный регион и много чего у нас происходит в сельской местности. Насколько эффективно сейчас работают различные программы, нацеленные на сельскую глубинку?

– Программы работают. Вот уже 2 года подряд мы на 100% используем федеральные средства, которые выделяются на стимулирующие выплаты медицинским работникам на селе. Успешно проводим программы модернизации первичного звена и видим, насколько преобразуется облик медицинских организаций. В этом году уже приобретено и установлено 15 быстровозводимых модульных конструкций, пополняются автомобильный транспорт, оборудование. Проводится ремонт в медучреждениях, в этом году таких учреждений запланировано 89, в прошлом году было капитально отремонтировано 119, то есть каждый год обновляется около 100 объектов.

– Имеют ли сегодня жители той самой сельской глубинки, о которой мы сейчас говорим, возможность проходить диспансеризацию на том же уровне, что и жители городов, крупных районных центров?

– Конечно, и для этого у нас есть и необходимое оборудование, и установлен порядок взаимодействия со страховыми компаниями, которые активно приглашают население на диспансеризацию и профилактические осмотры. Здесь предусмотрено несколько этапов. В том случае, если у пациентов на первом этапе проведения диспансеризации выявлены заболевания, которые требуют более расширенного скрининга, то таким пациентам делаются последующие исследования – КТ, УЗИ сердца и т.д.

– Насколько известно, большим спросом пользуются и приобрели огромный авторитет у сельчан выездные медицинские бригады, в состав которых, в том числе, входят и узкие специалисты самых различных направлений.



В. Колесников

– Не могу сказать, что это что-то новое, но в рамках губернаторской программы «За здоровье», которая финансируется из краевого бюджета, передвижные модули посещают самые отдалённые уголки Ставрополья.

– Меры санкционного воздействия каким-то образом сказались на состоянии здравоохранения края в целом?

– Сказались, другого не могло быть. Но они заставили нас принимать другие логистические решения. Даже по нынешней выставке видно, насколько ак-

тивно развивается импортозамещение, как много появилось медицинского оборудования российского производства, которое представляет хорошую альтернативу мировым брендам.

– Основная тема заседания коллегии Минздрава края?

– Всё-таки – диспансеризация. Прежде всего, это обусловлено борьбой с инфекционными заболеваниями. Мы знаем, что и COVID никуда не ушёл, к сожалению, в стране появилась корь... Сейчас основная задача – провести подчищающую иммунизацию пациентов, которые нуждаются в этих прививках.

На закрытом заседании коллегии в числе других рассматривались вопросы: «Об итогах работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, за I квартал 2023 г.», «Отдельные вопросы организации и оказания психиатрической помощи в Ставропольском крае», «Лекарственное обеспечение населения Ставропольского края. Потребность и реальность» и др.

Резюмируя в целом проведение выставки с привлечением широкой медицинской общественности, можно сказать, что «смычка» медиков и производителей медоборудования и новых технологий состоялась.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Фото автора.

Подписка-2023

ВЫГОДНОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ

С 15 апреля по 15 июня 2023 г. при оформлении через редакцию подписки печатной версии профессионального издания «Медицинская газета» на второе полугодие 2023 г. подписчикам будет предоставлен бонус – бесплатный доступ к электронной версии издания, где можно прочитать как текущие номера газеты, так и архивные, начиная с 2006 г.

Подписаться на «МГ» можно через редакцию, направив заявку по электронной почте mg.podpiska@mail.ru или по QR-коду.

Стоимость бумажной и электронной версий составляет 12 500 руб.

По всем вопросам подписки обращаться по телефону:
8 (495) 608-85-44

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«МЕДИЦИНСКАЯ ГАЗЕТА»
ул. Гилеровского, дом 68, стр. 1

Отсканируйте
этот QR-код
для оплаты



(Окончание. Начало на стр. 1.)

Слова благодарности и поздравления в адрес сотрудников госпиталя и университета «Реавиз» направили: губернатор Самарской области Д.И.Азаров, председатель Комитета Госдумы РФ по информационной политике, информационным технологиям и связи А.Хинштейн, председатель Совета ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений, ректор Сеченовского университета, академик РАН П.Глыбочко, заместитель президента РАН академик РАН В.Чехонин, академик-секретарь отделения медицинских наук РАН академик РАН В.Стародубов, председатель совета Ассоциации частных образовательных организаций высшего образования и профессиональных образовательных организаций России член-корреспондент Российской академии образования В.Зернов, президент Российской ассоциации геронтологов и гериатров член-корреспондент РАН О.Ткачёва, главный специалист по медицинской реабилитации Министерства здравоохранения РФ профессор Г.Иванова, ректор СамГМУ, профессор РАН, заслуженный деятель науки РФ А.Колсанов и многие другие.

Ректор медицинского университета «Реавиз», доктор медицинских наук, профессор И.Прохоренко отметила: «Название нашего университета сложено из сокращений трех слов: «реабилитация», «врач» и «здоровье» и проводимая конференция «Лечение и реабилитация ветеранов боевых действий» очень актуальна. Сегодня здесь собрались представители научного сообщества, практического здравоохранения, руководители образовательных и медицинских учреждений.

Символично, что медицинский университет «Реавиз» отмечает

отметить, взаимодействие двух организаторов конференции. Где госпиталь является базой для учебного учреждения, а «Реавиз» – это та концептуальная составляющая, так как именно здесь сосредоточены и наука и образование. Этот симбиоз, слияние потенциалов, наверное, единственно возможный и правильный путь развития в здравоохранении», – уточнил А.Бенян.

Опыт, практика и планы

Реабилитация – очень обширное понятие. Оно применимо ко многим направлениям медицины и зачастую границы между ней и лечением очень размыты. О том, как развивается современная реабилитация, рассказал генеральный директор Федерального научного центра реабилитации инвалидов им. Г.А.Альбрехта член-корреспондент РАН Г.Пономаренко: «Сегодня реабилитация – одна из социальных черт или особенностей современного общества. Во времена пандемии мы понимали, что COVID – опасное заболевание, которое проявляется сначала дыха-



Министр здравоохранения Самарской области А.Бенян и генеральный директор Федерального научного центра реабилитации инвалидов им. Г.А.Альбрехта Г.Пономаренко во время пленарного заседания

большое учреждение с огромным кожным фондом, скорой помощью и реанимацией, где-то – небольшой малопрофильный. Такие мероприятия нам позволяют обмениваться опытом.

...Прозвучала здесь и горячая тема – об участниках СВО. Учитывая, что всё очень быстро меняется, важно было вникнуть в юридические моменты. Нас каждого ждут в своих регионах, чтобы услышать, о чём говорилось в Самаре.

Очень интересен опыт взаимоотношения госпиталя и негосударственного университета, в том числе и с руководством области».

Главный врач госпиталя ветеранов войн в Казани И.Фахрутдинов: «Для меня это первый такой выезд в

Сотрудничество

Консолидация для реабилитации

менная реабилитация, рассказал генеральный директор Федерального научного центра реабилитации инвалидов им. Г.А.Альбрехта член-корреспондент РАН Г.Пономаренко: «Сегодня реабилитация – одна из социальных черт или особенностей современного общества. Во времена пандемии мы понимали, что COVID – опасное заболевание, которое проявляется сначала дыха-

Важно отметить, что реабилитация – это работа, к которой в современных условиях необходимо относиться как к фундаментальной, отдельной медико-социальной проблеме.

«Её не должна поглотить специализированная, высокотехнологичная, неотложная помощь. Очень часто приходится слышать мнение, что реабилитация начинается в машине скорой помощи, когда больного привели в чувства. Это не так. Реабилитация – апелляция к разуму человека. Мы должны восстановить функцию, и без личного участия человека, без участия коры головного мозга, без участия процессов адаптации это невозможно», – пояснил Г.Пономаренко.

На конференции представители госпиталей для ветеранов войн, которых в РФ 64, делились наработками, рассказывали о своём опыте.

Начальник Санкт-Петербургского госпиталя для ветеранов войн, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ М.Кабанов рассказал: «В своей работе мы делаем акцент на пациентах пожилого возраста. Это участники и инвалиды Великой Отечественной войны, жители блокадного Ленинграда, ветераны боевых действий, ликвидаторы чернобыльской аварии и участники службы в подразделениях особого риска. Наш и все подобные госпитали хороши тем, что подходят к решению вопроса лечения и реабилитации комплексно. Пожилым пациентам не должно теряться в социуме.

Например, если мы берём проблему перелома бедренной кости, стоит задача быстрее сделать операцию. Мы её выполняем многопрофильной бригадой, в которую входят травматологи, реаниматологи, кардиологи, безусловно, гериатр, в специализированном высокотехнологичном отделении. Далее переводим его на реабилитационную койку второго этапа. Таким пациентам проводится роботизированная реабилитация в дополнение к ЛФК и физиотерапии. Мультипрофильная бригада учит пожилого человека ходить, социализируя его и возвращая в социум. Самая старшая наша пациентка – 106 лет. Она вернулась домой с тросточкой, обрадовав членов семьи».

Поделиться своими впечатлениями о конференции и общении с коллегами мы попросили заведующую отделением неврологической реабилитации Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн (Уфа) Г.Булякову: «Такие конференции очень важны в работе практикующих врачей. Сегодня было несколько докладов по ре-

билитации военнослужащих, в том числе тех, кто сейчас вернулся со специальной военной операции. Госпитали делились опытом своей работы с ними, лечения, дальнейшего ведения этих пациентов, социальной реабилитации. В нашем докладе «Реабилитация военнослужащих в госпитале ветеранов войн города Уфы» представлены особенности ведения таких пациентов, диагнозов, методов лечения. Обычный пациент и прошедший горячую точку – это два человека с определёнными диагнозами, но в психологическом состоянии у тех, кто принимал участие в боевых действиях, есть нарушения. Человек уходит на войну один, а возвращается совсем другой, пережив потерю боевых товарищей, стрессы, неизвестность, страх за своё будущее. Наша задача, помимо основного лечения, помочь ему скинуть этот груз и вернуться к обычной жизни».

Главный врач Нижегородского областного неврологического госпиталя ветеранов войн О.Евстафьев отметил: «Эти конференции очень важны, они дают возможность главным врачам из разных городов России встретиться и обсудить насущные вопросы. Один госпиталь не похож на другой. Где-то это

качестве главного врача. Всегда хотелось погрузиться в эту атмосферу союза госпиталей, увидеть своих коллег, услышать, как непосредственно у них организовано то, чем мы все занимаемся. Практически во всех субъектах есть госпитали, которые оказывают медицинскую помощь льготной категории граждан, и, соответственно, обмен опытом необходим. Действительно есть какие-то технологии, новшества, а встречи помогают погрузиться в тематику учреждений, где что-то лучше, где-то что-то новое.

Мы знакомимся, общаемся, делимся опытом, видим, как устроена структура у наших коллег. Это даёт возможность двигаться в правильном направлении.

Мы благодарны руководству Самарской области, Самарскому госпиталю ветеранов войн, «Реавизу» за радушный приём».

Руководитель Пермского клинического краевого госпиталя ветеранов войн А.Репников: «Госпитали ветеранов войн – это особые учреждения, занимающиеся реабилитацией особых пациентов. Встречаясь друг с другом, в том числе на такой конференции в Самаре, мы делимся опытом и черпаем знания у других. У нас зачастую общие проблемы, но они



Заседание секции «Вопросы интенсивной терапии и хирургического лечения пострадавших в боевых действиях» проводят заведующий кафедрой хирургических болезней Медицинского университета «Реавиз» С.Соляров (слева) и заместитель главного врача по анестезиологии-реаниматологии НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского А.Шабанов

30 лет, и один из самых надёжных наших партнёров Самарский областной клинический госпиталь ветеранов войн – 80. У нас сложились определённые традиции и совместная конференция – одна из них. Мы благодарны всем, кто смог к нам приехать».

Важность проведения таких мероприятий отмечали все гости. По словам министра здравоохранения Самарской области А.Беняна, конференции, конгрессы, симпозиумы в здравоохранении – это самый объективный путь доведения, анализа информации и оценки возможности внедрения.

«Задача как раз и заключается в том, чтобы иметь возможность такого информационного поля. Ну и, конечно же, пережив определённый период онлайн-общения и вернувшись к живому общению, в очередной раз стало понятно, как важно собираться, поздравлять друг друга с новыми достижениями и поддерживать новые проекты. Редко какое-то начинание ограничивается только территорией одного учреждения или даже одной области. Все они тиражируются на всю нашу страну. Особо стоит

тельными нарушениями, а сейчас мы уже говорим и о когнитивных расстройствах. Президентом нашей страны была поставлена задача реализации программы медицинской реабилитации для населения. Мы убедились, что технологии важны, но в основе всегда стоят люди. И вот эти объёмы, с которыми мы сегодня столкнулись, показали, что система подготовки не полностью отвечает потребностям. Поэтому произошли очень большие сдвиги – появилась новая специальность «врач физической и реабилитационной медицины», но система подготовки и структура подготовки не до конца выстроены до сих пор. Здесь будет важен симбиоз науки и образования».

По его мнению, взаимодействие университета «Реавиз» и госпиталя ветеранов – хороший пример создания регионального научно-образовательного центра. Причём это частное и государственное партнёрство. Сегодня происходит симбиоз социальных, медицинских и образовательных программ. Это и есть реабилитационный треугольник – медицина, общество, обучение.



От имени председателя Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России академика РАН П.Глыбочко поздравляет «Реавиз» с юбилеем ректор СамГМУ, профессор РАН А.Колсанов (слева). Почётный ректор Медицинского университета «Реавиз» профессор Н.Лысов (справа)

по-разному решаются. И лучшее, что нарабатывается, можно взять на вооружение во время таких встреч. Для меня это бесценная командировка. В общении с коллегами я понимаю, где и что ещё можно улучшить, привнести в свою работу.

Руководителей госпиталей ветеранов войн в Самаре ждало ещё одно важное мероприятие. На базе «Реавиза» состоялось заседание совета этих лечебных учреждений.

Союзом проводится большая работа. Каждый год ставятся новые задачи, выполнение которых связано с концентрацией сил, возможностей, знаний и опыта.

Руководитель Союза госпиталей ветеранов войн, главный врач Новосибирского областного госпиталя № 2 ветеранов войн, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Л.Канунникова рассказала об основных направлениях деятельности: «Наша некоммерческая организация была создана в 2018 г. после реорганизации Российской ассоциации госпиталей для ветеранов войн, созданной профессором О.Яковлевым. На сегодняшний день у нас 58 госпиталей-участников. То есть практически все состоят в союзе. Наши медицинские учреждения – это современные центры реабилитации. После событий в Демократической Республике Афганистан и на Северном Кавказе мы развивали медико-психологическую реабилитацию для ветеранов боевых действий. В 2016 г. в тесном контакте с НИИ геронтологии и гериатрии развиваем медицинскую помощь по профилю «гериатрия». Хорошая укомплектованность кадрами и опыт сотрудников позволили практически все госпитали перепрофилировать в инфекционные в период пандемии.

В настоящее время Президентом и Правительством Российской Федерации поставлена серьёзная задача – мы должны стать главными медицинскими организациями в реабилитации участников СВО и членов семей погибших воинов. В связи с этим половина госпиталей уже включена в федеральную программу «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация».

Л.Канунникова отметила, что остро стоит вопрос типового положения о госпиталях ветеранов войн. Правление союза совместно с Минздравом России, НИИ геронтологии и гериатрии в лице О.Ткачёвой проработали проект приказа. Сейчас он находится на рассмотрении в Министерстве здравоохранения РФ. «Очень ждём, когда выйдет новый документ. Чтобы мы понимали, как строить свою работу в унисон новым требованиям и нормативно-правовым актам. Наша главная задача – это качественная доступная своевременная медицинская помощь ветеранам и новому контингенту наших пациентов в центре медицинской реабилитации».

80 лет – серьёзная дата. Самарский госпиталь для ветеранов войн стал одним из первых в нашей стране такой направленности. Профессиональный коллектив с большим опытом работы позволяет ему удерживать лидирующие позиции. И к мнению специалистов учреждения прислушиваются многие.

Хотелось бы сделать небольшое отступление. Госпиталь с недавних пор носит имя профессора заслуженного врача РФ Олега Григорьевича Яковлева. И это не случайно. Сын инвалида Великой Отечественной войны и брат участника боевых действий в Афганистане, он всегда с особым трепетом относился к ветеранам. С 1989 г. в течение 27 лет Олег Григорьевич возглавлял учреждение. При его руководстве госпиталь был дважды удостоен первого места в конкурсе среди госпиталей России. Он впервые организовал новую форму партнёрства для помощи ветеранам госпиталя – попечительский совет под руководством губернатора области. При активном его участии учреждены Всероссийская общественная организация госпиталей ветеранов войн и Российская ассоциация



Открытие памятника почётному начальнику Самарского областного клинического госпиталя для ветеранов войн, профессору О.Яковлеву

геронтологов и гериатров. На средства членов попечительского совета госпиталя в память об Олеге Григорьевиче перед центральным входом установлен его бюст.

Главные достижения 80-летней истории отметил начальник Самарского областного клинического госпиталя для ветеранов войн им. О.Г.Яковлева заслуженный работник здравоохранения А.Каширин: «Анализируя пройденный этап, мы отметили наше самое важное достижение – это высокая степень удовлетворённости пациентов-ветеранов, которые прошли через госпитальное отделение. Причём не только потому, что мы используем высокие технологии, современные клинические рекомендации, работаем по правилам и порядку, которые сегодня прописаны приказами, а в первую очередь благодаря коллективу, который стал преемником предыдущих наших медицинских работников. В основе всегда лежит особый подход к нашим пациентам – милосердие, доброта, забота и уход.

Вот такие традиции вдохновляют и говорят о том, что коллектив на правильном пути. Я уверен, что нам по плечу решать любые задачи для того, чтобы удовлетворить пациентов».

Он также отметил, что сотрудничество с Медицинским университетом «Реавиз» переоценить сложно. Не один десяток лет они помогают друг другу. Госпиталь является клинической базой для университета, а университет помогает с подготовкой специалистов и кадров в системе непрерывного образования. Нельзя забывать и о совместной научной деятельности.

«Образование через всю жизнь должно быть главным постулатом для медицинских работников, и постоянное взаимодействие с университетом для нас необходимо», – подытожил А.Каширин.

Вернёмся к вопросам медицинской реабилитации пострадавших в боевых действиях. И начнём с мнения главного специалиста Министерства здравоохранения Самарской области по медицинской реабилитации кандидата медицинских наук А.Шишкиной. Она рассказала, что такое шкала реабилитации и почему пациенты путают реабилитацию и санаторно-курортное лечение.

«Что такое реабилитация? Чем она отличается от лечения? Реабилитация – это поиск того, что осталось, сохранилось, и как это приспособить к дальнейшей жизни. У кого-то это полное восстановление функций, у кого-то это компенсация.

Шкала определяет этап медицинской реабилитации. Нам нужно понять и определить, в чём нуждается пациент.

Реабилитация – работа мультидисциплинарной команды, где один из главных участников – это сам пациент. Если он не хочет, то заставить его восстановиться невозможно. Для этого в команде обязательно должен быть психолог».

Начальник 426-го военного госпиталя М.Игнатов, в свою очередь, подчеркнул важность конференции и обсуждаемой темы: «Сейчас мы

сталкиваемся с определённым потоком раненых и больных, которые приходят из зоны СВО. Эта конференция одна из первых, посвящённая данной тематике. Я думаю, она будет очень полезна для того, чтобы обменяться мнениями с нашими коллегами из гражданского здравоохранения. Мы тоже представили свои определённые данные, разработки, поделились результатами по лечению раненых больных.

Конечно, взаимодействие госпиталя и университета очень нужное дело. Университет учит людей, лечебное учреждение – лечит. Это взаимодействие теории и практики, которое необходимо.

И ещё скажу, что я благодарен университету «Реавиз», выпускником которого являюсь».

С интересным и важным докладом на конференции выступил

шёл процедуру государственной аккредитации и очень долго оставался единственным негосударственным медицинским вузом в России.

В 2009 г. ректором университета стал лауреат губернской премии в области науки и техники, доктор медицинских наук, профессор Н.Лысов. Под его руководством у «Реавиза» появились три филиала – в Санкт-Петербурге, Москве и Саратове, собственная многопрофильная клиника, академия стоматологии, фармацевтическая служба. Был дан старт материально-технической базе среднего профессионального образования.

На сегодняшний день «Реавиз» представляет собой многоуровневую ступенчатую структуру образования от додипломной подготовки к поступлению в вуз, далее обучение и последипломная подготовка и, наконец, повышение квалификации лиц с высшим и средним медицинским образованием.

Количество студентов на сегодняшний день – 5 тыс. обучающихся. Они занимаются по программам специалитета и бакалавриата. Кроме того, порядка 800 человек осваивают программы ординатуры и аспирантуры. Около 7 тыс. слушателей в год проходят дополнительное профессиональное образование.

Проректор по непрерывному образованию медицинского университета «Реавиз», кандидат медицинских наук, доцент Т.Моисеева отметила: «В медицинском университете «Реавиз» проходит подготовка по 22 специальностям ординатуры. Если говорить о профессиональном образовании, о продолжении обучения врачей, то «Реавиз» этим занимается с момента своего основания. Для практиче-

Но самое главное – это студенты. Они на практике занимают прекрасные позиции – и линейными врачами и специалистами в центрах крупных городов. Все отзываются очень положительно. Мы не краснеем за своих студентов», – уточнил М.Громов.

Попечительство

Попечительский совет в Самарском госпитале для ветеранов войн под председательством высшего должностного лица региона – пилотный проект для всей страны. Государственно-частное партнёрство в таком виде стало прогрессивным и важным решением. В совет вошли известные и уважаемые жители области, в частности, руководители промышленных предприятий, ректоры вузов, чиновники, сотрудники вооружённых сил и правоохранительных органов, представители культуры.

Такая консолидация позволила с первых дней начать активную работу. Ежегодно попечительский совет помогает госпиталю с приобретением всего необходимого. Инвестиции позволяют развиваться лечебному учреждению, внедрять новые, современные и высокотехнологичные методы. Кроме того, в совете порой рождаются уникальные проекты. Например, появился научно-исследовательский институт «Международный центр по проблемам пожилых».

Председатель Общественной палаты области, член попечительского совета госпиталя, академик РАН Виктор Сойфер на открытии бюста О.Яковлеву сказал: «Госпиталь и Куйбышевский авиационный институт, в котором я учился и работаю, связаны очень много лет. С 1943 г. с момента организации, наш, тогда ещё авиационный институт, практи-



Вице-президент Союза госпиталей для ветеранов войн, начальник Санкт-Петербургского госпиталя, профессор М.Кабанов (в центре) среди коллег по союзу после открытого заседания в рамках конференции

и заместитель главного врача по анестезиологии-реаниматологии НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, доктор медицинских наук, профессор А.Шабанов. Он поделился опытом оказания помощи пациентам с тяжёлой сочетанной травмой.

Азы профессии

Сколько бы мы ни говорили о профессиональных кадрах, высокотехнологичном оборудовании, научных открытиях, новых методах лечения и реабилитации, всё начинается со студенческой скамьи. Именно здесь будущие специалисты получают первые азы профессии. Безусловно, в этой работе «Реавиз» занимает ведущие позиции.

Ежегодно вуз выпускает более 400 профессионалов. За 30 лет дипломы врачей и провизоров получили около 9 тыс. выпускников.

В международном рейтинге «Три миссии университета» «Реавиз» занял почётное первое место среди всех негосударственных высших учебных заведений России и 15-е место среди вузов, реализующих медицинские направленности.

С 1993 г., когда был образован университет и получена лицензия, темпы развития стремительно росли. Появились кафедры терапии, хирургии, гинекологии, стоматологии. В 2000 г. «Реавиз» впервые про-

сего здравоохранения Самарской области, Российской Федерации за этот период было выпущено более 5,5 тыс. интернов-ординаторов. Мы реализуем разные программы переподготовки, повышения квалификации различной продолжительности, более 350 из них аккредитованы в системе непрерывного медицинского образования.

Безусловно, событием для вуза стало утверждение Минздравом России на базе медицинского университета «Реавиз» площадки для проведения аккредитации специалистов. Вначале это была первичная аккредитация, а потом и первичная специализированная».

По словам руководителя Саратовского медицинского университета «Реавиз» профессора М.Громова, юбилей университета – это показатель прочности и правильности пути.

«Учебное заведение как самостоятельная научная и учебная организация появилось в один из самых трудных периодов страны – в 1993 г. Это была законодательная вакансия. В этот тяжёлый период в медицинском вузе созрело решение сохранить костяк преподавателей с помощью создания частного вуза. Во многих регионах поступали также, но именно в Самаре это сохранилось и развилось. Сегодняшний юбилей – это не просто слова, а кропотливый и тяжёлый труд всего коллектива университета.

чески стал попечителем госпиталя. У нас были мастерские, и мы помогли госпиталю чем могли. Эти отношения сохранялись на протяжении многих лет. Олег Григорьевич пришёл в сложные 90-е годы. Самым важным шагом было строительство нового корпуса. Сейчас мы понимаем, насколько это было необходимо. Но не обошлось без трудностей. Тогда и появился попечительский совет».

В настоящее время попечители продолжают оказывать поддержку госпиталю. Это позволяет развиваться благородному делу – реабилитации ветеранов войн, несмотря ни на какие трудности.

В Самаре консолидация всех сил вокруг такой важной области, как медицина, – это положительный пример не только для конкретного региона, но и для нашей страны в целом. Наука, образование, практическая медицина, бизнес и власть под непосредственным руководством губернатора области Д.Азарова сплотились, чтобы выполнить важную миссию – обеспечить доступную, качественную и высокотехнологичную медицинскую помощь для населения.



Сергей
БУДАЧЕНКОВ,
спец. корр. «МГ».
Самара – Москва.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 20 (2380)

(Окончание. Начало в № 21 от 31.05.2023.)

Лечение

Принимая во внимание тот факт, что недержание мочи в большинстве случаев не представляет собой угрозу жизни, в клинической практике принято начинать лечение с нехирургических методов лечения, поскольку они имеют менее значимые побочные эффекты. У пациентов пожилого и старческого возраста, у которых вследствие сопутствующих заболеваний имеются высокий риск оперативных вмешательств или противопоказания для медикаментозного и других видов консервативного лечения, важную роль в поддержании личной гигиены играют специальные средства для сбора мочи.

Консервативные методы лечения. Лечение сопутствующих заболеваний

Рекомендуется пациентам с НМ лечение сопутствующих заболеваний для уменьшения выраженности симптомов нарушенного мочеиспускания.

В клинической практике в отношении НМ принято вначале использовать нехирургические методы лечения, поскольку они обычно несут наименьший вред. Коррекция сопутствующих заболеваний, вероятно, позволяет уменьшить выраженность симптомов нарушенного мочеиспускания. Однако часто это трудно оценить, поскольку пациенты могут страдать более чем одним заболеванием. Кроме того, вмешательства могут быть комбинированными или индивидуализированными, что не даёт возможности определить, как изменение сопутствующей патологии влияет на НМ.

Рекомендуется тщательно собирать лекарственный анамнез у всех пациентов с недержанием мочи с целью выявления препаратов, которые вызвали или усилили недержание мочи.

Несмотря на то что недержание мочи описано как побочный эффект многих лекарственных препаратов, эта информация получена преимущественно из неконтролируемых отчётов пациентов и постмаркетинговых наблюдений. У пациентов, особенно пожилого возраста, иногда трудно или невозможно дифференцировать влияние препаратов, сопутствующих заболеваний или старения на недержание мочи.

Абсорбирующие средства, мочеприёмники и другие вспомогательные устройства

Рекомендуется использование абсорбирующих средств для задерживания выделенной мочи пациентам, у которых лечение недержания мочи невозможно или же связано с высокими рисками, а также зажимов для пениса при недержании мочи у мужчин в аналогичных ситуациях для улучшения контроля стрессового НМ.

Рекомендуется убедить, что пациенты с недержанием мочи и/или ухаживающие за ними лица информированы о доступных методах лечения, прежде чем предлагать устройства для сбора мочи.

В тех случаях, когда потенциально курабельные методы лечения невозможны или оказались неэффективны, важное значение для улучшения качества жизни и профилактики воспалительных изменений кожных покровов приобретают различные способы сбора мочи. Пациенты пожилого возраста нередко отдают предпочтение устройствам по сбору мочи, а не активному лечению, ввиду связанных с ним рисков. Эти устройства включают абсорбирующие прокладки, мочевые катетеры для постоянной и периодической катетеризации мочевого пузыря, внешние устройства для сбора мочи (уропрезерватив), компрессионные устройства полового члена для мужчин и интравагинальные устройства для женщин (пессарии, интрауретральные obturatory, устройства для поднятия передней стенки влагалища и др.). Использование вышеперечисленных устройств особенно актуально для пожилых пациентов, нуждающихся в уходе и с ограниченными возможностями. Зачастую у таких пациентов они являются единственно возможным способом остаться сухим.

В целом известно, что абсорбирующие средства эффективны в задерживании выделенной мочи; а пенильные зажимы эффективны в контроле над стрессовым НМ у мужчин.

Модификация образа жизни

Факторы образа жизни, которые могут влиять на развитие недержания мочи, включают ожирение, курение, уровень физической активности и диету. Модификация этих факторов может уменьшать выраженность недержания мочи. Некоторые напитки содержат кофеин, особенно чай, кофе и кола.

Пациентам, страдающим ургентными позывами к мочеиспусканию и НМ, рекомендуется снизить приём кофеин-содержащих напитков для снижения интенсивности ургентных позывов.

Недержание мочи

Снижение приёма кофеина в качестве дополнения к поведенческой терапии снижает ургентность, но не влияет на СНМ. Немногочисленные данные об усилении симптомов нарушенного мочеиспускания при избыточном потреблении кофеина привлекли внимание к тому, может ли ограничение его приёма уменьшать выраженность недержания мочи. Необходимо помнить, что ограничение питьевого режима для пациентов пожилого и старческого возраста может быть опасным.

Рекомендуется начинать лечение всех пациенток с НМ с консервативной поведенческой терапии, а лечение стрессового недержания мочи – тренировки мышц тазового дна для повышения интервала между мочеиспусканиями.

Рекомендации

Поведенческая терапия (тренировка мочевого пузыря) заключается в соблюдении пациентом заранее установленного и согласованного с врачом плана мочеиспусканий, т.е. пациент должен мочиться через определённые промежутки времени. Программа тренировки мочевого пузыря направлена на прогрессивное повышение интервала между мочеиспусканиями. Упражнения для тазовых мышц с применением метода биологической обратной связи. Основа клинического использования упражнений для тазовых мышц у пациентов с ГАМП и уретрально-детрузорного рефлексов (рефлекторное торможение сократительной активности детрузора при произвольных сокращениях наружных анального и уретрального сфинктеров).

Рекомендуется выполнять 30-50 сокращений в день длительностью от 1 до 15-20 с. Задача метода биологической обратной связи – приобретение пациентом умения сокращать специфические мышечные группы под самостоятельным контролем.

Медикаментозная терапия. Лекарственные препараты для лечения ургентного недержания мочи

В настоящее время основными препаратами для лечения ургентного НМ считаются блокаторы мускариновых холинергических рецепторов (М-холиноблокаторы) и агонисты бета-3-адренорецепторов (бета-3-адреномиметики). М-холиноблокаторы различаются по фармакологическому профилю, например, афинности к мускариновому рецептору и режиму действия, по фармакокинетическим свойствам, например, растворимости в липидах и периоду полувыведения, а также по форме дозирования.

Оценку устранения или уменьшения выраженности ургентного НМ затрудняет отсутствие стандартизированных критериев «уменьшения» и использование в качестве основного критерия эффективности иных

показателей, чем полное устранение. В систематических обзорах показан небольшой общий эффект от лечения, хотя он превосходит плацебо. Самым частым побочным эффектом считается сухость во рту, но иногда встречаются запоры, нечёткое зрение, усталость и когнитивные расстройства.

Рекомендовано предлагать М-холиноблокаторы или бета-3-агонист взрослым пациентам с ургентным недержанием мочи при неэффективности консервативной терапии. Закрытоугольная форма глаукомы является абсолютным противопоказанием для назначения холинолитиков. Это обстоятельство нередко требует консультации офтальмолога перед назначением лечения.

При непереносимости М-холиноблокаторов быстрого высвобождения у взрослых пациентов с УНМ рекомендуются лекарственные формы с замедленным высвобождением.

Следует проводить раннюю оценку эффективности и побочных эффектов у пациентов, принимающих М-холиноблокаторы для лечения УНМ. При неэффективности М-холиноблокаторов можно увеличить дозу или предложить альтернативные варианты лечения.

В Российской Федерации используются следующие препараты группы М-холиноблокаторов:

Оксибутинин, в дозе от 2,5 до 5 мг 3-4 раза в день (максимальная дозировка 20 мг/сут). Оксибутинин разрешён для применения у детей, страдающих НМ. Препарат применяется с осторожностью у пациентов, страдающих когнитивными расстройствами.

Толтеродин, в дозе 2 или 4 мг в сутки. Имеет большее сродство к М-холинорецепторам мочевого пузыря, чем к подобным рецепторам слюнных желез.

Фезотеродин, в дозе 4 или 8 мг в сутки, селективный препарат, который в организме метаболизируется в активный толтеродин. Возможно его применение у пожилых пациентов с риском деменции.

Тропия хлорид, в дозе от 15 до 60 мг в сутки. Возможно его применение у пожилых пациентов с риском деменции. Разрешён к применению у пациентов с нейрогенными расстройствами мочеиспускания.

Солифенацин, в дозе 5 или 10 мг в сутки. Является селективным холинолитиком. Применяется один раз в день. Возможно применение солифенацина у пожилых пациентов.

Согласно большинству клинических исследований М-холиноблокаторов, приведённых выше, оценка эффективности и безопасности холинолитиков проводится через 4 недели от начала приёма препаратов.

Рекомендуется увеличение дозы назначенного препарата, назначение другого препарата из группы М-холиноблокаторов или агонистов бета-3-адренорецепторов мирабегрона пациентам, у которых начальное медикаментозное лечение оказалось неэффективным через 4 недели от начала приёма или вызвало побочные эффекты.

Если лечение взрослых пациентов с ургентным НМ М-холиноблокаторами короткого действия оказалось неэффективным, рекомендуется перейти на препараты более длительного действия или препараты другой группы (агонисты бета-3-адренорецепторов).

Возможно также сочетание препаратов длительного действия (базовая терапия) и короткого действия (ситуационное применение). В отношении солифенацина: у пациентов с более выраженной симптоматикой при наличии ургентного недержания мочи можно рекомендовать стартовую дозировку 10 мг, минуя 5 мг.

Рекомендуется для купирования явлений НМ назначать агонист бета-3-адренорецепторов мирабегрон пациентам с ургентным НМ как в качестве первичного метода лечения, так и при недостаточной эффективности М-холиноблокаторов, и при отсутствии неконтролируемой артериальной гипертензии. Если терапия М-холиноблокатором неэффективна, рассмотрите возможность повышения дозировки или переключения на альтернативу – агонистом бета-3-адренорецепторов (ми-

рабегрон) или комбинацию (агонист бета-3-адренорецепторов + М-холиноблокатор).

Лекарственные препараты для лечения стрессового недержания мочи

Рекомендуется назначение дулоксетина в дозе 40 мг 2 раза в сутки пациентам со стрессовым НМ для уменьшения выраженности СНМ.

Дулоксетин ингибирует на пресинаптическом уровне обратный захват нейротрансмиттеров, серотонина (5-НТ) и норадреналина. Увеличение концентрации 5-НТ и норадреналина в синаптической щели в крестцовом отделе спинного мозга повышает стимуляцию рецепторов срамных двигательных нейронов, которые, в свою очередь, повышают тонус в покое и силу сокращения поперечнополосатого сфинктера уретры. Дулоксетин вызывает серьёзные побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта и ЦНС, что приводит к высокой частоте отказа от приёма, хотя эти симптомы наблюдаются только в течение первых недель приёма. Эффективность дулоксетина в лечении стрессового или смешанного НМ у женщин оценивали в систематическом обзоре. Результаты по-

казали уменьшение выраженности НМ по сравнению с плацебо без чёткого различия между стрессовым и смешанным типом. В исследованиях показано более раннее восстановление удержания мочи у мужчин, получавших дулоксетин в виде монотерапии (смотри раздел медикаментозной терапии) или в комбинации с тренировкой мышц тазового дна при стрессовом недержании мочи после хирургического лечения.

Рекомендуется для уменьшения выраженности НМ проводить пациенткам постменопаузального возраста с НМ вагинальную терапию эстриолом (в виде лекарственных форм для местного применения), при наличии симптомов вульвовагинальной атрофии.

В недавно проведённом систематическом обзоре базы данных Кохрана проанализировали местную терапию эстрогенами у женщин постменопаузального возраста. Согласно этим данным, вагинальная терапия эстрогенами на короткий период времени уменьшает выраженность НМ у женщин постменопаузального возраста. Неoadъювантная или адъювантная местная эстрогенная терапия не повышает эффективность хирургического лечения НМ. М-холиноблокаторы в комбинации с локальными эстрогенами являются терапией первой линии у женщин в климактерии с УНМ и/или с симптомами ГАМП.

Вагинальная терапия эстриолом должна проводиться длительное время. При наличии в анамнезе рака молочной железы необходима консультация онколога. При развитии или усилении недержания мочи у женщин, принимающих пероральные конъюгированные лошадиные эстрогены в качестве гормон-заместительной терапии, необходимо обсудить альтернативные виды лечения.

Синтетические аналоги вазопрессина. Десмопрессин представляет собой синтетический аналог вазопрессина (также известного как антидиуретический гормон). Его можно принимать перорально, интраназально или в инъекционной форме. Десмопрессин чаще всего используется для лечения несахарного диабета и ночного энуреза (при приёме на ночь). Лишь в нескольких исследованиях оценивали эффективность десмопрессина в лечении недержания мочи. К настоящему времени отсутствуют данные о влиянии десмопрессина на НМ в ночное время, хотя он уменьшает выраженность ночной полиурии, особенно у детей. В настоящее время отсутствуют данные по показателям полного устранения недержания мочи и сравнительные данные с другими нелекарственными методами лечения.

Рекомендуется применение десмопрессина для лечения первичного ночного энуреза у взрослых пациентов с НМ.

Препарат применяется также для лечения nocturia, связанной с ночной полиурией. При применении препарата в этих случаях необходимо определять концентрацию натрия в плазме крови до начала приёма

препарата, через 3 дня после начала приёма и при каждом увеличении дозы, так как десмопрессин может вызывать гипонатриемию.

Хирургические методы лечения

Согласно международным рекомендациям, рабочая группа считает, что хирурги и центры, в которых проводится хирургическое лечение данной категории пациентов, должны:

- иметь достаточный опыт выполнения каждой операции
- выполнять достаточное число операций для поддержания опыта хирурга
- проходить обучение у специалиста, обладающего должной квалификацией
- при необходимости предлагать альтернативные методы хирургического лечения
- при необходимости заниматься осложнениями хирургического лечения.

В настоящее время принято различать несколько групп пациентов с НМ:

Пациенты с неосложнённым стрессовым НМ

В эту группу входят женщины, которые не планируют беременность и у которых отсутствуют в анамнезе ранее проведённое хирургическое лечение по поводу недержания мочи, нейрогенная дисфункция нижних мочевыводящих путей и симптоматический ПТО.

Пациенты с осложнённым стрессовым НМ

К этой категории относятся мужчины и женщины с нейрогенной дисфункцией тазовых органов; женщины с сопутствующим ПТО; женщины, которые планируют беременность после операции, мужчины со стрессовым НМ, преимущественно после радикальной простатэктомии, мужчины и женщины с ургентным НМ и резистентной к медикаментозной терапии гиперактивностью детрузора.

Пациенты с неосложнённым стрессовым НМ

Основным методом лечения недержания мочи у женщин являются субуретральные синтетические слинги. В исследованиях показано, что слинги должны быть сделаны из плетёного монофиламентного нерассасывающегося материала, с относительно большим размером пор. Субъективные показатели устранения стрессового недержания мочи через 5 лет после установки позадилоновых синтетических слингов сопоставимы с кольпосуспенсицией. Эффективность синтетических слингов, установленных трансобтураторным или позадилоновым доступом, через 12 месяцев наблюдения эквивалентна. В настоящее время субуретральные синтетические слинги представляют собой наиболее частый метод хирургического лечения стрессового недержания мочи у женщин в Европе с сопоставимой эффективностью для трансобтураторного и позадилонового доступов (77 и 85% соответственно).

К настоящему времени не проводилось рандомизированных исследований, в которых бы оценивали установку так называемых регулируемых слингов у женщин со СНМ. В когортных исследованиях получены ограниченные данные по установке регулируемых слингов с различными критериями отбора и эффективности. Позадилоновый доступ установки слингов связан с более высоким риском перфорации мочевого пузыря и появления симптомов нарушенного мочеиспускания, чем трансобтураторный доступ. Трансобтураторный доступ установки связан с более высоким риском хронической боли в паху, эрозии сводов влагалища и пролабирувания слинга через 12 месяцев, чем позадилоновый доступ. Направление установки слинга от кожи к влагалищу при позадилоновом и трансобтураторном доступе связано с более высоким риском появления симптомов нарушенного мочеиспускания в послеоперационном периоде.

Рекомендуется с целью повышения эффективности лечения использовать субуретральные синтетические слинги у пациенток, страдающих неосложнённым СНМ.

Хирургическое лечение НМ эффективно у женщин пожилого возраста. Однако с возрастом повышается риск неэффективности хирургического лечения стрессового недержания мочи или развития осложнений. Отсутствуют данные о превосходстве по эффективности или безопасности какого-либо метода хирургического лечения над другими у пожилых женщин.

Не рекомендуются инъекции объёмобразующих парауретральных веществ пациенткам в связи с отсутствием стойкого влияния на стрессовое недержание мочи.

В качестве альтернативного хирургического метода для лечения стрессового

недержания мочи у женщин рекомендуется выполнение кольпосуспенсиции (операции Берча) или операции с применением аутологичного фасциального слинга.

Операция Берча и операции с применением аутологичных субуретральных слингов вызывают больше обструктивных расстройств мочеиспускания по сравнению с субуретральными синтетическими слингами.

Пациенты с осложнённым недержанием мочи

Рецидивное НМ. С целью лечения рецидивного недержания мочи пациентам, которым ранее проводились хирургические вмешательства по поводу стрессового недержания мочи, не принёсшие эффекта, рекомендуется использование позадилонового доступа при выполнении повторной операции.

Пролапс тазовых органов и НМ. Получены противоречивые данные по отдалённому преимуществу комбинированного лечения ПТО и стрессового недержания мочи над коррекцией только пролапса. В то же время комбинированное хирургическое лечение пролапса и стрессового недержания мочи связано с более высоким риском осложнений.

У женщин с ПТО без НМ после операции может развиться недержание. Одновременное выполнение антиинконтинентной операции снижает риск послеоперационного недержания мочи, но повышает риск осложнений.

Рекомендуется проводить пациенткам одновременную коррекцию ПТО и стрессового недержания мочи при наличии и тех и других симптомов для повышения эффективности лечения, однако следует предупреждать о более высоком риске осложнений при комбинированном лечении по сравнению с поочередной коррекцией.

Пациентам, страдающим ПТО, но не предъявляющим жалобы на НМ, не рекомендуется выполнение профилактических операций для устранения возможного НМ при коррекции ПТО.

Следует информировать пациентов об отсутствии убедительных данных о преимуществе профилактической антистрессовой операции, а также о том, что более высокий риск осложнений комбинированного лечения по сравнению только с коррекцией пролапса может перевешивать возможные преимущества антистрессовой операции.

Осложнения хирургического лечения недержания мочи

Осложнения малоинвазивных операций можно разделить на несколько подгрупп: интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения, а также поздние послеоперационные осложнения.

Интраоперационные осложнения и осложнения в ближайшем послеоперационном периоде (до 24 ч) относятся к ранним:

- кровотечение – 0,9-1,9%
- гематома – 1,7-1,9%
- перфорация мочевого пузыря – 4,9-11,0%
- эрозии влагалища – 0,4-0,9%
- затруднённое мочеиспускание – 4,9%
- повреждение запирающего нерва – 0,9%

Осложнения, возникшие спустя сутки после операции, называются поздними:

- вновь (de novo) возникший ургентный синдром – 15%
- постоянное ощущение дискомфорта в надлобковой области – 7,5%
- дискомфорт при половой жизни – 20%.

Рекомендуется до операции информировать пациента о рисках развития интраоперационных и послеоперационных осложнений хирургического лечения НМ.

Информация о возможных осложнениях должна быть включена в предоперационное информированное согласие для пациентов.

Недержание мочи у мужчин. Наряду с наружными компрессионными устройствами и объёмобразующими веществами для лечения НМ после радикальной простатэктомии используют искусственный сфинктер уретры и мужские слинги. Согласно опубликованным данным, первичная имплантация искусственного мочевого сфинктера эффективна в лечении стрессового НМ у мужчин.

Рекомендуется для лечения НМ у пациентов мужского пола применять мужские субуретральные слинги при отсутствии эффекта от консервативной терапии при её продолжительности не менее 12 месяцев.

Рекомендуется для лечения НМ у пациентов мужского пола применять искусственный сфинктер уретры при отсутствии эффекта от консервативной терапии при её продолжительности не менее 12 месяцев.

Хотя искусственный сфинктер можно использовать при любой степени НМ после радикальной простатэктомии, мужские слинги рекомендуется устанавливать при недержании лёгкой/средней степени.

Хирургическое лечение ургентного недержания мочи

Внутридетрузорная ботулинотерапия. Инъекции ботулинического токсина в стенку мочевого пузыря применяют для лечения персистирующего или рефрактерного ургентного НМ. Методика инъекционной терапии не стандартизирована, поэтому данные, приводимые в разных работах, отличаются по количеству инъекций, месту инъекции препарата и введённой дозе. Эффект повторных инъекций у пациентов с ургентным НМ изучен недостаточно. Наиболее серьёзный побочный эффект – увеличение объёма остаточной мочи, что повышает риск инфекции мочевыводящих путей и требует выполнения периодической катетеризации мочевого пузыря в стерильных условиях.

Рекомендуется лечение ботулиническим токсином типа А, имеющим зарегистрированные показания, пациентам при ГАМП с недержанием мочи, императивными позывами к мочеиспусканию, путём внутривезикулярного введения в дозе 100 ЕД в случае, когда медикаментозное лечение неэффективно или вызывает серьёзные побочные эффекты.

Инъекции ботулинического токсина в дозе, превышающей 100 ЕД, сопровождаются повышением частоты необходимости выполнения периодической катетеризации мочевого пузыря. Нет данных, указывающих на снижение эффективности ботулинического токсина при его повторных инъекциях. Несмотря на это, повторные инъекции выполняются не ранее чем через 3 месяца.

Не рекомендуется применение больших доз ботулинического токсина типа А у пациентов (мужчин и женщин) с идиопатическим ГАМП в связи с отсутствием положительного влияния на качество жизни пациентов. Инъекции ботулинического токсина в дозе, превышающей 100 ЕД, не приводят к дальнейшему повышению качества жизни больных, страдающих идиопатическим ГАМП и ургентным НМ.

Рекомендуется лечение препаратами ботулинического токсина типа А пациентам с нейрогенным недержанием мочи путём внутривезикулярного введения в дозе не менее 200 ЕД в случае, когда медикаментозное лечение неэффективно или вызывает серьёзные побочные эффекты.

Информирование пациентов до применения ботулинического токсина о возможном применении самокатетеризации после манипуляции является обязательным условием выполнения процедуры. При лечении инъекциями ботулинического токсина пожилых людей вероятность увеличения объёма остаточной мочи выше, чем у молодых пациентов. Выполнение периодической самостоятельной катетеризации мочевого пузыря повышает риск развития мочевой инфекции.

Цистопластика и деривация мочи.

Аугментационная цистопластика или деривация мочи в искусственный резервуар рекомендуется лишь тем пациентам с рефрактерной гиперактивностью детрузора и НМ, у которых консервативная терапия и ботулинотерапия оказались безуспешными и рассматривался вопрос о возможности выполнения электростимуляции сакрального нерва.

Отведение мочи целесообразно выполнять лишь тем пациентам, которым менее инвазивные методы и способы лечения НМ не помогли и которым могла быть установлена цистостома.

Сакральная нейростимуляция.

Рекомендуется стимуляция сакрального нерва в качестве метода лечения нейрогенной ГАМП у пациентов (мужчин и женщин), у которых медикаментозное лечение оказалось неэффективным.

На первой стадии сакральной нейростимуляции электрод устанавливается чрескожно под рентгеноскопическим контролем в крестцовое отверстие вдоль крестцового нерва, обычно на уровне S3. Далее выполняется тестовая стимуляция сакральных нервов. Хотя раньше использовали технику установки временных электродов, в последнее время для более длительной тестовой фазы стали применять тонкие постоянные электроды. Пациентов, у которых во время тестовой фазы отмечается улучшение симптомов более чем на 50%, отбирают на имплантацию всего устройства, включая импульсный генератор.

У пациентов с имплантированным нейромодулятором отдалённые показатели уменьшения выраженности ургентного НМ составляют 50% и они сохраняются не менее чем у 50% пациентов, а у 15% достигается полное устранение недержания.

Реабилитация

При ургентной и стрессовой формах НМ рекомендуется реабилитация в виде специальных курсов ЛФК (упражнения для укрепления мышц тазового дна для достижения стойкой компенсации или стойкой ремиссии НМ).

Профилактика

Рекомендуется диспансерное наблюдение врачом-урологом пациентов с НМ, не поддающимся коррекции медикаментозными или хирургическими методами лечения при наличии нейрогенных расстройств мочеиспускания с целью предотвращения прогрессирования заболевания.

Мероприятия по профилактике НМ заключаются в устранении факторов риска заболевания: курения, хронического кашля, излишнего веса и родовой акушерской травмы. Требуется диспансерное наблюдением урологом.

Условием постановки на диспансерный учёт является недержание мочи, не поддающееся коррекции медикаментозными или хирургическими методами лечения при наличии нейрогенных расстройств мочеиспускания. Периодичность осмотров – 2 раза в год. Объем диспансерного обследования включает в себя приём и консультацию врача-специалиста, заполнение опросников и дневников мочеиспускания, общий анализ мочи, определение остаточной мочи. Объем дополнительного диспансерного обследования определяется врачом-урологом. Основанием для прекращения диспансерного наблюдения является достижение стойкой компенсации или стойкой ремиссии недержания мочи.

Организация оказания медицинской помощи

Показания для плановой госпитализации:

- хирургическое лечение стрессового НМ;
 - хирургическое лечение рефрактерного к медикаментозной терапии ургентного НМ.
- Показания для экстренной госпитализации:
- экстренная госпитализация не показана.

Показания к выписке пациента из стационара:

- восстановление полного или частичного удержания мочи и самостоятельного мочеиспускания.

Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

С возрастом повышается риск неэффективности хирургического лечения стрессового НМ или развития осложнений.

Эффективность операций у пациентов с осложнённым НМ ниже, чем у первичных пациентов.

Одновременное выполнение операций по устранению НМ и ПТО у женщин может привести к увеличению рисков развития осложнений, в то время как преимущества одномоментного хирургического пособия не однозначны.

Эффективность операций у пациентов, которым ранее проводились лучевая терапия, а также пациентов с нейрогенными дисфункциями, ниже, а вероятность развития осложнений выше.

Георгий КАСЯН,
профессор кафедры урологии
МГМСУ им. А.И.Евдокимова,
доктор медицинских наук.

Магомед ГАЗИМИЕВ,
заместитель директора по образованию
института урологии и репродуктивного
здоровья человека,
директор НИИЦ по профилю урологии
Первого МГМУ им. И.М.Сеченова,
член правления

Российского общества урологов,
доктор медицинских наук,
профессор.

Заида ГАДЖИЕВА,
уролог урологического отделения УКБ № 2
Первого МГМУ им. И.М.Сеченова,
помощник председателя
Российского общества урологов
по работе с регионами,
доктор медицинских наук.

Ассоциация эндокринных хирургов была основана в 2016 г. и насчитывает более 100 членов, но только сейчас провела первый пленум правления. Эндокринная хирургия пока отсутствует в реестре медицинских специальностей, хотя уже есть группа хирургов, специализирующихся на хирургическом лечении заболеваний щитовидной железы, которым был посвящён симпозиум в Ижевске.

Сопровождение участников и церемонии открытия пленума вели студенты Ижевской государственной медицинской академии (ИГМА). Приветствуя собравшихся в роскошном зале Дома дружбы народов, ректор ИГМА профессор Алексей Шкляев назвал форум «знакомым мероприятием для всей республики», которое «однозначно пойдёт на пользу хирургической службе». Заместитель министра здравоохранения Удмуртии Марина Петренко поделилась планами открытия республиканского эндокринологического центра на базе 1-й Республиканской клинической больницы (РКБ) в сентябре 2023 г.

Пленум состоялся в год 90-летия ИГМА и был посвящён этой дате. Он открылся докладом профессора кафедры факультетской хирургии ИГМА Светланы Стяжкиной об истории эндокринологии в вузе, который возглавляли известные хирурги – Гавриил Стерхов, Николай Рупасов, Семён Ворончихин, Владимир Ситников. Первые операции на щитовидной железе в Ижевске были выполнены профессором Николаем Рупасовым. Профессор Вера Чуднова оперировала под местной анестезией. Под наркозом такие операции стали делать лишь в 1990-е годы. Внедрённые учениками профессора Золтана Сигала методы ультразвуковой и цитологической диагностики способствовали прогрессу хирургии. Большую роль в развитии эндокринологии в стране (в том числе в Удмуртии) сыграл член корреспондент РАН Ариан Калинин (Москва), впервые побывавший в Ижевске в 1995 г. На пленуме присутствовала его дочь Светлана. Российские симпозиумы по хирургической эндокринологии называются «Калининские чтения». Профессор Стяжкина стажировалась по хирургии щитовидной железы в клинике «Шарите» в Берлине в 2002 г., что сыграло ключевую роль в её профессиональном росте. Сейчас в Ижевске на базе 1-й РКБ создан центр диабетической стопы и создаётся центр эндокринной хирургии.

Наблюдать или оперировать?

Среди эндокринных заболеваний патологии щитовидной железы находится во втором месте (после сахарного диабета). Встречаемость узловых образований щитовидной железы в популяции 2-6%, они составляют 40-60% всех заболеваний этого органа. За последние годы число диагностированных случаев рака щитовидной железы (РЩЖ) увеличилось в РФ с 10 до 13 тыс. в год. Диагноз подтверждается пункционной тонкоигольной аспирационной биопсией. Для дифференциальной диагностики опухолей рекомендовано молекулярно-генетическое исследование (изменений в гене BRAF и иных мутаций). Предложенные молекулярно-генетические панели позволяют подтвердить или исключить злокачественный процесс, но не позволяют определить объём операции. Мария Симонова (Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург) рассказала об интегральной диагностической шкале для выбора оптимального варианта хирургического лечения. В исследовании было включено более 300 больных (преимущественно с фолликулярной опухолью и высокодифференцированным РЩЖ). Рекомендовано определять объём операции, опираясь на данные УЗИ щитовидной железы, цитологического исследования (Bethesda), оригинальной

двухиндикаторной скintiграфии с ^{99m}Tc -пертехнетатом и ^{99m}Tc -технетрилом, а также молекулярно-генетических исследований с оценкой уровня Galectin-3 и мутации V600E гена BRAF. Предложенная шкала оценивает узловые образования щитовидной железы по 5-балльной шкале (от 0 до 4, где 0 – низкий (3-7%) риск злокачественности, а 4 – высокий (80-96%). В зависимости от этого тактика будет различной – при низком риске при отсутствии компрессионного синдрома показано динамическое наблюдение, при среднем риске – органосберегающая операция (гемитиреоидэктомия), при высоком риске

1 см рекомендуется гемитиреоидэктомия, но при желании пациента возможно динамическое наблюдение под контролем УЗИ раз в полгода. При увеличении одного из трёх размеров на 3 мм или в случае обнаружения увеличенных лимфоузлов больному предлагается операция. Собственный опыт докладчика составил 175 больных с папиллярным РЩЖ. Для определения молекулярно-генетического профиля агрессивности морфологических подтипов РЩЖ использовалось определение уровня онкогена мРНК miR-221. Если он больше 1,0, то вероятность агрессивной формы РЩЖ увеличивается на порядок (в 9,7

госкопия. «Хирургия щитовидной железы – один из самых опасных видов хирургии, поскольку может привести к нарушениям глотания, дыхания и речи», – отметил профессор Ванушко. Транзиторная дисфония отмечается у 80% оперированных, дисфагия – у 56%, затруднение дыхания – в 75% случаев. Другим серьёзным осложнением тиреоидэктомии является гипопаратиреоз, частота которого, по данным зарубежной статистики, составляет 22 новых случая на 100 тыс. населения. Он предложил провести мультидисциплинарное многоцентровое исследование, позволяющее ответить на вопрос, кого и когда оперировать. Пока

узлы боковой поверхности шеи негативно влияют на выживаемость. «У детей и подростков клинически латентных РЩЖ не бывает», что оправдывает агрессивную тактику их лечения.

Эндоскопические технологии в лечении доброкачественных и злокачественных опухолей щитовидной железы рассматривались в докладах кандидатов медицины наук Антона Пришвина (ВМА) и Вячеслава Полькина (МРНЦ им. А.Ф.Цыба, Обнинск). С 2000 г. наступила эра удалённых доступов к щитовидной железе – трансорального (TOETVF) и билатерального подмышечно-грудного (ABVA). При этом качество жизни оперированных повышается. Трансоральный эндоскопический доступ рассматривается как безопасная альтернатива традиционной хирургии щитовидной железы. Кривая обучения составляет от 40 до 60 больных, ежегодно один хирург должен выполнять не менее 100 эндоскопических операций. Для мониторинга п. vagus применяется специальная щуп. Для оценки перфузии парашитовидных желез используется интраоперационная индоцианиновая зелёная флуоресцентная ангиография (ICG-FA). Такие операции не оставляют косметического дефекта в виде рубца на шее. «Грех, если женщина выглядит менее красивой, чем могла бы быть», – процитировал Сервантеса один из докладчиков.

Самыми частыми осложнениями при операциях на щитовидной железе являются транзиторный гипотиреоз и переходящий парез мышцы гортани. Послеоперационным осложнениям были посвящены выступления академика РАН Игоря Решетова (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова), вышеупомянутого профессора Игоря Макарова из Самары и кандидата медицинских наук Владимира Животова (НМХЦ им. Н.И.Пирогова, Москва). Факторами риска развития пареза возвратного гортанного нерва являются: пожилой возраст, центральная и боковая лимфаденэктомия, объём щитовидной железы более 33,5 мм. Поражение наружной ветви возвратного гортанного нерва приводит к изменению тембра голоса, снижению его силы, охриплости, утомляемости и покашливанию. Для диагностики этого состояния нужны опытные фонистры и проведение ларингоскопии. Также применяется электромиография мышц шеи. Использование интраоперационного нейромониторинга позволяет снизить частоту парезов и параличей возвратного гортанного нерва.

Со щитовидной железой надо дружить

Корреспондент «МГ» попросил поделиться впечатлениями от пленума его организатора – профессора Светлану Стяжкину. Она почётный член Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов, член правления Российского общества хирургов, заслуженный врач Удмуртской Республики, хирург высшей категории, награждена медалью НМИЦ хирургии им. А.В.Вишневского, заслуженный работник высшей школы РФ, автор 2 тыс. научных публикаций, создала школу хирургов. Под её руководством защищено 60 кандидатских и 5 докторских диссертаций.

– Светлана Николаевна, оправдал ли пленум ваши ожидания?

– Подобные мероприятия имеют большую пользу для Удмуртии, поскольку обучают не только хирургов, но и эндокринологов, врачей функциональной диагностики и других специалистов современным подходам к лечению больных с заболеваниями щитовидной железы. Существуют разные школы, разные подходы. Проблема оперативного лечения остаётся. Одни предлагают удалять всю щитовидную железу, то есть произвести тиреоидэктомию, другие – гемитиреоидэктомию, а третьи – субтотальную резекцию. Между хирургами-

Деловые встречи

На распутье

В Ижевске состоялся первый пленум правления Ассоциации эндокринных хирургов



Зал заседаний

рекомендована тиреоидэктомия с центральной лимфаденэктомией. Данная шкала была применена в проспективном исследовании 65 больных. Однако использование интегральной шкалы ограничено размерами образований менее 1 см и их множественным характером. Таким образом, можно планировать оптимальный объём хирургического вмешательства, избегая выполнения необоснованных или повторных операций, а также снизить в 2,8 раза частоту развития специфических осложнений.

Фармакогенетическое тестирование у пациентов с патологией щитовидной железы осветил профессор Юрий Александров (Ярославский ГМУ). Доклад профессора Игоря Макарова (Самарский ГМУ) был посвящён эффективности дооперационной диагностики злокачественных новообразований щитовидной железы по системе TIRADS и Bethesda в сравнении с окончательным морфологическим исследованием удалённых препаратов.

Ключевым вопросом пленума была персонализация лечебной тактики у больных микрокарциномой щитовидной железы. Выступивший онлайн профессор Сергей Сергийко (Южно-Уральский ГМУ) напомнил, что микрокарциномами называют опухоли щитовидной железы диаметром менее 1 см. Пунктировать их не рекомендуется. Как альтернатива хирургии в Японии предлагается активное динамическое наблюдение этих новообразований (УЗИ раз в полгода). В Европе вместо активного наблюдения практикуется термобляция опухоли, но показания к ней размыты. В проекте российских клинических рекомендаций по данному вопросу при РЩЖ IV-VI Bethesda и размере узла менее

раза). Однако при изучении 2-летнего катамнеза 82 оперированных больных оказалось, что ни у одного из 10 больных с высоким уровнем мРНК рецидива не было. Таким образом, для решения вопроса о целесообразности динамического наблюдения предлагается изучить катамнез однородной группы больных, создать единый генетический банк дооперационных препаратов больных с РЩЖ, а также использовать технологию нейросетей для оценки риска агрессивности микрокарцином.

Профессор Владимир Ванушко (НМИЦ эндокринологии, Москва) привёл данные патологоанатомов, что микрокарциномы щитовидной железы встречаются у каждого третьего, но люди умирают от других болезней. После поголовного УЗИ-скрининга в Южной Корее их стали диагностировать в 17,5 раза чаще, но повышение числа операций по поводу РЩЖ не привело к снижению летальности от этого заболевания (она как была низкой, так и осталась). Каково качество жизни после операции? «Хирургии не бывает без осложнений. Формулируя показания к операции и определяя её объём, нужно помнить об осложнениях», – подчеркнул докладчик. Как оценивать послеоперационные осложнения? У 5-10% оперированных в неспециализированных хирургических отделениях возникает односторонний паралич гортани вследствие повреждения возвратного гортанного нерва. Если осмотр проводит лор-врач, то он выявляется у каждого третьего оперированного! В специализированных отделениях частота осложнений существенно ниже (от 0,1 до 3,5%), но на самом деле цифры не столь радужные (до 8,5% осложнений), если проводится послеоперационная видеоларин-

что «мы находимся на распутье». Зачем оперировать всех, если РЩЖ прогрессирует только у 7-8% больных? «Оставшиеся 92% оперировать бессмысленно», – считает Владимир Ванушко. Его доклад, вызвавший оживлённую дискуссию, заставляет вспомнить опубликованную в 1926 г. статью С.Фёдорова «Хирургия на распутье». «Сколько ненужных операций делалось и делается ещё и по сей день!» – писал Фёдоров. Прошло почти 100 лет, но эти слова по-прежнему справедливы.

Эндоскопия и нейромониторинг

Дважды выходила на трибуну доктор медицинских наук Кристина Вабалайте (Санкт-Петербургский государственный университет). Сначала она рассказала о международном сотрудничестве эндокринологии, которое до 24 февраля 2022 г. успешно развивалось. К сожалению, Европейское общество эндокринных хирургов (ESES) отменило российские доклады на своей конференции 2023 г. Перелёты стали длительными и дорогостоящими. Второй доклад был посвящён результатам лечения больных РЩЖ с регионарными метастазами. Ежегодно в РФ диагностируется от 10 до 13 тыс. новых случаев РЩЖ. Ретроспективный анализ 771 случая РЩЖ с метастазами в регионарные лимфоузлы, оперированных за 30 лет (с 1983 по 2013 г.), показал, что на выраженность диссеминации рака влияют пол (мужской) больных, интраиреодное распространение карцином, их мультицентричное расположение в железе и профессиональные вредности на протяжении более 20 лет. Чаще всего поражаются лимфоузлы VI группы. Регионарные метастазы в лимфо-



Р.Черников, В.Ванушко и А.Пришвин

онкологами идут споры, надо ли оперировать ранние стадии РЩЖ. Как считают член-корреспондент РАН Валентин Фадеев и профессор Владимир Ванушко, со щитовидной железой надо дружить. Я бы сказала, что её надо беречь как зеницу ока. Любое вмешательство – это ущерб здоровью пациента. После удаления щитовидной железы у него разовьётся длительный послеоперационный гипотиреоз. А снижение функции щитовидной железы – жутнеугрожающая проблема. На пленуме прозвучал доклад кандидата медицинских наук Елены Черняевой и ректора ИГМА профессора Алексея Шкляева о сложностях лечения гипотиреоза. Если его не лечить, то качество жизни больных низкое. Страдают сердечно-сосудистая система, из-за дисфункции эндотелия развиваются тромбозы, возникают инфаркты и инсульты. Поражается гепатобилиарная система с появлением гепатозов, желчнокаменной болезни, хронического панкреатита. Мы с моей диссертанткой Ольгой Сурниной доказали, что поражаются и другие органы и системы, особенно у женщин. У них довольно часто встречаются узловые и фиброзные мастопатии. Мы должны задуматься, надо ли оперировать больного с очаговым поражением щитовидной железы, когда его оперировать и в каком объёме. Мы сторонники гемитиреоидэктомии. Как писал великий американский хирург Джордж Крайль, «я не удаляю щитовидную железу, я её краду». Он имел в виду, что больного после операции всю жизнь будут преследовать симптомы, требующие лечения. Снижается не только качество жизни, но и её продолжительность. Это нерешённая проблема. Та же токсическая аденома щитовидной железы (болезнь Пламмера) – надо ли удалять вторую долю? Надо ли оперировать пожилого больного, если нет компрессии органов шеи?

– Какие будут даны рекомендации по итогам пленума?
– Я думаю, обязательно примем резолюцию. В ней будут описаны оперативные подходы к узлообразованию в щитовидной железе, то есть даны показания и противопоказания к операциям, определён объём операции, даны рекомендации по ведению послеоперационного периода, направленные на повышение качества жизни. Таких больных надо наблюдать не только эндокринологам, но и хирургам. Хирург должен нести ответственность за состояние больного в послеоперационном периоде. Обязательно должен быть контроль гормонов и УЗИ-мониторинг, а также обследование молочных желёз и гениталий у женщин. Также важно отметить, что у больных развивается депрессия. Как отмечала профессор-эндокринолог Ирина Терещенко из Перми, депрессия заставляет больного уходить с работы, появляются конфликты в семье. Таких больных в Удмуртии всё больше и больше.

– Почему развивается депрессия?

– Вследствие недостатка гормонов щитовидной железы. Ариан Павлович Калинин на симпозиумах в Ижевске в 2009 и 2016 гг. говорил об эпидемии патологии надпочечников, связывая её с заболеваниями щитовидной железы. Несомненно связь между эндокринными органами. Большую роль играют гипотиреоз, стресс и радиация. Поэтому необходимо комплексное обследование больных с эндокринной патологией. Пациенты после тиреоидэктомии набирают вес. Избыточная масса тела ничем не лечится. Развиваются тяжелейшая полинейропатия и энцефалопатия. Особенно подвержены депрессии в послеоперационном периоде молодые больные. Встречается сочетание сахарного диабета, гипотиреоза и гипертиреоза. Таких больных ещё сложнее лечить. Мы обязательно примем участие в многоцентровом исследовании по микрокарциномам щитовидной железы, предложенном профессором Ванушко.

– Вы сторонник консервативного подхода?

– Я сторонник грамотного лечения заболеваний щитовидной железы. Нужно профессионально ставить показания к операции, понимать, каким будет послеоперационный период, чтобы не страдало качество жизни. Я за индивидуальный подход к больному.

– Должна ли быть эндокринная хирургия как специальность?

– Такой специальности до сих пор нет, но мы считаем, что должны быть хирурги, которые оперируют только щитовидную и паращитовидную железы. Это операции высокой степени сложности. Осложнения (травма возвратного нерва гортани) очень тяжёлые. Человек лишается голоса, задыхается из-за стеноза трахеи. Молодому хирургу никогда не надо давать делать такие операции. Нужно обучать его минимум 5 лет. В клинике «Шарите», где я стажировалась, на щитовидной железе оперируют только под микроскопом. Хотя мы оперируем без микроскопа и без нейромониторинга, за 5 лет у нас было всего 2 случая пареза возвратного нерва (после 120 операций). Самая лучшая операция – та, которая не выполняется. Лишних операций быть не должно. Профессор В.Фадеев напомнил сказку Андерсена о красивом платье короля, который на самом деле был голым. Зачем хирургу хвастаться операциями, которые не нужно делать? Самая большая проблема в хирургии – это ненужные операции. Больные с узлами щитовидной железы благополучно живут. Бережный подход к больному, щадящие операции, борьба за качество жизни и её продолжительность должны быть во главе нашей системы здравоохранения.

– Правда ли, что женщине в хирургии вдвойне тяжело, так как имеет место гендерная дискриминация?

– Я через это проходила. Меня поддерживали мои учителя – про-

фессора Ситников, Калинин и Цыпин. Надо честно работать, отдавать себя медицине, служению своему долгу. Не было времени оглядываться назад и думать, кто в тебя камни бросает. Жизнь сама всё расставит по местам. Мне очень помогли в организации пленума мои студенты. Я готовлю их к выступлениям и олимпиадам, беру их с собой в поездки. Они учатся всему – науке, культуре, организации конференций, навыкам публичных выступлений, написанию статей, как оперировать и конкурировать. У меня всегда было 100 студентов СНО. В этом году мы заняли первое место на Поволжской студенческой олимпиаде.



С.Стяжкина со своими студентами

За и против

Точку зрения профессора Стяжкиной разделяет главный хирург Удмуртской Республики, заведующий хирургическим отделением 1-й РКБ кандидат медицинских наук **Дмитрий ЗАЙЦЕВ**:

– Наше отделение развёрнуто на 48 койках. Ежегодно выполняется около 3 тыс. операций, из них 80% – плановые. Поскольку мы работаем в многопрофильном стационаре, у нас имеется единственное в республике эндокринологическое отделение, откуда больные переводятся в хирургическое отделение для операций. Их доля составляет от 7 до 12% общего числа операций. Чаще всего это зоб. Если при пункционной тонкоигольной аспирационной биопсии диагностируется РЩЖ, то такие больные направляются для лечения в онкодиспансер. На втором месте – проблемы с паращитовидными железами. Реже встречаются больные с доброкачественными опухолями надпочечников. Результаты операций соответствуют средним по РФ. Летальность при патологии щитовидной железы отсутствует. Повреждения возвратных нервов встречаются крайне

редко. Оптические приборы (лупу или микроскоп) мы не используем, интраоперационный мониторинг не проводится. К сожалению, в нашей республике это непопулярная роскошь. При микрокарциномах мы придерживаемся выжидательной тактики, поскольку риск операции превышает пользу. Кроме того, у оперированных больных развивается выраженная гормональная недостаточность. В сложных случаях осуществляются онлайн-консультации со специалистами федеральных центров. Все сложные операции на щитовидной железе выполняет профессор Стяжкина.

Но не все хирурги считают выжидательную тактику при микрокарциномах оправданной. Профессор **Анатолий РОМАНЧИШЕН** (СПбГУ), имеющий, наверное, самый большой в стране опыт операций на щитовидной железе, думает иначе:

– Если хирург получил кафедру, он должен уметь оперировать всё. Особенно это актуально сегодня, когда востребована военно-полевая хирургия. Я занимаюсь эндокринной хирургией 40 лет, и сделал за это время около 30 тыс. тиреоидэктомий. Но это не значит, что я забыл общую хирургию. Любое злокачественное образование должно быть удалено независимо от размеров. Проведение клинического исследования, где сравнивались бы группы наблюдения и операции при РЩЖ я считаю бессмысленным. Для меня это решённый вопрос. Когда приходят больные, оперированные несколько десятилетий назад, чтобы поздороваться и поблагодарить, то какие ещё нужны доказательства? Существуют разные виды РЩЖ – папиллярный, фолликулярный, анапластический. Последний может развиваться молниеносно, приводя к гибели больного. Че-

мышечно-венозной помпы и являются локальные отёки. Важно оценить положение пяточной кости в подтаранном суставе (особенно у беременных), деформация которого приводит к потере опоры на грузовой свод, нарушению балансировки и увеличению энергозатрат. Асимметричный вальгус наблюдается у 10% исследуемых с гиперпронацией стоп. Он опасен, поскольку приводит к деформации позвоночника и положению костей таза. Для диагностики используется метод С.Кузнецова – компьютерная фотоплантография в сочетании с подомакроскопией. Часто обследуемым с вальгусом стоп ставят диагноз продольного плоскостопия, но на самом деле оно встречается достаточно редко. При вальгусной деформации первого пальца стопы (hallux valgus) возникает гиперкератозы, способствующие присоединению банальной инфекции. Стандартные стельки для коррекции вальгусной деформации стоп мало эффективны. Их необходимо подбирать индивидуально. «Обратите внимание на стопы, и они ответят вам огромной благодарностью», – призвал докладчик, отметив «потребительское отношение к стопам в РФ». Например, в домашней обуви должен быть тотальный супинатор, чтобы «защитить стопу от ровной поверхности». Не рекомендуется самостоятельное приобретение ортезов, поскольку это может привести к дополнительной травматизации стоп и снижению эффективности реабилитации. Совместно с ИГМА с 2006 г. осуществляется просветительская работа среди врачей по подиатрической профилактике осложненной диабетической стопы. Щадящую подкоррекцию с использованием корректоров пяток

рез нашу клинику прошло около 400 больных с анапластическим РЩЖ – больше всех в мире. Разве можно было их наблюдать?

Диабетическая стопа

В рамках пленума под руководством ведущего эндокринолога Удмуртии профессора Татьяны Чернышовой и профессора хирургии Эдуарда Халимова состоялся сателлитный симпозиум, на котором выступил кандидат медицинских наук Сергей Шишкин (Ижевск). Он представил 19-летний опыт профилактики и реабилитации различных деформаций стоп, насчитывающий более 27,5 тыс. наблюдений в 15 городах (республиках Татарстан, Башкортостан, Удмуртской и Пермском крае). Наибольшую опасность для развития осложнений синдрома диабетической стопы представляет вальгусная деформация стоп (гиперпронация стопы). Такая деформация стоп встречалась почти у каждого третьего обследованного. В результате происходят изменения биомеханики стоп со снижением их функциональных возможностей, нарушается работа

проводят в специализированных ортопедических салонах.

* * *

«Всё прошло на одном дыхании», – подвёл итоги пленума президент Ассоциации эндокринных хирургов, начальник кафедры и клиники факультетской хирургии им. С.П.Фёдорова Военно-медицинской академии, член-корреспондент РАН Павел Ромащенко. Он предостерег от опасности дискредитации новой методики в неумелых руках. Эндоскопические вмешательства малоинвазивными не являются. Тиражировать их пока рано. Что касается проведения многоцентрового исследования микрокарцином, то надо продумать форму информированного согласия – «больной не является подопытным кроликом». Пленум дал толчок развитию эндокринохирургии в Удмуртии, а дискуссия продолжится на очередных Калининских чтениях, которые состоятся в сентябре 2023 г. в Махачкале.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
корр. «МГ».

Ижевск – Москва.

В «Медицинской газете» была опубликована статья «Личность доктора» (см. «МГ» № 37 от 21.09.2022), в которой я излагал свой взгляд на проблему, подкрепляя примерами из профессионального окружения.

Профессор Наталья Иванова из Санкт-Петербурга тут же откликнулась: «Статья нужная. Но молодые коллеги просто не будут её читать. Слишком они зомбированы технологическими и коммерческими расчётами». Наталья Евгеньевна, увя, права. А я подумал: «Как сделать полезные писания читаемыми нашей сменой? К каким ухищрениям следует прибегнуть для необходимого первого этапа воздействия – чтения?»

Мои статьи, как признают, читабельны по стилю. Значит, дело не в форме изложения материала. А в чём? В тематике? Но, судя по тому, что их печатает «МГ», статьи посвящены актуальным проблемам современной медицины. Тогда что же надо сделать, чтобы они заинтересовали молодых врачей хотя бы для ознакомительного чтения? И в статьях ли дело? Или в чём-то ином, лежащем в основе психологии молодого поколения коллег? В чём? Попробую ответить на этот вопрос.

Два главных и неразрывных составляемых врачевания: человеческие качества и научные и технологические знания. Для краткости буду их называть «человечность» и «технологичность». Если первое неизменно со времен Гиппократа, то второе постоянно меняется в своём содержании, определяя наши успехи в противостоянии болезням.

Возможности технологий в диагностике и лечении не просто радуют, они объективно и есть спасение. Но они же становятся факторами дегуманизации медицины, позволяя доктору дистанцироваться от пациента, заочно решать вопросы, связанные с жизнью больного и её качеством, создают иллюзии ненужности анамнеза, порождают гипоксиллию – неумение правильно выявлять тот или иной неврологический симптом, а также губительны для клинического мышления: оно начинает казаться необязательным – всё решает картинка. И, может быть, главное, больной человек недополучает человеческого внимания и общения, в которых он так нуждается и которые так не-

Акценты

Как «доступаться» до молодого врача?

обходимы для исцеления. Как было бы всё просто, если бы мы лечили машины и другие неодушевлённые предметы. Однако лечим человека, существо одушевлённое, у которого, наряду с различными органами и системами, есть и мышление, и чувства, и такое понятие, как надежда, и всё то трудно выразимое, но чрезвычайно важное, что вкладывается в слово «душа». Это и есть сфера «человечности», которая также важна для личности, как и угрожающая ей серьёзная болезнь.

В отличие от технологий, которым можно научить, человечность воспитывают. Это сложный и длительный процесс, который начинается в детстве, и в детстве же плоды его обозначаются, правда, с разными знаками.

Воспитание врача должно сопровождать его обучение все вузовские годы. Конечно, важны качества личности студента, которые определили избрание им профессии как профессии своей жизни. Но они могут быть развиты в вузе применительно к деятельности врача, а могут остаться в зародышевом состоянии. Давайте задумаемся, от кого это зависит? Ответ очевиден – от преподавателей, прежде всего, клинических дисциплин. Как значимы и слово, и действия, и личность наставников для молодых эскулапов! И, представляется, одна из главных первопричин утраты молодыми коллегами «человечности» при доминировании «технологичности» лежит в том, что нередко передовые по современным формам обучения медицинские вузы являются отсталыми по воспитательной работе.

Всё ли так плохо и безнадежно с «человечностью» у молодых коллег? Не думаю. Не буду отсылать читателя в прошлое, тем более его идеализировать. Мне приходится немало общаться с молодыми нейрохирургами и неврологами. Сколько среди них не только светлых голов, но и чистых душ! Несмотря на

все современные технологические веяния пробивается собственное понимание предназначения врача как исцеляющего и болезнь, и подавленное ею восприятие жизни больным. Тем более есть с кого брать пример, у кого учиться этому искусству врачевания и за кем следовать. В НМИЦ нейрохирургии столько достойных мэтров, которые своим примером отношения к пациентам воспитывают сильнее, чем хорошая лекция на эту тему. На мой взгляд, воспитание личным примером – наиболее результативный способ возбудить в студенте-медики, в молодом враче желание быть таким же, испытывать глубокое удовлетворение от тяготения пациента к своему доктору.

Может быть, для воспитания порой полезны и определённые запретительные меры. Мы знаем, как крадёт время и истощает всемогущий и всезнающий интернет и приборы общения с ним. Это глобальная беда для психического и физического здоровья молодого поколения вообще, когда безмерное злоупотребление легкодоступной неделовой информацией превращается в болезнь.

Этим летом мне довелось побывать в Свято-Алексиевской пустыни на Ярославщине. Впечатляющий уголок России. Здесь успешно работают кадетский корпус и православная женская гимназия. Напрочь исключено курение. Учащимся запрещено пользоваться мобильными телефонами и, стало быть, теми опасными отвлечениями от учёбы, которые с ними связаны. Хорошо это или плохо? Судим по результатам. Я видел девочек и мальчиков, юношей и девушек со здоровым цветом лица, стройных, спортивных и воспитанных. Существенно, что обучение дополняется ежедневным двухчасовым физическим трудом на огородах и в садах, на фермах и в конюшне. На всероссийских спортивных

соревнованиях учащиеся пустыни – среди победителей. Выпускники (среди них много медалистов), как правило, поступают в престижные вузы Москвы и Санкт-Петербурга. Я привёл впечатляющий пример полноценного воспитания. В какой-то мере его можно проецировать и на студентов.

В наше время профессиональный долг врача нередко входит в противоречие с коммерческими соблазнами. Понятно и естественно стремление доктора, может быть, особенно молодого, заработать на приличную жизнь. Даже значительно возросшей в последние годы оплаты труда врача может не хватать на содержание семьи, машины, дачи, путешествия и другие расходы.

Но речь идёт не о честном заработке, а о наживе на больных. Появились современные Ионычи, в том числе среди молодого поколения. Они во всём отдают себе отчёт и, как опытные жулики, защищают себя от «подлости» со стороны пациентов. Один такой Ионыч, принимая больного на операцию, показывает ему на табло мобильника сумму, которую надо предварительно перевести по электронному адресу. Накопив деньги, этот хирург, покупает очередную квартиру, которую затем сдаёт. Другие Ионычи действуют проще и рискованнее, прямо называют, сколько будет стоить операция, и берут, не стесняясь, деньги вперёд. Это не естественная добровольная денежная благодарность за удачную спасительную операцию, а мздоимство от прижатого болезнью зависимого пациента.

Роль материальной обеспеченности врача, и прежде всего молодого, очень значительна. Но деньги не должны заслонять гиппократовского служения больному. Я не призываю к бесплатному подвижничеству, любой труд должен достойно вознаграждаться. Раньше

всего – государством. Денежная благодарность пациентов своему доктору допустима, если она не индуцирована, действительно добровольна и соизмерима с возможностями исцелённого.

Надо прямо сказать – быть молодым врачом нелегко. Больные – главная его нагрузка и забота, постоянное пополнение знаний – чтение журналов и книг, лекции, конференции и т.п., всякие общественные обязанности и многое-многое иное. Казалось бы, в наше компьютерное время упрощается и упрямается писанина. На самом деле количество всяких отчётных форм резко возросло и, пожалуй, требуется тратить ещё больше внимания и сил на ежедневное заполнение всевозможных граф и таблиц. Это тоже не способствует контакту с больным. Общение – времязёмкий и нагрузочный процесс. И молодой врач привыкает за счёт «экономии» на нём успевать делать другие дела и быть статистически безупречным.

Чтение профессиональной литературы требует определённой «свежести» и длительного напряжения. И того и другого часто не хватает. И незаметно трудоёмкие знания приспособительно заменяются ориентированностью, позволяющей «держаться на плаву».

Клиническая медицина в течение многих лет требует от молодого врача полной отдачи, чтобы он стал самостоятельным и самостоятельным доктором.

Тяжёлая стезя врачевания требует как доминанты жизни обращённости доктора к помощи больному человеку, сопереживания, эмпатии. У кого этого нет, тот покидает клиническую медицину. Как сложны современные технологии и техника! Но давние человеческая и врачебная психологии не менее, а, скорее, ещё более сложны! Что же делать нам, старшему поколению, чтобы от нас была польза молодым коллегам? Воспитывать, учить, требовать, помогать и понимать нашу смену.

Будем надеяться, что врачебная молодёжь всё же станет читать статьи по актуальным проблемам медицины.

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

**Национальный медицинский
исследовательский центр
нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко.**

Точка зрения

Не так давно я услышал ошеломляющую новость: в России отменяется «День борьбы с онкологией»! Так, по крайней мере, сообщил ведущий новостей. В моём воображении возникла страшная картина разбитых стекол в онкологических больницах, выброшенной аппаратуры и костра из книг по онкологии. А как может быть иначе, если государство собирается бороться с наукой, изучающей опухоли? Разумеется, ничего подобного не произошло. Просто ведущий новостной программы использовал жаргонное выражение. Официально этот день называется «Всемирный день борьбы против рака» и отмечается он с 2008 г. Любопытно, что на одном из сайтов этот день называют «праздником», хотя ничего праздничного здесь не может быть.

Жаргон (или сленг, как сейчас чаще говорят) возник давно, имеет свои корни и разновидности. «Проверьте у больной сахара» – даёт указание врач медсестре. Это не значит, что она должна проверить прикроватную тумбочку больной. Всем понятно, что речь идёт об анализе крови на уровень сахара. «Старушка мерцает» – говорит один врач другому и всем понятно, что речь идёт о мерцательной аритмии. В подобных случаях жаргон помогает экономить слова

Язык мой – друг мой?

и быстрее доносить содержание высказываемого.

Несколько лет назад я читал, что учёные исследовали скорость отдания приказов в российской и американской армиях. У наших военных скорость оказалась гораздо выше, что исследователями было оценено положительно. Возможно, это связано с использованием жаргона.

Скорее всего, от такого жаргона мы никуда не денемся и запрещать его бессмысленно, по крайней мере в определённых сферах нашей жизни. Однако средства массовой информации должны быть примером грамотной речи.

В некоторых случаях жаргон служит для распознавания своей социальной группы (профессиональный жаргон). Так, работников правоохранительных органов можно отличить по изменению ударения в некоторых словах, например «осуждённый» вместо «осуждённый», «возбуждено» вместо «возбуждёно». Работники банковской сферы ещё недавно говорили «кипюра», а работники швейного производства – «жикет». Классический пример подобного жаргона – «блатная фея», родившаяся из языка офеней. Её роль состоит ещё и в том, чтобы

окружающие чужаки не поняли содержания разговора.

Употребление отдельных слов становится жаргонным иногда вследствие суеверий. Так, например, шофёры и лётчики скажут не «последний» рейс, а «крайний», имея в виду, что слово «последний» звучит двусмысленно. Когда-то давно я прочитал заметку в газете, где автор пишет, что на вопрос в очереди «кто последний?» услышал ответ: «тут не последнего, есть крайний». Видимо, часть населения в аналогичных случаях ассоциирует это слово с выражением «последний дурак». Полагаю, что бороться с этим бесполезно. Но вот недавно я получил выписку из истории болезни, где фигурировало выражение «крайний анализ крови». Это вызывает беспокойство – бытовой жаргон проникает и в официальные тексты.

Другой пример: «присаживайтесь» вместо «садитесь». Этот искажённый смысл тоже проник в нашу речь из тюремного жаргона. Дескать сидят только в тюрьме. Как в той байке: «Садитесь» – говорят осужденному. «А я и так уже сижу» – с иронией отвечает он.

Можно возразить, что на это не стоит обращать внимания. Но как

быть с тем, что в СМИ бытует слово «психушка». «Дурдом» для нас тоже привычное выражение, но оно чаще всего используется в переносном смысле («что вы здесь дурдом устроили»). «Психушка» же имеет явно уничижительный характер и употреблялось часто по поводу «карательной психиатрии». Ни один журналист не смог мне привести даже самого слабого аргумента в пользу его употребления. К моему удивлению, большинство из них не замечало оскорбительного смысла подобных слов. В том числе и в адрес пациентов, которых они якобы защищали. Мне потребовалось несколько лет терпеливого труда для того, чтобы изгнать это слово из лексикона областных СМИ.

Ещё в институте нас учили, что нельзя называть больных по их болезни – «склеротик», «гипертоник», «алкоголик», «наркоман» и т.п. Мне приходилось встречаться с употреблением этих слов даже в научной литературе. Борьба с этим жаргоном ведётся и на уровне ВОЗ. По идеологическим соображениям многие названия болезней в МКБ-10 были заменены на более «толерантные» – дебилность, имбецильность, идиотия, истерия... и т.д.

Даже термин «шизофрения» была попытка заменить на «болезнь Блейлера», но, говорят, возразили японцы, поскольку в их произношении это звучало бы как «болезнь бройлера».

Правда, тут другая небольшая проблема: существуют общества «Анонимные алкоголики», «Анонимные наркоманы», где при работе в группе каждый называет себя «...меня зовут имярек, я – алкоголик». Ну да пусть они с этим сами разбираются!

Как-то я спросил своего приятеля-белоруса, почему в его речи я не слышу типичных для этого языка произношений отдельных звуков, например «ч». Он мне ответил, что его мама – лингвист и каленым железом выжигала такое произношение. Где-то я читал, что в годы борьбы за освобождение Италии от австрийского владычества гарибальдийцы выявляли австрийских лазутчиков, выдававших себя за итальянцев, потому что они иначе произносили звук «ч». Судьба разоблачённых была незавидна.

Я не призываю применять калёное железо и иные методы святой инквизиции, но пускать процессы деградации русского языка на самотёк тоже недопустимо.

Алексей ХУДЯКОВ,
профессор.

**Ивановская государственная
медицинская академия.**

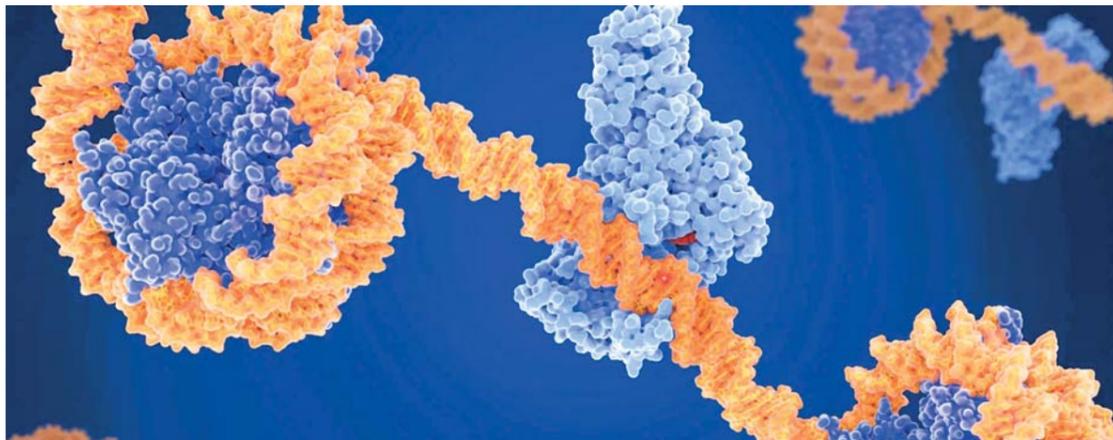
Взгляд

Недавняя радиодискуссия обсуждала вопрос продления человеческой жизни чуть ли не до 150-200 лет! Но участники её пришли к выводу, что деменция может настичь человека гораздо раньше, о чём свидетельствуют так называемые нейродегенеративные заболевания, например болезни Альцгеймера и Паркинсона.

и «исправить» их иммунодефицит. В статье каталонцев говорится, что они использовали ген фермента, влияющего на эпигенез. Под ним понимается химическая модификация ДНК, не меняющая последовательности букв генетического кода, а также белков гистонов, образующих шпильки, на которые наматана ДНК, формируя тем самым «тельца» нуклеосомы. В норме

учёные из Гарварда полагают, что она связана не только с печально известными бляшками амилоида-бета (А-бета). На него особенно упирают производители дорогостоящих моноклональных антител, которые действительно на треть задерживают угасание когнитивных расстройств. Статья учёного тандема указывает на связь мутации в гене реллина с устойчивостью к

Жизнь в рассрочку



Синие гистоны, на которые навита жёлтая ДНК, в середине фермент, «считывающий» ген (голубой)

Возможно, обсуждение было связано с сообщением Тайбэйского медицинского университета о том, что путём генетического «омоложения» стволовых клеток костного мозга исследователям удалось продлить жизнь мышей на 20%. Интересно, что такой подход сработал не только в отношении самок, что удавалось и раньше, но и самцов, которые биологически обречены жить меньше.

В сообщении говорится о гемопозитическом трансфере противораковых и продлевающих жизнь ген-трансформированных клеток кроветворения. Успех был достигнут с помощью переноса гена, отвечающего за синтез эмбрионального белка транскрипционного фактора, включающего считывание соответствующих ДНК-мишеней. Ген входит в известный квартет «включателей» зародышевого развития, с помощью которого С.Яманака, ставший в 2012 г. нобелевским лауреатом, омолодил фибробласты кожи. Они синтезируют волокна коллагена, поддерживающего её тургор, и дают стволовые клетки, похожие на эмбриональные. С помощью квартета и получаемых с его участием стволовых клеток взрослого организма стали получать органоиды здоровых и больных тканей и органов, а также бластоиды эмбрионов. Подсадка последних макакам дала результат – беременность, которую по этическим требованиям прервали на 25-й день развития, когда сформировалась нервная трубка.

Незадолго до «благой вести» с далёкого Тайваня в барселонском Институте биомедицинских исследований провели трансплантацию омоложенных стволовых клеток костного мозга старым мышам, что позволило не только омолодить животных, но

большая часть генов находится в выключенном состоянии (у мужчин отключены женские гены и наоборот), но химическая обработка ДНК и гистонов на время включает их, а затем выключает. В Барселоне и Тайбее этим процессом научились управлять, справедливо указывая на возможность борьбы с раком и старением, которое сопровождается гибелью клеток, в результате чего уменьшается мышечная масса (развивается саркопения) и гибнут нейроны, что становится причиной деменции.

В двух московских институтах с помощью аденоассоциированных вирусов (AAV) показали воздействие реактивных форм кислорода (reactive oxygen species (ROS) на нервные клетки, приводящее к деменции. Естественно, что даже из самых лучших побуждений заражать людей модифицированными вирусами и уж тем более менять их гены никто не разрешит. Но фармакологи уже давно предлагают лекарства-сенолитики (метформин, рапамицин), «лизирующие» старческие изменения на молекулярном уровне. В то же время учёные находят всё новые гены и их мутации, которые помогают глубже понять причины нейродегенеративных заболеваний (НДЗ). Так, в Колумбии у жителей района Пайса в Медельине обнаружили мутацию Pа1sa в гене белка реллина, которая задерживает развитие болезни Альцгеймера. Мутация реллина, кодирующего синтез одного из протеинов внеклеточного матрикса, образуемого белковыми волокнами, приводит к нарушению походы. Выключение гена у мышей ведёт к уменьшению размеров мозжечка. Это, конечно же, не болезнь Альцгеймера, но участвовавшие в чтении геномов

болезни у гетерозиготного человека.

Научные споры о механизмах развития НДЗ и возможных средствах его сдерживания мало что дают врачам-невропатологам, которые вынуждены «лечить» такого рода людей.

В Гарварде, нейробиологи которого активно сотрудничают с коллегами из Массачусетского технологического института, предложили простой способ воздействия на мозг пациентов, который они назвали вибротактильной стимуляцией. Известно, что ЭЭГ, или «биотоки», имеют разную частоту, одна из которых называется «гамма». В Бостоне ранее обнаружено, что зрительная стимуляция с частотой 40 Гц улучшает состояние людей с НДЗ. В распоряжении авторов имеются мышцы с генетической моделью тау-патологии, убивающей нервные клетки. Мутантный тау-протеин с заменой аминокислоты аргинина в 301-м положении на серин (R301S) образует токсичные клубки, откуда его название. Пока в опытах на мутантных мышках вибрационное воздействие на их мозг в течение часа привело к улучшению поведения животных. Результат подтвердило исследование мозга, показавшее увеличение числа нейронов с активным геном Fos, который в догеномную пору был выявлен в клетках кошачьей остеосаркомы (Feline osteosarcoma). Хочется надеяться, что одобрение нового метода помощи больным не заставит себя долго ждать...

Игорь ЛАЛАЯНИЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам [bioRxiv](#),
[Frontiers of Aging Neuroscience](#),
[Nature Medicine](#), [New Scientist](#),
[Regenerative Medicine](#), [Redox Biology](#).

Администрация государственного автономного учреждения здравоохранения «Брянская городская поликлиника № 4» приглашает на работу в травматолого-ортопедическое отделение ТРАВМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА на следующих условиях:

- предоставление служебного жилья с правом приватизации;
- отпуск 42 календарных дня;
- заработная плата от 70 000 руб.

Требования к кандидату:

- высшее профессиональное образование по специальности «лечебное дело», послевузовское профессиональное образование интернатура и/или ординатура по специальности «травматология и ортопедия»;
- сертификат или аккредитация специалиста по специальности «травматология и ортопедия».

Контактный телефон отдела кадров: 8 (4832) 21-20-21.
E-mail: isakova_io@mail.ru

Особый случай

Беспрецедентная точность

Американские исследователи разработали систему магнитно-резонансной томографии беспрецедентной точности, способную создавать изображения более чёткие, чем при использовании обычной МРТ.

Эта технология позволила составить карту всего мозга мыши, выявив практически субклеточные детали. Несмотря на свою эффективность, МРТ-сканеры, имеющиеся в настоящее время, не способны визуализировать мельчайшие детали устройства мозга.

Инновационная система МРТ была разработана совместно с исследователями из Центра микроскопии в естественных условиях Дьюка (Северная Каролина). Она позволила получить самые чёткие на сегодняшний день изображения мозга млекопитающих. Размер вокселя (трёхмерного пикселя) на этих новых изображениях составляет всего 5 микрон, что в 64 млн раз меньше, чем размер вокселя на обычных МРТ. Такое улучшение разрешения эквивалентно превращению однобайтового пиксельного изображения в изображение, достойное лучших камер. Первые снимки, полученные исследователями, были сделаны на мышках. Такая повышенная точность даёт возможность лучше понять изменения в мозге человека, в том числе связанные со старением, питанием или нейродегенеративными заболеваниями, такими как болезнь Альцгеймера. «Это то, что действительно позволяет нам совершенно по-другому взглянуть на нейродегенеративные заболевания», – говорит в своём заявлении ведущий разработчик новой системы Г.Аллан Джонсон.

В рамках другого проекта в 2021 г. исследователи разработали самый мощный в мире МРТ с колоссальной магнитной силой в 11,7 Тесла (по сравнению с 1,5-

3 Тесла у обычных МРТ), позволяющий получать изображения с разрешением 400 микрон. Хотя мощность магнитного поля немного ниже (9,4 Тесла), новое устройство, описанное в журнале PNAS, обеспечивает лучшее разрешение благодаря сочетанию двух технологических достижений. В его основе лежит набор градиентных тензорных катушек с изотропным разрешением 15 микрон – в 1000 раз выше, чем при обычной МРТ. Для получения изображений система поддерживается мощным компьютером с производительностью 800 стандартных компьютеров вместе взятых. В качестве второго основного компонента устройство Джонсона и его команды также использует микроскопию светового листа. Это технология, специально разработанная для больших образцов (организмов, органоидов, органов и биопсий), использующая уникальный принцип освещения, позволяющий избежать фототоксичности. После сканирования мозговой ткани мышей при дневном свете исследовательская группа рассмотрела её под световой микроскопией, чтобы различить разные группы клеток мозга. Такая маркировка позволяет следить за прогрессированием нейродегенеративных заболеваний. Кроме того, серия изображений, представляющих мозговые связи в семи цветах, с удивительной ясностью показывает разрушение нейронных сетей в мышечной модели болезни Альцгеймера. Этот процесс можно наблюдать и у людей, что может пролить свет на то, как развиваются патологии мозга. Устройство имеет множество потенциальных применений и открывает новый путь для понимания не только нейродегенеративных заболеваний, но и других состояний.

Фёдор СМИРИН.

По материалам [New-Science.ru](#)

Бывает и такое

Американские специалисты из Гарвардской медицинской школы обнаружили, что старый антибиотик нурзеотрицин оказался эффективен против резистентных к препаратам бактериальных инфекций. Выводы работы описаны в журнале PLOS Biology.

Нурзеотрицин был впервые открыт в 1940-х годах в почвенном грибе. Тогда вещество планировали использовать против грамотрицательных бактерий, которые из-за толстой оболочки

Старый конь борозды не испортит...

трудно уничтожить другими антибиотиками. Однако нурзеотрицин был крайне токсичным для почек, поэтому его исследование прекратилось. Глобальная проблема множественной лекарственной устойчивости бактериальных инфекций вынудила специалистов по-новому взглянуть на давно известный, но забытый антибиотик.

Как выяснилось, негативное воздействие нурзеотрицина преимущественно было вызвано неполной очисткой от стрептотрицинов. Разные формы этой молекулы обладают определенной степенью токсичности. Так, например, стрептотрицин-F значительно менее ядовит для человека, хотя все так же эффективен против современных резистентных патогенов.

Применив криоэлектронную микроскопию, авторы заметили, что стрептотрицин-F интенсивно связывается с субъединицей рибосомы бактерий, что объясняет ошибки трансляции, которые вызывает первоначальный нурзеотрицин. При этом сам механизм связи отличается от прочих известных, что означает, что это соединение можно использовать

тогда, когда другие лекарства не работают.

На основе полученных выводов исследователи планируют провести доклинические испытания, чтобы определить терапевтический потенциал для борьбы с грамотрицательными бактериями.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

По материалам [Lenta.ru](#).

После введения окситоцина мозг антисоциальных людей с психопатией начинает лучше распознавать выражение испуга на изображениях лиц – как при антисоциальности без психопатии, выяснили британские и датские исследователи. Отчёт о работе опубликован в журнале Nature Mental Health.

Как известно, антисоциальное расстройство личности (АСРЛ) в DSM-5 (диссоциальность в МКБ-11) характеризуется резким снижением способности к эмпатии и поддержанию длительных отношений, безразличием к правам окружающих и систематическим их нарушением, презрительным и мстительным отношением к другим людям, безответственностью, манипулятивностью и компульсивной лживостью. Именно такие люди значительно чаще остальных совершают насильственные преступления. Однако среди них наблюдается значительная неоднородность: примерно у трети отмечаются также симптомы психопатии (АСРЛ + П) – они бесчувственны и безэмоциональны в детстве, начинают нарушать общественные нормы в более раннем возрасте, спектр и частота подобных нарушений у них выше, чем у антисоциальных людей без психопатии (АСРЛ – П), также они хуже поддаются психосоциальной терапии.

При любом АСРЛ нарушен процесс принятия решений под действием подкрепления (награды или наказания). При этом дефицит эмпатической обработки информации более характерен для людей с психопатией. Они испытывают затруднения, когда их прямо просят охарак-

теризовать различные эмоции на двухмерных изображениях людей; эти затруднения наиболее выражены в отношении страха и грусти. Это может быть связано с лёгкостью применения насилия для достижения целей при психопатии. Кроме того, имеются разрозненные данные о нарушениях у таких людей нейробиологического

ответа на изображения физических страданий и страха по данным фМРТ – у здоровых в нём задействованы миндалевидное тело, островковая доля, передняя и средняя части поясной извилины.

О возможностях фармакологической коррекции таких нарушений активации мозга данных практически нет. Одним

из потенциальных агентов для неё может быть окситоцин. Этот нейропептид регулирует сложное социальное поведение, в том числе распознавание чужих эмоций и эмпатию.

Для проверки этой концепции сотрудники Лондонского королевского колледжа, Ноттингемского университета и Службы психического здоровья

АСРЛ – П. 24 здоровых человека, не имевших проблем с законом, вошли в контрольную группу.

Всем участникам вводили интраназально 40 международных единиц окситоцина или плацебо, после чего регистрировали у них фМРТ во время выполнения теста с морфирующими изображениями лиц для проверки безотчётной обработки выражения испуга.

Межгрупповой 3dMVM-анализ по всем 3 группам в целом выявил различия только в активации средней части поясной извилины в правом и левом полушариях мозга. На фоне плацебо при АСРЛ + П оказалась билатерально снижена модуляция BOLD-ответа этой области интенсивностью выражения испуга по сравнению с АСРЛ – П. Схожий эффект наблюдался и в правой передней островковой доле, но он исчезал при строгой поправке на множественные сравнения.

Под действием окситоцина у преступников с АСРЛ + П модуляция средней части поясной извилины билатерально и передней островковой доли, но уже слева, повышалась до уровня АСРЛ – П с плацебо. Это подтвердило и статистическое сравнение эффектов окситоцина и плацебо только в группах АСРЛ + П и АСРЛ – П, выявившее разницу только в средней части поясной извилины слева. Влияния окситоцина на разницу в активации миндалевидного тела между группами не наблюдалось.

Полученные результаты служат свидетельством нейрхимической модуляции эмпатической обработки негативных эмоций других людей при психопатии, что может значительно повлиять на разработку методов лечения этого сложного расстройства, пишут авторы работы.

Перспективы

Вернуть эмпатию, и не только...

Благодаря окситоцину можно распознать испуг на лице



Дании под руководством Джона Талли провели рандомизированное контролируемое перекрёстное клиническое исследование с участием 58 мужчин в возрасте от 20 до 58 лет с коэффициентом интеллекта (IQ) выше 70. Из них 34 были осуждены за различные насильственные преступления и соответствовали диагностическим критериям АСРЛ, причём у 19 было АСРЛ + П, у 15 –

Ну и ну!

Компания по производству чипов для мозга Neuralink американского предпринимателя Илона Маска получила разрешение регулятора на клинические испытания на людях. В начале 2022 г. компания уже обращалась за разрешением на такие испытания в Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA), но ведомство отклонило заявку.

обезьянах и закончились успешно. Маск утверждает, что расширение возможностей человеческого мозга позволит не только справиться с тяжёлыми заболеваниями, но и конкурировать с искусственным интеллектом.

Одна из функций чипов – интерпретация генерируемых мозгом сигналов и передача информации на устройства через Bluetooth. По мнению Маска, новая разработка особенно важна на фоне всё чаще звучащих опасений, что

для людей с ограниченными возможностями, у новой технологии нашлись свои критики.

«Я думаю, что мы приближаемся к действительности, в которой будет гораздо меньше свободы мысли, гораздо меньше умственной конфиденциальности, хотя взамен мы и получим новую возможность для самоопределения», – сказала в интервью Би-би-си профессор Нита Фарахани, эксперт в области этических, юридических и

Вывод

Стимуляция мозга переменным током улучшает память

Учёные Бостонского университета в Массачусетсе показали, что транскраниальная стимуляция переменным током (tACS) способствует умеренному улучшению таких когнитивных функций, как внимание, долговременная память, рабочая память, способность решать задачи и обрабатывать новую информацию. Об этом сообщается в статье, опубликованной в журнале Science Translational Medicine.

Исследователи проанализировали научные работы, в ходе которых тестировали tACS и близкую ей технологию tDCS – транскраниальную стимуляцию постоянным током – на 2893 здоровых добровольцах и людях с нейropsychиатрическими состояниями, такими как депрессия или болезнь Паркинсона. Хотя изначально сообщалось об эффективности этих методов, результаты других исследований были противоречивыми или не могли быть воспроизведены.

Метаанализ более 100 исследований лечения, а не во время его, при этом стимуляция более высокой интенсивности не обязательно более полезна. Кроме того, эффективность метода может зависеть от расположения электродов на

головах в соответствии с моделями стимулирующей электрических полей, генерируемых мозгом.

В исследованиях, в которых стимуляция была направлена на несколько областей мозга одновременно, когнитивная функция улучшалась или ухудшалась в соответствии с относительной фазой переменного тока в двух областях мозга: в фазе или в противофазе соответствующим.

Однако многие исследования tACS имели существенные недостатки. Так, 98 из 102 работ не были предварительно зарегистрированы, и их авторы не излагали свои гипотезы и методы в открытых публикациях до начала экспериментов. Это увеличивало риск предвзятости, когда положительные результаты публикуются с большей вероятностью, чем отрицательные.

Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) не одобрило tACS или tDCS для лечения какого-либо заболевания, но другие регулирующие органы, например, в Европе, Бразилии, Китае, Австралии и Мексике, одобрили tDCS для лечения некоторых состояний, таких как депрессия или боль, сообщает Lenta.ru.

Подготовила
Ирина КАТАРИНА.

По материалам
Nature Mental Health, Lenta.ru,
Science Translational Medicine.

Встань и иди

«Мы рады сообщить, что получили разрешение FDA на начало клинических исследований на людях! Этот результат невероятной работы нашей команды в тесном сотрудничестве с FDA представляет собой важный первый шаг, который однажды позволит этой технологии помочь многим людям», – сообщила компания в Twitter.

Дополнительная информация о наборе участников клинических испытаний будет объявлена в ближайшее время. Главная задача Neuralink – расширить возможности людей, в первую очередь тех, кто страдает неврологическими заболеваниями. По словам Маска, аппарат позволит контролировать уровень гормонов, справляться с тревожностью и даже сможет заставить мозг работать эффективнее.

Операция по вживлению нейрочипа будет роботизированной и не сложнее, чем лазерная коррекция зрения, обещают учёные. Первые испытания прошли на крысах и

искусственный интеллект может однажды заменить людей в разных областях жизни.

Между тем разработки компании Neuralink нельзя назвать абсолютным прорывом. В Швейцарии уже провели процедуру по вживлению человеку мозгового имплантата. Пациент – голландец Герт-Ян Оскам – был парализован на протяжении 12 лет в результате велосипедной аварии.

Вживлённые ему электронные имплантаты беспроводным путём через вторичный имплантат в позвоночнике буквально транслируют его мысли ногам, заставляя их идти. Швейцарская система пока тоже находится в экспериментальной стадии, но продвинулась несколько дальше, чем разработка Neuralink. В компании И. Маска заявляют, что их приоритет – безопасность, доступность и надёжность предлагаемой ими технологии, а не соревнование на рынке.

Несмотря на многообещающий эффект мозговых имплантатов

социальных последствий в сфере развития новых технологий.

По её словам, мозг человека всё больше и больше завязан на новые устройства. Даже обычные часы сейчас улавливают почти любое намерение человека, не говоря уже о более сложных технологиях, как, например, разработка Neuralink, говорит Фарахани.

«Если воспринимать наш мозг как последнюю черту нашей конфиденциальности, как единственное пространство, которое мы можем оградить от других людей и закрыть туда доступ, то чем больше происходит достижений в области мозговых имплантатов, тем меньше возможностей сохранить эту последнюю границу конфиденциальности», – сказала эксперт.

Кроме того, многих интересует, сколько будет стоить человеку с имплантатом обслуживание гаджетов, связанных с чипом, всем ли это будет по карману и что произойдёт с телом человека, если технология вдруг даст сбой.

Имена и судьбы

Эпоха, выраженная поэтической строкой

Судьба песен Михаила Матусовского прекрасна и завидна – их поют все...

Подмечено, что когда в дальнем зарубежье общаешься с незнакомцами средних лет и говоришь, что ты из России, то нередко собеседники вспоминают строчку из «Подмосковных вечеров» – песни, вошедшей в Книгу рекордов Гиннеса (начальные такты мелодии как позывные круглосуточно использует радио «Маяк» уже несколько десятилетий). Текст и музыка этой песни были написаны для документальной киноленты «В дни Спартакиады» ещё в 1956 г., а уже в следующем она звучала в качестве «визитной карточки» нашей страны на Всемирном фестивале молодёжи и студентов в Москве.

Было много трудных дней

Чем глубже в пласты истории уходит Великая Отечественная война, тем явственнее и чётче проступает всенародный немеркнущий подвиг тех, кто, заплатив неимоверно дорогую цену, спас мир от коричневой чумы.

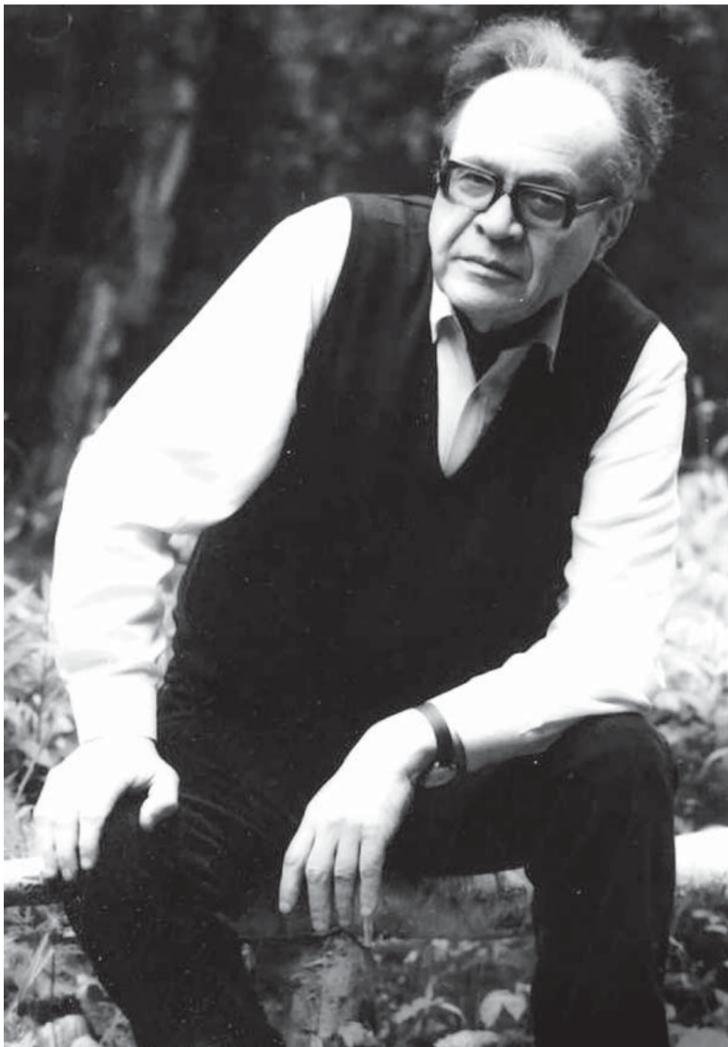
И уже много десятилетий каждую весеннюю пору мы с трепетным чувством вспоминаем о великих днях, принёсших долгожданную Победу в 1945-м. Нескончаемые жертвы понёс народ, выстоявший в смертельном противостоянии с фашизмом... И воинов-героев на фронте, и гражданских лиц, неустанно работавших в тылу, вдохновляли и освежали их уставшие силы проникновенные и добрые песни, которые и в XXI веке остаются «в строю». Высоко и по-настоящему искренне современниками ценится труд поэтов-фронтовиков, хлебнувших неслыханных испытаний. Как не вспомнить А.Твардовского, К.Симонова, А.Межирова, К.Ваншенкина, Б.Слуцкого, Б.Окуджаву... Особое место среди этой замечательной плеяды принадлежит военному корреспонденту и поэту-лирику Михаилу Матусовскому. Его творчество поистине любимое миллионами. Песни с особой доверительной интонацией, легко ложившимися на сердце словами знала наизусть вся страна. Кому из нас не памятна «Вернулся я на родину», «На безымянной высоте», «Московские окна», «Хорошие девчата», «Баллада о солдате», «Сиреневый туман», «С чего начинается Родина?», «Старый клён»? В багаже Михаила Львовича порядка 200 песен, что само по себе впечатляет. Он успешно работал с такими отечественными композиторами-классиками, как И.Дунаевский, Т.Хренников, В.Соловьёв-Седой, В.Баснер, А.Пахмутова, В.Шаинский... Его песни вдохновенно исполняли такие эстрадные звёзды, как Г.Отс, М.Бернес, И.Кобзон, К.Шульженко, М.Кристинская, Л.Утёсов... Матусовский заслуженно считается рекордсменом по числу песен, звучащих в художественных и документальных лентах, – почти шесть десятков кинокартин и более ста исполненных в них песен. А ещё он прославился как сценарист нескольких документальных фильмов, переводчик и автор востребованных книг воспоминаний...

Наступай, наше завтра, скорей!

Будущий поэт родился в небольшом, но быстро развивавшемся городе Луганске тогдашней Екатеринославской губернии Российской империи 10 (23) июля 1915 г. Отец – известный в городе фотограф Лев Моисеевич Матусовский, мать Эсфирь Михайловна (в девичестве Брукман) рачительно вела домашнее хозяйство. Жили в самом центре, на улице Петроградской. Надо сказать, что в России тех лет фотографическое дело было необычайно популярно, оно появилось сразу же после его изобретения в Европе и моментально

приобрело широчайший размах, приблизившись к искусству. Мастер фотопортрета Лев Матусовский был уважаемым человеком, учеником легендарного Семёна Уманского, основавшего первое фотоателье в Луганске. Мастерская Матусовского была самой популярной, поскольку на фотографиях, сделанных там, человек был не просто узнаваем, а и выглядел лучше, чем в действительности... В автобиографической повести с характерным названием «Семейный альбом» Михаил писал: «Мой отец был своеобразным летописцем города, ему были известны самые заветные тайны». Родители видели в младшем сыне будущего музыканта, ему брали уроки музыки, и он проявлял себя неплохим исполнителем. Всю свою жизнь, с раннего детства он обожал книги, много читал и рано стал носить очки. Мальчик интуитивно ощущал в себе поэтический дар, и его учительница русского языка и литературы (Марии Тодоровой будет посвящён всенародно любимый «Школьный вальс») всячески поощряла его увлечение именно стихосложением, хотя он показывал ей и свои прозаические опыты.

Мише не было и 12 лет, когда областная газета «Луганская правда» напечатала первое стихотворение юного автора «Велопробег», чем мальчик очень гордился. После окончания 7 классов (в 20-е годы среднее образование в стране было 7-летним) парнишка учился в строительном техникуме, даже руководил возведением двухэтажного здания медико-санитарной части на территории паровозостроительного завода. Но и об искусстве не забывал, публиковался в периодической печати, подрабатывал тапёром в кинотеатре, писал афиши для заводского клуба, рисовал карикатуры. Когда в город на реке Лугани приехали для участия в творческой встрече с заводчанами уже известные в ту пору Евгений Долматовский и Ярослав Смеляков, молодой техник-строитель Матусовский показал им свои творения. Талантливому парню посоветовали немедленно отправляться на учёбу в Москву. Что он и сделал. Хотя пришлось помыкаться в столице, снимая углы и комнатёнки (одно время жил по соседству с матерью Лили Брик, рассказывавшей Михаилу о его кумире Маяковском), учился с большим желанием и в 24 года успешно окончил Литературный институт, организованный Горьким. Затем поступил в аспирантуру МИФЛИ им. Н.Г.Чернышевского (Московский институт философии, литературы, истории), тот самый, где «гениев на квадратном метре площади было больше, чем в любом другом вузе... а поэты бродили косяками». Ближе всех наш герой сошёлся с одногодками-поэтами Константином Симоновым и Маргаритой Алигер, крепкую дружбу с которыми пронёс через всю жизнь. Во время гражданской войны в Испании Матусовский с Симоновым, Алигер и Долматовским все вместе сочинили стихотворное послание «Героическому испанскому народу», высоко оцененное в Союзе и за рубежом. В аспирантуре подготовил диссер-



тацию на соискание учёной степени кандидата филологических наук «Черки поэтического стиля древнерусских воинских повестей периода татарского нашествия на Русь» под руководством известного литературоведа профессора Николая Гудзия. Защита проходила без соискателя, поскольку 22 июня 1941 г. началась война, а уже 23 июня Матусовский был призван в действующую армию в качестве военного корреспондента.

Священную память храня обо всём

Великую Отечественную Михаил Матусовский прошёл от звонка до звонка. Служил военным корреспондентом в газетах нескольких фронтов (от Западного до Второго Белорусского). Его стихотворные фельетоны и частушки были горячо любимы и рядовыми воинами, и маршалами. Близорукий военкор однажды случайно близко подошёл к вражеским позициям и был тяжело ранен в ногу, долго лежал на простреливаемой нейтральной полосе, истекая кровью, пока его не спас фронтовой санинструктор. Он был вторым. А первого, поспешившего на помощь раненому, насмерть сразила пуля врага. Погибшему поэт посвятил проникновенное стихотворение «Памяти санитаря». Там есть такие строки: *«Солдатской дружбы неостывший жар / В своей душе я берегу поныне, / Как завещал мне это санитар, / Убитый в сорок первом в Духовщине».*

к рисованию и стихосложению. Серьёзно увлечшись искусством, Елена стала специалистом по американской живописи, защитила кандидатскую диссертацию, издала несколько не устаревших и сегодня монографий. Однако в 32 года её не стало, она умерла от рака лёгких. Михаил Львович после смерти любимой дочери сник. Он стал гораздо меньше писать. За 13 лет (именно на столько он пережил любимую дочку) он выпустил всего два сборника стихов, хотя до этого каждый год издавал несколько книг...

Младшая дочь Матусовских Ирина окончила медицинский институт, стала востребованным специалистом-практиком по восточной медицине. О горячо любимом отце вспоминала так: «Он был чрезвычайно скромный... я бы назвала три его основные черты: скромный, добрый, интеллигентный – в этом он весь... Он никогда не требовал: «не мешайте мне работать»... Он мог притупиться где-нибудь, никогда не требовал тишины, мог писать на обрывочке бумаги. И он был чрезвычайно профессионален: если получал какой-нибудь заказ, никогда не говорил: «мне не работало сегодня». Он работал дни и ночи, страшно мучился, когда писал, страшно; когда ему заказывали песню, он предлагал три или четыре варианта, потому что считал, что всё несовершенно, хотел сделать лучше».

Работал поэт всегда много и переживал много. Всё чаще давал себя знать боли в сердце, особенно после волнений и стрессов. Сам Михаил Львович так писал другу-луганчанину журналисту Павлу Евтееву: «Надо иметь, наверное, бронированное сердце, чтобы справиться с этими перегрузками». После 70 ему стало работать ещё труднее, перенёс тяжёлый инфаркт миокарда, жил на лекарствах на даче в Красной Пахре.

Однажды вернуться

Михаил Матусовский ушёл из жизни на 75-м году от сердечной недостаточности в разгар знойного лета 1990 г. Похоронен рядом с дочерью Еленой на Кунцевском кладбище, хотя по статусу ему полагалось бы лежать на Новодевичьем. Память Матусовского увековечена не только в песенном творчестве. Его имя носит Луганская государственная академия культуры и искусств. Перед входом в главное её здание на Красной площади города установлен оригинальный памятник поэту. В вузе регулярно проводятся научно-методические чтения в честь выдающегося земляка. Межрегиональный союз писателей учредил литературную премию имени Матусовского. В Москве на улице Чернышевского на одном из домов установлена мемориальная доска в честь поэта-песенника. Его именем назван один из астероидов. Первая почтовая марка Луганской Народной Республики вышла с изображением Матусовского.

Николай ПЕРЕСАДИН,
профессор.

Рига.

Алексей сидел в ординаторской и ждал, когда закипит чайник. Дежурство обещало быть спокойным – это стало понятно после вечернего обхода. Поэтому можно не торопясь попить чай из целебных трав, который он всегда рекомендует пациентам и с удовольствием пьёт сам, и полистать последние номера медицинских журналов.

Кто-то трижды прошёл мимо шаркающей походкой мимо ординаторской. Алексей вышел в коридор и увидел своего пациента, страдающего очень сложной аритмией и поэтому ставшего частым обитателем клиники.

– Не спится, Александр Михайлович? – спросил Алексей.

– Скучно стало, Алексей Викторович, всех соседей выписали, а новые пока не поступили.

– Так наслаждайтесь тишиной и покоем, при вашем диагнозе – это лучший вариант, – убедительно посоветовал доктор.

– Для аритмии, может, и лучший, но у меня с ней разные взгляды на жизнь, – ответил с улыбкой пациент.

– Ну заходите тогда ко мне, целебным чаем вас угощу, – предложил доктор и широко открыл дверь ординаторской.

– Неудобно как-то, вы и так целыми днями со мной возитесь, – пробормотал виновато пациент, но вошёл в ординаторскую.

Уже за ароматным чаем Алексей поинтересовался, чего же было увлекательного, когда палата была заполнена соседями. Александр Михайлович улыбнулся, немного помолчал и ответил:

– Вы, наверное, слышали песню нашего известного барда «Лето – это маленькая жизнь». Так я вам скажу, что больничная палата – это тоже жизнь и далеко не маленькая, особенно для таких хронических пациентов, как я. Нигде я не встречал столько интересных людей, как в больничной палате... Честно говоря, конечно, встречал, но в палате все пациенты на равных, а главное – разговорчивы и открытвенны.

– Ну и чем же вас порадовали соседи, по которым вы так скучаете? – поинтересовался Алексей.

– Аркадий – историк. Он столько всего знает и рассказывает, как артист. Меня особенно потрясло его повествование об Иване Грозном, которого мы всегда воспринимали

Рассказ

Больничная палата



как диктатора и садиста, убившего даже своего сына. Оказывается, он его не убивал; напротив, очень любил и переживал смерть царевича, которого, скорее всего, отравили. Грозным царь, конечно, был, но не в такой степени, как другие правители европейских государств, которые казнили за этот период многократно больше своих поданных. Но больше всего меня поразил факт добровольного отречения Ивана от престола в середине своего правления и то, что народ потребовал от бояр и попов уговорить его вернуться...

Второй сосед, Егор Кузьмич, родом с Дальнего Востока, таёжник, охотник, искалеть женщину. Он и с медведями встречался и с тиграми. И самое поразительное, что он рассказал, так это взаимоотношения этих хищников. Я всегда полагал, что медведь – это увалень, сладкоежка, этаким добрым богатырь, но, оказывается, когда он встречается с тигром, тот уходит в сторону. Медведь начинает его преследовать и не отстанет, пока не подерётся. Причём схватки заканчиваются по-разному: ино-

гда медведь убьёт тигра, иногда побеждает тигр, а бывает ничья – потреплют серьёзно друг друга и разойдутся, но инициатива всегда за медведем.

– Действительно интересно! Я даже не предполагал, что у них так протекают конфликты, – воскликнул Алексей, подливая чай из заварника гостю.

Александр Михайлович, явно довольный, что удивил доктора, продолжил:

– Третий сосед, его позавчера выписали, очень ироничный был и изъяснялся афоризмами. Однажды обидел историка после его очередного рассказа, заявив ему, что если умело собрать капли правды, то может образоваться целая лужа лжи. Правда, он и к себе очень иронично относился – подойдёт к зеркалу и обязательно что-нибудь скажет, типа «Нечего на рожу пенять, коли любишь своих родителей» или «Волосы становятся всё реже, но об этом вам напоминают всё чаще». Как-то пришёл после встречи с вами и заявил: «Доктор сказал, что если историю считать заболеванием, то у меня сейчас

период обострения, вот я не понимаю: обострение тупости – это в какую сторону, лучше или хуже».

– Да, он, однозначно, оригинал! Диагноз «обострение тупости» он, конечно, придумал сам, а прощаясь, странно поблагодарил меня: «Спасибо, доктор, неприятности мои с вашей помощью закончились, но неприятности, к сожалению, так и не начались», – подтвердил, улыбаясь, Алексей.

Александр Михайлович воспринял эту реплику как одобрение, и продолжил рассказ:

– Во время предыдущего моего пребывания здесь, со мной лежал ещё один оригинал, мой тёзка, но несколько другого профиля – весельчак, балагур. Когда узнал, что меня тоже зовут Александр, попросил, чтобы его называли Шуриком, поскольку он не хочет, чтобы нас перепутали и ему поставили мои клизмы, но и своему никому не намерен отдавать. На наш вопрос, какие проблемы лечит, бодро ответил, что хотелось бы вылечить всё, кроме плоскостопия. На наше удивление насчёт плоскостопия, трагическим голосом произнёс: «В армию не хочу». Это заявление смешно было услышать от 60-летнего инвалида 2-й группы с двумя инфарктами в анамнезе. Обсуждали как-то всей палатой, почему американцы не поставляют Киеву свои танки «Абрамс». Шурик дал самое простое объяснение: танк «Абрам» не такой дурак, чтобы сгореть в степях Украины; среди Абрамов дураков вообще не встречается. Конечно, все мы рассмеялись. Во время просмотра затянутаго, скучного телефильма он ехидно высказался: «Зачем создавать сериалы, которые мешают просмотру рекламы!». Однажды после его очередного перла я воскликнул: «Какие интересные люди собираются в кардиологии!». Он сразу отозвался: «Э-э-э, друг сердечный, вы ещё не лежали в психиатрическом отделении...»

Алексей громко рассмеялся. Александр Михайлович, вдохнов-

лённый эмоциями доктора, продолжил:

– Он познакомил нас со своей «занимательной математикой», созданной им, как он пояснил, для упрощения восприятия абстрактных понятий. Некоторые я запомнил: прямая – кто не пьяный, не хромой, тот шагает по прямой; окружность – приятна дама той наружности, в которой сплошь одни округлости; бесконечность – ты сотрёшь свои конечности, коль пойдёшь до бесконечности, и так далее, всё забавно и в рифму.

Кстати о рифме, в позапрошлый раз мне повезло пребывать в палате с двумя поэтами, «домотканями», как они себя называли, хотя оба имели публикации в каких-то местных газетах. Как-то они устроили состязание, кто придумает лучше рифму к слову «солнце». Я лично знал только одну рифму из Маяковского: «Светить до дней последних донца – вот лозунг мой и солнца!» Один из поэтов придумал такой стишок: «В твоё оконце светит солнце, и на душе моей светло – тебя я вижу сквозь стекло». Второй поэт ответил: «В глазах у вас блещут червонцы – они для вас милее солнца». Спросили меня, кто победил, я сказал – ничья. Организовали второй тур – завершить фразу «Ныряя взглядом в декольте...» Поэты придумали по два варианта. У первого, «Ныряя взглядом в декольте, с тобой я сразу тет-а-тет» и «...я словно снова в варьете». Но победил явно второй: «Ныряя взглядом в декольте, на взводе я, как пистолет ТТ» и «...я понял, годы уж не те». Лично я смог придумать только одну фразу: «Нырнул я взглядом в декольте, и мысли сразу в суете». Поэты сказали, что для начинающего очень даже неплохо.

Алексей улыбнулся и одобри-тельным голосом сказал:

– Я считаю, что ничуть не хуже, чем у поэтов. Но давайте на этой странице поэзии нашу встречу завершим. Вам уже пора спать, а мне нужно познакомиться с новинками медицины. Да, моё следующее дежурство в пятницу.

Доктор проводил пациента до двери и на прощание крепко пожал ему руку.

Санкт-Петербург.

Следующий номер «МГ» выйдет в пятницу 16 июня.

Лидер				Банк-ротство		Нераз-дельно	СКАНВОРД										Основа краски				"Лже-Нерон", перс.	Вишня, Япония
	Ритук-симаб	Мифе-пристон	Горное пред-приятие							Озеро, Боливия					Мезо-зой	Франц. врач и химик	Свирель		Карли-ковая береза	Др. город, Ирак		
			Отчизна	Ряд арок	Карта на шаре	Шотл. овчарка				Тонкий крик	Закры-тый экипаж	Вайда, фильм		Гадюка			Хал-цедон					
	Егип. бог Солнца	Област-ной центр										Точка орбиты Луны							Госпо-дин (стар.)			
				Вращ. вал		Шуточ-ное задание				Квадр. вырез ворота			"... и Лоллий" (Про-кофьев)				Живот-ное, хобот					
	Плот-ничный инстру-мент	Ходит в сто-ловую			Контора						Павли-ашвили	Наслед-ственность	Династ-ия, Вьетнам	"... Троль" (Гейне)					... ни в одном глазу			
			Лишь бы (прост.)	Повоз-ка, Кавказ						Боли-голов			Ю. Яков-лев, роль									
	Корро-зия					Кража с завода					Спутник Юпи-тера											
Автор Валерий Шаршуков		Нор-вежский костюм		Марабу						Рус. поэт												

А	Б	В	Г	Д	Е	Ж	З	И	Й	К	Л	М	Н	О	П	Р	С	Т	У	Ф	Х	Ц	Ч	Ш	Щ	Ъ	Ы	Ь	Э	Ю	Я
Д	Е	М	А	П	Е	А	С	К	Л	Е	П	И	А	Р	Д	Л															
Д	Г	А	Л	И	Д	О	Р	И	О	У	Р	О	К	У	М	Е	Д														
У	Т	Е	С	Н	Н	И	Г	Р	О	Л	Ш	Ш	А	Р	Ж	Л	А	П	А												
А	К	С	К	А	Ф	Е	А	С	А	Н	З	К	С	И	Л	О	Л														
Б	Р	И	К	Е	П	А	Т	И	Н	А	Т	К	Е	М	А	Л	И	С	А	К	И										
И	Л	А	Н	Г	У	Р	Б	А	С	Р	Р																				
Ф	Р	А	З	А	М	О	Р	И	С	Л	О	В	О																		
Д	У	Р	М	А	Н	С	П	А	П	А	Н																				

Ответы на сканворд, опубликованный в № 20 от 24.05.2023.

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты. Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов. Редакция имеет право публиковать присланные в свой адрес материалы. Факт пересылки означает согласие автора на передачу редакции прав на публикацию и получение соответствующего гонорара.

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

Справки по тел.: 8 (495) 608-86-95. Рекламная служба: 8 (495) 608-85-44.
 Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.
 Адрес редакции, издателя: 129110, Москва, ул. Гиляровского, 68, стр. 1.
 E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения); medgazeta72@mail.ru (электронная подписка); www.mgzt.ru
 ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография».
 Адрес: 123022, Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр. 1
 Заказ № 1520
 Тираж 14 009 экз.
 Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.