

Медицинская

12 октября 2022 г.
среда
№ 40 (8058)

Газета®

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

Есть территории, где внедрение эндохирургии запаздывает.

Стр. 5

Чем проще кажется со стороны методика, тем на самом деле сложнее она в освоении.

Стр. 7

Чего не хватает робот-ассистированной хирургии сегодня?

Стр. 10-11

Особые условия

Опираясь на достигнутое, идём вперёд

Именно так работают медики, отвечающие за здоровье газодобывателей



Профессор Н. Лебедев проводит административный обход поликлиники № 3

Пять лет назад в Санкт-Петербурге была создана крупная многопрофильная ведомственная поликлиника газодобывателей.

Медицинское частное учреждение «Отраслевой клинико-диагностический центр ПАО «Газпром» (МЧУ ОКДЦ ПАО «Газпром», Москва) – крупнейшее ведомственное многопрофильное амбулаторно-поликлиническое учреждение, которое оказывает высококвалифицированную медицинскую помощь обслуживаемому контингенту пациентов с 1995 г. В 2013 г. в связи с началом поэтапного перевода администрации и ряда дочерних структур газовой корпорации возникла необходимость в собственной медицинской структуре в Санкт-Петербурге.

Становление медицинской службы ОКДЦ ПАО «Газпром» в городе на Неве началось с небольшой амбулатории в одном из бизнес-центров на улице Стартовая, 6 в ноябре 2015 г. Штат созданного там медпункта состоял из нескольких врачей-терапевтов, гастроэнтеролога и кардиолога, а также – среднего и младшего медицинского персонала. В июне 2016 г. был открыт второй медицинский пункт в бизнес-центре по адресу Московский пр., 156. В нём помимо терапевтической службы разместились новые подразделения: отделение скорой и неотложной медицинской помощи и стоматологическое отделение. И формирование эффективной медицинской системы продолжается. Следующим этапом развития явилось формирование крупной поликлиники, способной оказывать многопрофильную специализированную медицинскую помощь в полном объёме. Её открытие состоялось 2 октября 2017 г. по адресу пл. Победы, 2. В её состав вошли медицинские пункты. Так был сделан мощный рывок вперёд в создании поликлиники № 3 ОКДЦ ПАО «Газпром» в Санкт-Петербурге. Для работы были приглашены

лучшие медицинские специалисты из ведущих лечебных учреждений Санкт-Петербурга и Москвы. Для их успешной деятельности поликлиника была оснащена самым современным оборудованием экспертного класса. Уровень оснащения и профессиональной подготовки специалистов позволяют оказывать высококвалифицированную медицинскую помощь. И развитие идёт по восходящей. В сентябре 2021 г. в структуре поликлиники № 3 появился педиатрический медицинский пункт, расположенный в частном образовательном учреждении «Газпром школа Санкт-Петербург» на Крестовском острове.

«В поликлинике № 3 ежедневно оказывают высококвалифицированную медицинскую помощь более чем 500 пациентам. Кроме того, сотрудниками отделения скорой медицинской помощи и помощи на дому обеспечивается круглосуточная работа вне стен поликлиники. При необходимости используются возможности московских подразделений ОКДЦ, а также стационаров Москвы и Санкт-Петербурга, – поясняет главный врач центра доктор медицинских наук Николай Лебедев. – Врачи Санкт-Петербургской поликлиники участвуют в симпозиумах, конференциях, возвращаются с них с новыми идеями, осваивают передовые медицинские технологии. Творческий потенциал медиков делает лечебное учреждение авторитетным в стране. Их предназначение – сбережение человека, его здоровья. Милосердие давно стало образом жизни коллектива. Я очень рад, что именно так говорят о людях в белых халатах, связавших свою судьбу с газодобывателями. Почему и рейтинг медицинской службы остаётся высоким. А мощный её потенциал позволяет расширять объёмы и повышать качество медицинской помощи».

Алексей ПИМШИН.

Акции

Чита – Донбасс: уже вторая партия «гуманитарки»

Второй по счёту гуманитарный груз отправился из Читы для медицинских работников освобождённого региона – на территорию Донецкого угольного бассейна.

Акция «Забайкальцы – медикам Донбасса» была объявлена врачом, депутатом Законодательного собрания Забайкалья, председателем Регионального совета сторонников партии «Единая Россия» Алексеем Саклаковым 4 месяца назад. Как рассказал парламентарий, на его призыв помочь медицинским работникам Донецкой Народной Республики, к тому времени ещё

не принятой в состав Российской Федерации, откликнулось множество людей. В результате был собран объёмный груз, в который вошли перевязочные материалы, хирургические инструменты, лекарства и серьёзные медицинские приборы для операционной. С гуманитарной помощью 18 больших коробок отправился по адресу назначения военным «бортом», при этом сопровождал их до Донецка сам А. Саклаков.

В столице Донбасса дар забайкальцев был разделён на три части и передан в медсанчасть 100-й гвардейской мотострелковой бригады, Донецкий республиканский центр охраны мате-

ринства и детства, а также областную травматологическую клинику.

А недавно эта акция получили продолжение: волонтеры погрузили на борт военного самолёта вторую партию гуманитарной помощи медицинского назначения.

– Всего отправляем 68 коробок. Весь список нашего груза насчитывает 71 наименование. Это те элементарные вещи, которых зачастую не хватает, – пояснил депутат.

Ольга КОБЗИСТАЯ,
руководитель пресс-службы
Законодательного собрания
Забайкальского края.

АВТОРИТЕТНОЕ МНЕНИЕ

Олег ЯНУШЕВИЧ



Ректор Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, академик РАН:

Мы обязаны прежде всего готовить выпускников к работе в первичном звене.

Стр. 4-5

Новости

Профосмотры детей
в новых регионах РФ

Минздрав России организует проведение профилактических осмотров и диспансеризации детей на территориях Донецкой и Луганской народных республик, Запорожской и Херсонской областей, сообщил помощник главы ведомства Алексей Кузнецов.

Проведение профилактических осмотров и диспансеризации детей на этих территориях будет организовано Минздравом России по поручению Президента.

По словам помощника министра, для этого будут привлечены специалисты-педиатры, а по результатам осмотров даны рекомендации.

При необходимости будет организовано оказание медицинской помощи, в том числе в ведущих клиниках страны, добавил А.Кузнецов.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

Профсоюз добился повышения
окладов медиков Татарстана

С 1 января 2023 г. вырастут оклады медработников Татарстана. Такое решение регионального правительства было принято после многочисленных обращений республиканской организации Профсоюза работников здравоохранения.

Так, базовый оклад первого квалификационного уровня медицинских работников повысится на 12,2% и составит 15 279 руб.

Профсоюз неоднократно указывал на необходимость повышения уровня реального содержания заработной платы с учётом роста цен на товары и услуги, настаивая, чтобы минимальный базовый (должностной) оклад в субъекте был не ниже МРОТ.

«Нашим коллегам также удалось добиться, что правительство приняло их предложения и с 20 сентября закрепило компенсационные выплаты за медработниками. 25% должностного оклада за отработанную смену получают те, кому ранее полагались специальные соцвыплаты, предусмотренные государством для предотвращения распространения COVID-19», – сообщили в профсоюзе.

Сергей ФЁДОРОВ.

Педиатрический корпус
открыт после капремонта

Педиатрический корпус № 1 Морозовской детской клинической больницы открылся в Москве после капитального ремонта, медпомощь здесь ежегодно будут получать порядка 15 тыс. детей.

Объект посетил мэр Москвы Сергей Собянин. Капремонт в здании 1971 г. постройки начался в марте прошлого года. Обновлённый корпус отвечает всем современным требованиям по условиям оказания медпомощи и комфорту пациентов.

«Несколько лет назад мы открыли новый уникальный корпус Морозовской больницы. Но на этом наши заботы о крупнейшей детской больнице столицы не закончились. Будем постепенно приводить в порядок и другие корпуса. В частности, сегодня первые пациентов принял полностью отремонтированный педиатрический корпус, в котором теперь созданы условия ничуть не хуже, чем в главном корпусе», – сказал мэр.

По его словам, врачи получили современное оборудование для эффективного лечения маленьких пациентов. В корпусе разместили компьютерный томограф, рентгеновский аппарат на два рабочих места и четыре аппарата УЗИ, а также эндоскопическое оборудование.

Помощь в корпусе ежегодно будут получать около 15 тыс. детей. Всего развёрнуто 169 педиатрических и 11 реанимационных коек.

Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.

Нобелевская премия
за изучение эволюции человека

Шведский генетик Сванте Паабо получил Нобелевскую премию в области медицины и физиологии за исследования геномов вымерших гоминид и эволюции человека.

Шведский учёный первым секвенировал геном неандертальца и стал первооткрывателем одного из предков современных людей – денисовского человека, говорится в сообщении Нобелевского комитета. ДНК предков человека можно сравнивать с современными, что позволяет многое узнать об эволюции вида и его расселении по планете.

«Важно отметить, что Паабо также обнаружил, что передача генов произошла от этих ныне вымерших гомининов к Homo sapiens после миграции из Африки около 70 тыс. лет назад. Этот древний поток генов к современным людям имеет физиологическое значение сегодня, например, влияя на то, как наша иммунная система реагирует на инфекции», – говорится в сообщении комитета.

Отмечается, что плодотворные исследования Паабо положили начало совершенно новой научной дисциплине – палеогеномике. Выявляя генетические различия, которые отличают всех ныне живущих людей от вымерших гомининов, его открытия создают основу для изучения того, что делает нас уникальными людьми.

Фёдор СМЕРНОВ.

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

Наше пополнение

Есть жильё,
значит будут и кадры

Сразу семь молодых специалистов, работающих в Сычёвской межрайонной больнице – Егор Скорняков, Юлия Бондаренко, Кристина Кушнир, Ольга Лапина, Самира Гаценко, Ольга Каирдинова и Дмитрий Розов – получили из рук губернатора Смоленской области Алексея Островского ключи от квартир в только что специально построенном для медицинских работников трёхэтажном доме.

Инициаторами строительства дома стали учредители и администрация двух местных агропредприятий – «Городнянское» и «Мещерское», коллективы которых занимаются развитием сельского хозяйства и социальной инфраструктуры на территории Сычёвского и соседнего Новодугинского районов. Возведение дома нача-



Семья выпускницы Московского медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова К.Кушнир



Церемония вручения А.Островским ключей новосёлам

лось в мае, на его строительство отводилось 7,5 месяцев, но столь нужный объект был сдан в эксплуатацию на 3 месяца раньше срока.

В 3-этажке 6 двухкомнатных квартир по 60 м² и 6 трёхкомнатных – по 73. Каждая из них укомплектована всем необходимым для проживания: мебелью, газовой плитой с вытяжкой, котлом для индивидуального отопления. На придомовой территории оборудована детская площадка с прорезиненным покрытием для спортивных игр, обустроены автостоянка и контейнерная площадка для вывоза мусора.

Сдачей в эксплуатацию дома стартовала региональная программа обеспечения муниципальных образований медицинскими кадрами. В следующем году дома с комфортными квартирами будут построены для молодых специалистов Рославльской и Вяземской ЦРБ.

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Смоленская область.

Работают мастера

Спасли новорождённую
с грозным диагнозом

Врачи Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии Минздрава России в Красноярске практически заново сформировали аорту и радикально устранили ряд серьёзных пороков сердца, которые в любой момент могли привести к гибели новорождённой. Малышку рейсом санитарной авиации доставили из Тывы в Красноярск, вернётся домой она уже здоровым ребёнком, сообщили в пресс-службе клиники.

Долгожданный в семье ребёнок родился в Тыве 22 сентября. Розовая, красивая малышка вдруг стала тяжело дышать и посинела через пару дней после рождения. Проведённые обследования выявили грозный диагноз – тяжёлый врождённый порок сердца, перерыв дуги аорты, большой дефект межжелудочковой перегородки. При данном пороке сердца аорты попросту не было на большом участке, в нижнюю половину туловища кровь поступала из лёгочной артерии, которая при нормальном развитии должна нести кровь к

лёгким. Самым опасным в этой ситуации было то, что лёгочная артерия соединялась с аортой через открытый артериальный проток, который в любой момент мог закрыться, и тогда бы ребёнок сразу погиб.

Детские кардиологи в Кызыле ввели малышке препарат, который позволяет держать проток открытым и стали готовить её к экстренной транспортировке в Красноярск. На всех этапах службы сработали слаженно, и ребёнок оперативно санавиацией был доставлен в Кардиоцентр. При всей сложности ситуации после дополнительного обследования кардиохирургов ждал ещё неприятный сюрприз – аортальный клапан и восходящая аорта были настолько маленького размера, что возникли опасения – сможет ли она обеспечить достаточный ток крови. Это ставило под сомнение возможность радикальной коррекции порока.

«В нашем отделении есть опыт выполнения сложных многокомпонентных вмешательств новорождённым, и мы решились именно на радикальную коррекцию порока.

Это наиболее благоприятная операция, чтобы ребёнка сделать здоровым, без ограничений в жизни. Операция была очень сложной, не хватало большого участка аорты, натяжения фрагментов аорты было большим, а это риск разрыва швов и фатального кровотечения. Также закрытие большого дефекта межжелудочковой перегородки может привести к выраженной дисфункции желудочков сердца и тяжёлой сердечной недостаточности после операции. Несмотря на всё это, сама операция прошла спокойно, время вмешательства составило 5 часов. Технология, отработанная нашей командой, позволила закрыть грудную клетку в операционной, и уже через пару дней пребывания в палате реанимации малышку отдали маме», – рассказывает заведующий детским кардиохирургическим отделением Павел Теплов.

Теперь жизни девочки ничего не угрожает, она может жить и развиваться, не отличаясь от других детей. Мама с дочкой готовятся к выписке.

Юрий ДАНИЛОВ.

Проекты

Не сбавляя обороты

В Государственную думу РФ внесён проект федерального бюджета на 2023 г. Всего по сегменту «Здравоохранение» планируется потратить 1,469 трлн руб. бюджетных средств (1% от ВВП), это на 215 млрд больше, чем заложено в бюджете на текущий год. Из общей суммы 1,1 трлн пойдут на реализацию госпрограммы «Развитие здравоохранения», а 309 млрд – на профильный нацпроект.

Наибольшие траты нацпроекта, как и в 2022 г., придутся на «Борьбу с онкологическими за-

болеваниями», 153,7 млрд. При этом финансирование на переоснащение онкологических клиник в 2023 г. сократится в сравнении с планом на 2022-й на 510,6 млн руб.

На программу модернизации первичного звена будет направлено 99,8 млрд, что вписывается в ежегодный план финансирования программы в 90-100 млрд. Наименьший объём бюджетного финансирования получит Федеральный проект «Развитие экспорта медицинских услуг» – 27 млн руб., что не расходится с утверждёнными в 2021 г. плановыми значениями.

На 60 млрд руб. (до 144,6 млрд) вырастут расходы на закупку орфанных препаратов из-за увеличения затрат на приобретение лекарств, а на внедрение и ведение регистра доноров костного мозга из бюджета добавят 157,7 млн.

До 280 млрд руб. (со 177,4 млрд) вырастут затраты на разработку программы госгарантий и организацию ОМС. Увеличение складывается из компенсации выпадающих доходов Федерального фонда ОМС. Кроме того, предусмотрены расходы, нацеленные на дофинансирование ряда медицинскихстроек, дооснащение объектов, а также на модернизацию ЕГИСЗ.

Фактические расходы федерального бюджета на здравоохранение в текущем, 2022 г., прогнозируют авторы законопроекта, составят 1,533 трлн руб. вместо плановых 1,254 трлн. В прошлом году, по данным Минфина, профильные затраты составили 1,4 трлн, что на 10,5% выше показателей 2020 г.

Рост объёма финансирования государством системы здравоохранения в 2023 г. коррелирует с идеями Минфина, который в июле рекомендовал не сбавлять обороты при бюджетировании сектора. Общие доходы федерального бюджета, 34,2% которого составляют нефтегазовые поступления, предположительно, должны снизиться на более чем 1,5 трлн руб. в сравнении с прогнозом на 2022 г.

Игорь КОРАБЛЁВ.

Ситуация

Кто ответит за халатность?

Советский районный суд Ростова-на-Дону приступил к рассмотрению уголовного дела, возбужденного по ч. 1 ст. 293 УК РФ (халатность) в отношении бывшего заместителя главного врача по технике и хозяйственной части городской больницы № 20 Анны Коленовой. В октябре 2020 г. из-за нехватки медицинского кислорода в этом медучреждении скончались 13 пациентов с COVID-19. Всего пострадали около 80 человек.

А.Коленова, в чьи обязанности входило бесперебойное снабжение многопрофильного стационара городской больницы № 20 медицинским кислородом, должным образом не проследила за корректностью составления её подчинёнными заявок на его закупку, считает следствие. Это привело к тому, что в ночь на 12 октября давление в системе подачи кислорода в госпитале пропало. На протяжении 40 минут пациенты на ИВЛ дышали атмосферным воздухом, в составе которого был лишь 21% кислорода.

Свою вину А.Коленова отрицает, утверждая, что неоднократно предупреждала руководство и региональные власти о возможных проблемах с кислородом из-за недостаточных поставок и большого количества госпитализированных. Горбольница не могла найти поставщиков для закупки большого количества баллонов, потому что спрос на кислород к октябрю 2020 г. резко вырос. По её словам, проблема не решалась.

Обвиняемая также рассказала, что суточная потребность медучреждения составляла 179 баллонов кислорода, но к октябрю 2020 г. из-за увеличения количества госпитализированных больница использовала намного больше. Например, в день трагедии в госпитале было более 600 баллонов.

О подробностях гибели пациентов в горбольнице № 20 в конце октября 2020 г. рассказали несколько сотрудников медучреждения. По их словам, кислорода не было около 2 часов на всех этажах больницы. Для части пациентов, которых, в принципе, можно было вылечить, это стало критичным. В течение 2 дней 5 человек скончались в реанимации, ещё несколько – в общем отделении. Из-за дефицита кислорода в госпитале медработникам приходилось регулярно распределять его между больными, а иногда даже отключать некоторых пациентов от системы, чтобы помочь находящимся в критическом состоянии.

Глава областного пресс-центра по мониторингу ситуации с коронавирусом Сергей Тюрин тогда заявил, что смерть пациентов и дефицит медицинского кислорода в госпитале между собой никак не связаны и сообщения являются фейком. Позже заместитель главы администрации Ростова-на-Дону по социальным вопросам Елена Кокухова утверждала, что информация о гибели 13 пациентов с COVID-19 в больнице из-за сбоя поставки кислорода не соответствует действительности. В Ростове-на-Дону отметили, что люди действительно умерли, однако причины летальных исходов будут установлены следствием.

Трагедия в ростовской горбольнице вызвала резонанс. На фоне скандала пост министра здравоохранения области «по собственному желанию» и «в связи с выходом на пенсию» покинула Татьяна Быковская. Кроме того, уволилась руководитель Управления здравоохранения Ростова-на-Дону Надежда Левицкая.

Олег РОМАШОВ.

Ориентиры

Онкологическая мультиплощадка

Центр амбулаторной онкологической помощи в московской городской клинической больнице им. С.П.Боткина работает уже год. За это время помощь здесь получили более 30 тыс. пациентов.

Центр находится на территории многопрофильного стационара, что расширяет возможности для диагностики и лечения пациентов с онкозаболеваниями. В этом году москвичам стала также доступна консультация нейроонколога. Об этом рассказал главный врач больницы, главный хирург Департамента здравоохранения Москвы, академик РАН Алексей Шабунин.

«В центре амбулаторной онкологической помощи организован полный цикл онкопомощи – диагностика, лечение и последующее

пожизненное наблюдение пациентов, живущих в Западном административном округе Москвы. За год работы центра в новом здании приняли 31,4 тыс. пациентов, провели почти 130 тыс. амбулаторных приёмов. Это одно из самых оснащённых и комфортных амбулаторных подразделений онкологической службы города. Его размещение на основной территории больницы позволяет использовать все диагностические, лечебные и профессиональные ресурсы крупнейшего многопрофильного стационара. Огромное преимущество – современная мощная молекулярно-биологическая лаборатория, где проводится весь спектр цитогенетических и молекулярно-генетических исследований. Ещё одно уникальное направление онкологической помощи, которую

можно получить в центре, – офтальмоонкология. Кроме того, на базе Боткинской больницы пациенты могут сделать биопсию в день первичного приёма. Это значительно ускоряет верификацию диагноза у пациентов с подозрением на злокачественное новообразование», – рассказал А.Шабунин.

Он добавил, что некоторые диагностические обследования здесь стали доступны впервые. В частности, уже во время первичного осмотра онкоматолог при необходимости сможет сразу выполнить биопсию молочной железы. Также у пациентов появилась возможность сдавать анализы в день обращения, сразу после консультации онколога.

Новый стандарт онкологической помощи в столичном регионе разработали в 2019 г. За 3 года в городе создали принципиально новую

структуру оказания онкологической помощи. В Москве определены шесть якорных онкологических стационаров, в которых работают специалисты с большим опытом в лечении онкозаболеваний разной локализации.

Все технологические и кадровые ресурсы крупнейших специализированных и многопрофильных больниц сосредоточены в одном месте. В состав каждого входят патоморфологическая лаборатория, центры амбулаторной онкологической помощи, корпуса онкохирургии. Это позволяет организовать на одной площадке полный цикл диагностики и лечения профильных пациентов – от верификации заболевания до диспансерного наблюдения. Благодаря этому сокращается время постановки диагноза, повышается его точность, а к лечению приступают быстрее.

Борис ЕФИМОВ.

Тенденции

Переоснащение медицинских учреждений в Удмуртии, Забайкальском крае и Ярославской области будет произведено за счёт резервных средств федерального бюджета. На это, как говорится в сообщении Правительства РФ, будет выделено около 338 млн руб.

На закупку медицинского оборудования для Глазовской межрайонной больницы в Удмуртии будет направлено почти 87,5 млн

За счёт федеральных средств

руб. На эти деньги планируется приобрести до конца года мобильный рентгеновский аппарат, диагностический комплекс для ультразвуковых исследований, эндоскопы и др. Больше 102 млн руб. получит клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.В.Соловьёва в Ярославле на закупку компьютерного томографа,

стационарного рентгеноаппарата, УЗ-аппарата для исследования сердца и сосудов, операционного микроскопа.

Большая часть средств – 148 млн – пойдёт на закупки для краевой клинической больницы в Чите: ей поставят электрокардиостимуляторы, аппарат суточного мониторинга артериального дав-

ления, тромбоэластограф и другую медтехнику.

Согласно новому проекту бюджета на 2023-2025 гг., в следующем году расходы на здравоохранение вырастут на 205 млрд, до 1,2 трлн руб. По сравнению с предыдущими планами, как отмечается, это больше на 20,7%.

Вячеслав ДАШКОВ.

Подписка-2023

2023 Подписные Издания

ПОЧТА РОССИИ Газеты Журналы Альманахи Книги

1 полугодие

Официальный каталог Почты России на первое полугодие 2023 года

8 800 800 80 80

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

Уважаемые читатели!

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

Подписные издания

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

Подписные индексы:

ПН016 – на год
ПН014 – на месяц.

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

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

КАТАЛОГ периодических изданий газеты и журналы

1 полугодие 2023 года

30 лет со своей прессой

Избранные издания для бизнеса

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

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

Сегодняшний статус Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, отмечающего своё 100-летие, позволяет ему быть равным среди лучших высших учебных заведений России. А это достойная оценка деятельности ректора и профессорско-преподавательского коллектива. О настоящем, будущем университета, гибко реагирующего на современные тенденции в учебной, научной и образовательной сферах, беседа главного редактора «Медицинской газеты» Алексея ПАПЫРИНА с ректором МГМСУ Олегом ЯНУШЕВИЧЕМ.

– Олег Олегович, давайте начнём наш разговор с истории вуза, где работали десятки известных профессоров и академиков, трудами которых сегодня гордится страна. В рамках одной газетной статьи всех перечислить невозможно. Но назовите самые прославленные имена...

– Университет прошёл путь от первой Московской зубоучебной школы, образованной в 1892 г., до вуза, занявшего в рейтинге 2022 г. вторую строчку среди всех учебных заведений страны. И если мы говорим о тех людях, которые внесли значительный вклад в его становление, то третий медицинский университет (как его называют москвичи), например, связан с писателем и врачом Антоном Чеховым, преподавателем МГУ доцентом Ильёй Коварским, который и основал нашу зубоучебную школу и труды которого позволили сформировать первые программы в советское время.

Университет получил громадный импульс развития после формирования в 1968 г. лечебного факультета. Нужно назвать имя Григория Минха. Кафедра гигиены, которая была им основана, до сегодняшнего дня является лидером в продвижении этого направления медицины. Мы гордимся академиком Святославом Фёдоровым, у которого на протяжении всей жизни была единственная кафедра в нашем университете. Его знала вся страна. Нельзя не назвать и академика Евгения Соколова, занимавшегося космической программой, который был ректором университета. У нас трудится Николай Ющук – человек-легенда, первый декан вечернего лечебного факультета, курировавший кафедру инфекционных болезней, соратник Валентина Покровского, возглавлявшего 20 лет Российскую академию медицинских наук.

Это были те великие люди, которые стояли не просто у истоков университета, на них мы равняемся и сегодня. И слава богу, рядом с нами Евгений Иванович и Николай Дмитриевич, заложившие основы развития университета.

– По результатам оценки показателей мониторинга эффективности деятельности вузов 2022 г. (по показателям за 2021 г.), проведённого Министерством науки и высшего образования РФ, университет вошёл в премьер-лигу, заняв второе место среди 1208 организаций высшего образования страны, а среди медицинских и фармацевтических – первое. Такие достижения впечатляют, хотя МГМСУ достаточно долго ассоциировался с обучением именно врачей-стоматологов. Как удалось и по подготовке клиницистов занять первые строчки в престижных рейтингах?

– Сегодня в университете много направлений: это лечебное дело, стоматология, медицинская психология, медицинская кибернетика, медицинская информатика, экономика и социальная наука. Но главным в учебном процессе является студент, что и помогло

Авторитетное мнение

Университет будущего

Непрерывно следуя траектории востребованности



М. Мурашко и О. Янушевич

войти в премьер-лигу рейтинга. Не важно, чем ты занимаешься – банковским делом, производством, научной деятельностью или образованием, – если в центре учреждения деятельность направлена и обращена лицом к тому, для кого это делается, тогда всё будет получаться и достигаться.

Нужно назвать два весомых момента, которые изменили многое. Это прежде всего COVID-19. Университет активно включился в организацию ковидного госпиталя, где 80% работников были наши студенты. В Московской области это почувствовали, а федеральная власть отметила. Ковидный госпиталь отработал достаточно хорошо, принесся в университет весомые денежные вливания.

Три года назад мы стали за счёт своих внебюджетных средств финансировать научные исследования. В 2021 г. 300 млн руб. отправили на внутренние гранты. Всё это позволило существенно изменить ситуацию в соответствии с запросами времени.

– МГМСУ не раз представлял прорывные научные разработки на международных и всероссийских выставках. Какие направления исследований выбраны в университете в качестве приоритетных?

– На сегодняшний день это три направления, определённые госзаказом. Они неразрывно связаны с клеточными технологиями, импортозамещением и современными медицинскими технологиями. Над клеточными технологиями продолжаем работать, пытаемся создать модель выращивания зуба, но, в отличие

от японских коллег, решили идти по пути 3D-печати, используя биопринтинг. То есть мы печатаем зачаток зуба, а потом условно «засеиваем» его клетками. В этом году планируем уже в сформированной лаборатории подойти вплотную к этой проблеме. В повестке дня вопросы, связанные с импортозамещением. Нами формируется программа по созданию двух основных материалов для имплантатов. Здесь мы выиграли мега-грант в Министерстве образования по разработке и клинической апробации новых материалов. Пригласили корейского учёного, что особенно важно в рамках современной ситуации. Вместе с ним будем разрабатывать сплав с включением магния. Он может применяться при несрастающихся переломах, пластиках, костных пластиках и при создании новых имплантатов. В рамках данной программы занимаемся производством композиционных материалов. Есть проект, над которым работает группа с включением в композиционные материалы графена. Наши первые публикации на эту тему вызвали большой интерес не только внутри страны, но и в мире. Я являюсь руководителем этой группы. Мне поступило предложение 20 приглашений приехать на конференции в разные страны, начиная от Италии и заканчивая Японией, принять участие в заседаниях и выступить с докладом по данной теме.

Третье направление связано с медицинскими гаджетами. Совместно с рядом наших инвесторов, которые видят в этом некую коммерческую выгоду, мы начали

Олег Янушевич – заслуженный врач РФ, академик РАН, ректор МГМСУ им. А.И.Евдокимова с 2007 г., заведующий кафедрой пародонтологии. Малая Родина – Подольск Московской области. В 1991 г. окончил Московский медицинский стоматологический институт им. Н.А.Семашко. В 1996 г. защитил кандидатскую диссертацию, в 2002 г. докторскую диссертацию по теме: «Разработка и внедрение в практику реконструктивных методов лечения пародонта». В его послужном списке значатся: ассистент, доцент, профессор кафедры госпитальной терапевтической стоматологии МГМСУ, а с 2005 г. – заведующий кафедрой.

Олег Олегович – ведущий учёный в области пародонтологии, успешно совмещает научную, преподавательскую и административную работу с активной клинической деятельностью. Его специализация – сложный контингент больных, имеющих соматическую патологию, в том числе заболевания эндокринной, сердечно-сосудистой систем. Разработал и внедрил в практику уникальные методики. Автор более 200 научных работ, монографий, учебников, 17 патентов на изобретение.

Он председатель Общества врачей России, главный специалист стоматолог, член Экспертного Совета Минздрава России, член Координационного совета Минздрава по высокотехнологичным операциям. Награждён орденами Дружбы и Почёта, лауреат Премии Правительства РФ.



Звучит гимн МГМСУ

работать над приборами, которые очень нужны для устранения факторов риска, использующиеся на первых стадиях заболеваний. Они смогут информировать врача о функциональных и других изменениях в человеческом организме. Собственно говоря, такие устройства будут шаг за шагом включать в процесс работы первичного звена здравоохранения, в том числе их использование может быть отражено в клинических рекомендациях. Буквально вчера министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко назвал ведущим такое направление, выступая на 100-летнем юбилее Бураковского. Этой проблемой занимается группа специалистов вместе с инженерами.

Продолжаем активно работать и над разработкой робот-ассистированной техники. Уже созданы три робота – для стоматологии, нейрохирургии и общей хирургии.

– Первые два года пандемии COVID-19 дали мощный старт внедрению в медицинских вузах новых форм образовательного процесса, таких как дис-

тант (проведение занятий в онлайн-режиме по сети Интернет) и самостоятельное обучение с помощью заранее записанных преподавателями видеолекций. Как вы относитесь к внедрению элементов цифрового образования в процесс подготовки будущих врачей? Возможно ли это в принципе и если да, то в каких направлениях и каких пределах?

– В моём понимании, без университетской клиники медицинский вуз не может работать. Да, в советское время было принято идти по другому пути – присутствие вуза на базе либо городского, либо муниципального, либо ведомственного здравоохранения и работа в составе этого коллектива. Но тогда возникает много проблем у ректора, у организатора учебного процесса, у которого нет университетской клиники. У нас она есть. Кроме того, МГМСУ участвует в проекте «Приоритет-2030». По существу, это «малый медицинский университет» и «университетская клиника», где по опыту ковидной клиники студенты будут активно



Студенты и выпускники не подведут

участвовать в работе в качестве санитаров, младшего медперсонала, среднего медперсонала, а уже на старших курсах как помощники врачей. Они будут задействованы в дежурствах.

Отмечу, что каждый вуз в какой-то степени включал в образовательный процесс дистанционные программы и до ковида, просто пандемия позволила их обкатать на совершенно другом уровне. Сейчас выходим из него и сохраняем то, что доступно и возможно в новых парадигмах истории в обычном обучении. В процессе подготовки врача практическая часть в рабочих учебных программах составляет до 90%. Не меньше 50% – практическая работа у постели больного или стоматологического кресла, в аптеке. Как практикующий врач, который работал и продолжает консультировать, могу сказать: без практической подготовки из студента хорошего врача не получим. В рамках приоритета реализуем три симуляционных класса, но это не может заменить работу у постели больного. Мои коллеги в вузах тоже придерживаются такой же позиции.

– По вашему мнению, какими должны быть изменения в Федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации», чтобы уровень дополнительного профессионального медицинского и фармацевтического образования стал значительно выше? Согласны ли вы с точкой зрения, которую высказывают некоторые эксперты, что право на этот вид деятельности должно быть закреплено исключительно за высшими учебными заведениями и НМИЦами, а форма прохождения дополнительного образования – исключительно очная, на клинических базах?

– Вопрос медицинского образования – это вопрос экспертного сообщества. При медицинском образовательном сообществе создана Ассоциация «Совет ректоров медицинских и фармацевтических вузов», которую возглавляет Пётр Глыбочко. Кроме того, есть Департамент образования в Минздраве, и я считаю, что сегодня работа всех должна быть направлена на то, чтобы определить наиболее правильную форму для проведения переподготовки дополнительного образования. Но мне абсолютно понятно, почему возникают такие проблемы и дискуссии. Когда формируется непонятные организации, которые берут деньги и не обеспечивают качество дополнительного образования, это неприемлемо. И конечно, я поддерживаю П.Глыбочко, что дополнительным образованием должны заниматься только вузы. И если уж давать это право организациям с частной формой собственности, то они должны проходить жёсткую и чёткую аккредитацию.

– Целевая кадровая проблема в системе здравоохранения становится всё актуальнее. Эта тема оказалась в центре внимания: звучат предложения ужесточить правила при-

ёма для целевиков (сегодня по направлению зачисляются «нужных» детей и выпускников школ с низкими результатами ЕГЭ, для которых поступление по обычному конкурсу в принципе было бы невозможно), ввести строгий контроль успеваемости и выполнения ими договорных обязательств по окончании обучения. Вряд ли есть университет и хотя бы одно министерство здравоохранения в регионах РФ, которые не столкнулись бы с необходимостью вести юридические разбирательства с целевиками, нарушающими условия обучения и трудоустройства. Как вы оцениваете данную ситуацию? И какой есть путь решения этой проблемы?

– Целевая подготовка – это важное звено обеспечения кадрами системы здравоохранения, особенно в регионах. Мы должны понимать, что без неё будет очень сложно при той конституционной модели, которая определяет свободу выбора трудоустройства и места жительства, закреплять кадры. Очевидно, что социальные факторы, заработная плата тянет к более приятным местам работы. Но помимо деклараций, определения этой целевой подготовки, должны быть созданы механизмы, которые позволят закреплять целевиков не только на 3 года, но и на более продолжительный срок в регионах. Сюда входят и создание социальных условий. Это комплексная задача. Только один Минздрав России или вузы не могут решить данную проблему. Это задача и региональных министерств. В частности, за нашим университетом закреплена Тульская область. Проект контроля за нашими целевиками нами предложен и Московской области. Прибывая в первичное звено, они имеют возможность в любой момент через наш телемедицинский центр провести консультацию, определить направление движения для тех пациентов, которых они осматривают. Мы считаем, что эта связь между выпускником вуза и регионом должна сохраняться на 3 года. Да и 30-40% выпускников хотят иметь связь с университетом. Проект запущен в этом году. Если результат будет положительным, то будем предлагать его в министерство как пилотный, который могли бы осуществлять вузы в закреплённых регионах.

– Ваше видение, как улучшить подготовку специалистов в университете? Каким вы видите идеального выпускника медицинского вуза?

– Буду говорить за стоматологию, где я главный стоматолог и ректор вуза. Считаю, за 5 лет можно вполне подготовить врача-стоматолога, который будет оказывать качественную медицинскую помощь в первичном звене. Например, я именно тот стоматолог, который за 5 лет получил образование в этом вузе, когда качество оборудования (сейчас речь идёт не про профессорско-преподавательский состав), оснащения

было на порядок ниже. Но я имел возможность уже в ординатуре вести активный стоматологический приём. Считаю, что за это время вполне можно подготовить врача-стоматолога, который может оказывать смешанный приём по терапевтической, хирургической, даже ортопедической стоматологии и полный спектр по профилактической. Даже по детской стоматологии молодой специалист может вести приём. Вопрос в другом: насколько мотивированы студенты пойти потом по отдельному направлению в ординатуру сразу по ортопедии, ортодонтии, хирургии и т.д.? Естественно, вузы заинтересованы, чтобы получить дополнительные средства на обучение в ординатуре. Считаю, что мы обязаны готовить выпускников прежде всего к работе в первичном звене. Это обязанность наших университетов и выполнение государственного задания.

Есть много сложных моментов, которые каждый раз обсуждаются на совете ректоров, определяем, куда может пойти выпускник лечебного факультета. Конечно, сказываются и вопросы, связанные с заработной платой. Хотя в каждом регионе указом Президента заработная плата профессорско-преподавательского состава определена не ниже врачебного. Другое дело, что они не везде соответствуют. По указу Президента 2012 г. ректор должен (мы всегда стараемся максимально) из внебюджетных источников дофинансировать заработную плату. Я не могу сказать, что у нас высокая «текучка» по преподавателям, а вот по врачам в университете она есть, потому что, к сожалению, «чистые» врачи в городе получают больше.

Конечно, если отвечать на такой сложный вопрос – каким вы видите идеального выпускника медицинского вуза, скажу банально: я хочу видеть врачей, не специалистов. Для меня врач – это тот человек, который вне зависимости ни от чего всегда готов прийти на помощь, это человек, для которого главное – оказание помощи – милое сердце, оказание помощи – милое в жизни.

– Немного о международном сотрудничестве. Мне кажется, его санкциями не остановить...

– Во все времена, какие бы не происходили ситуации в мире, именно международное научное сотрудничество всегда оставалось и сохраняется. Последний пример: самый крупный стоматологический форум, который прошёл буквально две недели назад. Отношение к нашим врачам, учёным сохраняется хорошим. Очень надеюсь, что международное сотрудничество сохранится, даже с теми странами, которые к нам сейчас относятся недружественно. Да, может быть, сузится, изменится, но я уверен, что российская медицинская наука, образование всё равно сохраняют высокий авторитет. Может, уменьшится участие ребят в выездях, не потому что мы не хотим, а потому что нас не пускают. Наверное, в этой ситуации сократится количество выступлений на конференциях, но это не значит, что мы прервём сотрудничество. Мы его будем продолжать.

– Что бы вы пожелали выпускникам и студентам университета в преддверии знаменательной даты?

– Я очень рад, горд, что работаю во втором вузе страны. Поэтому хочу пожелать ребятам и преподавателям, всей профессуре сохранять тот настрой и темп, который мы взяли, и оставаться лидером образования, одним из лучших вузов страны. Нам нужно идти вперед. Наши выпускники всегда будут востребованы на медицинском рынке труда всего мира.



Деловые встречи

Лапароскопия?
Нет, не слышали...

В Улан-Удэ прошёл III съезд хирургов Дальневосточного федерального округа «Экстренная хирургия, телемедицина, герниология». Самый большой федеральный округ страны (ДФО занимает 40% площади РФ) отличается сложными климатическими условиями, небольшой численностью населения (5,5% от всего населения страны) и низкой плотностью проживания (1,16 человек на квадратный километр). На таких просторах действительно сложно организовать оказание всех видов хирургической помощи вообще, а экстренной – тем более.

А далее главный хирург Минздрава России обозначил ряд первоочередных задач, на которые должны обратить внимание организаторы хирургической помощи в субъектах ДФО. Во-первых, надо обеспечить применение хирургами клинических рекомендаций, утверждённых Минздравом России. Во-вторых, необходимы региональные программы оснащения лечебных учреждений видеодископическим хирургическим оборудованием, причём, в первую очередь больниц второго и третьего уровня. Соответственно, главные специалисты субъектов ДФО должны организовать обучение хирургов



Какими были основные тематики научной программы и мастер-классы, видно из названия форума. В свою очередь главный хирург Минздрава России академик РАН Амиран Ревивили, открывая съезд, представил обзор основных показателей хирургической помощи в регионах Дальнего Востока, чем не только задал деловой тон высокому собранию специалистов, но и обозначил вектор необходимого развития данной области медицины в федеральном округе.

Главный хирург Минздрава России напомнил, что одно из основных условий доступности и качества медицинской помощи – обеспеченность территории врачевными кадрами. В Дальневосточном федеральном округе в течение 3 лет обеспеченность населения хирургами остаётся стабильной и в ряде регионов превышает среднероссийский уровень. Согласно информации академика, лидеры ДФО по числу хирургов – Чукотский автономный округ, Магаданская и Сахалинская области, Республика Якутия и Камчатский край. Обеспеченность хирургическими койками в 9 из 11 субъектов Дальневосточного округа тоже выше общероссийского показателя.

Заметны положительные изменения в инфраструктуре медицинских учреждений округа. Во многих регионах ДФО построены современные стационары и поликлиники. В прошлом году были согласованы медико-технические задания на строительство хирургического корпуса Магаданской областной больницы и Медицинского центра МЧС в Хабаровске. Идёт строительство краевой больницы в Петропавловске-Камчатском.

и эндоскопистов применению современных технологий, в том числе, при оказании экстренной хирургической помощи.

Последняя рекомендация основана на результатах анализа применения малотравматичных хирургических технологий в дальневосточных регионах. Так, например, лапароскопические операции при остром холецистите выполняют в Амурской области в 69% случаев, в Якутии – в 59%, в Сахалинской области – в 56%. Это близко к среднероссийскому показателю использования лапароскопии при данной патологии (68,4%). На другом полюсе – Камчатский и Хабаровский края, где лапароскопически оперируют острый холецистит лишь в 25-26% случаев, а в Еврейской области и Чукотском автономном округе такие малоинвазивные вмешательства не выполняют вообще!

Наконец, необходимо периодически актуализировать региональные нормативные акты по маршрутизации пациентов хирургического профиля с учётом кадровой ситуации и материально-технической базы лечебных учреждений. И, конечно, не надо пренебрегать возможностью получить консультативную помощь в федеральном медицинском центре или направить сложного пациента туда на лечение.

– Наиболее активно используют возможности телемедицины для консультаций с федеральным центром по профилю «хирургия» Камчатский край и Магаданская область. Мы рекомендуем чаще делать это, независимо от значительной временной разницы между регионами Дальневосточного федерального округа и Москвой, – напомнил А.Ревивили.

Елена СИБИРЦЕВА.

Ноябрьск вошёл в топ-5 лучших муниципалитетов, развивающих программы укрепления общественного здоровья. Город занял 4-е место в организованном Минздравом России Всероссийском конкурсе лучших практик в номинации «Лучшая муниципальная программа».

Новый раздел по укреплению общественного здоровья вошёл в комплексную программу развития Ноябрьска в 2020 г. Финансируется программа из средств местного бюджета, в прошлом году на привлечение жителей к ЗОЖ и повышение доступности ЗОЖ-объектов выделено 970 тыс. руб. Методическую поддержку специалистам городской администрации оказывает региональный центр общественного здоровья и медицинской профилактики.

Большое внимание уделяется созданию комфортной среды: благоустроено 183 общественных территории, работают более 300 физкультурно-спортивных объектов: 96 спортивных залов, 3 крытых корта, 3 лыжных базы, 8 бассейнов, уличные тренажёры, тир, велодорожки, спортивные площадки, организованы спортивные кружки и секции.

Администрацией города применяются локальные и региональные нормативные акты по запрету продажи алкоголя в праздничные дни. Работа по сохранению здоровья жителей проводится при тесном межведомственном взаимодействии – привлекаются специалисты из сферы культуры и искусства, молодёжной политики, образования, экономики, общес-

Профилактика

Новый стиль жизни



твенники, волонтеры. Шесть предприятий города внедряют корпоративные программы сохранения здоровья работников.

Для повышения грамотности жителей проводится постоянная информационная кампания по поддержанию ЗОЖ и профилактике заболеваний. Специалисты

медучреждений рассказывают в СМИ о профилактике социально значимых инфекций, хронических неинфекционных заболеваний, вакцинации.

Представленные на конкурс программы оценивала экспертная комиссия под председательством заместителя министра здраво-

охранения РФ Олега Салагая. Тщательно были разработаны 42 критерия, охватывающие все стороны укрепления общественного здоровья – от эффективности муниципальной программы при проведении диспансеризации до принимаемых мер по улучшению питания и психического

здоровья граждан. Жюри учитывало оригинальность стратегических и тематических решений, внедрение цифровых систем, инновационные идеи по внедрению ЗОЖ и многое другое.

– Попасть в топ-5 на Всероссийском конкурсе муниципальных программ – это, конечно, большое достижение, – отмечает главный специалист по медицинской профилактике Уральского федерального округа Сергей Токарев. – И за ним стоит большая работа. Очень многое – от благоустройства территорий до проведения социально ориентированных мероприятий – зависит от местных властей. А ведь создание условий для ведения здорового образа жизни – неотъемлемый и очень важный компонент всей системы построения общественного здоровья. Именно муниципальные власти могут и должны обеспечить конкретные возможности укрепления здоровья жителей. Важно, чтобы обычному человеку было комфортно и легко вести ЗОЖ. Поэтому нужно учитывать географические особенности, уровень урбанизации, демографические показатели. Это позволит эффективнее привлекать жителей к спорту, правильному питанию, сделать ЗОЖ важнейшим трендом жизни.

Отметим, что поиск и тиражирование лучших практик очень важны для повышения эффективности работы. По итогам конкурса опыт Ноябрьска будет обобщён в специальном сборнике и доступен для других регионов.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Ямало-Ненецкий автономный округ.

Инициатива

Мастерские медсестёр

В Свердловском областном медицинском колледже открыли две современные мастерские для отработки практических навыков, необходимых медицинским сёстрам и фельдшерам. Уникальный учебный центр по компетенциям «Лечебная деятельность», а также «Медицинский и социальный уход» поможет готовить специалистов по новым образовательным стандартам, ориентируясь на потребности практического здравоохранения.

В ходе презентации мастерских с приветственным словом к студентам обратился заместитель министра здравоохранения области Денис Демидов. Он подчеркнул высокую значимость качественного медицинского образования в реалиях сегодняшнего дня.

По его словам, система подготовки кадров для медучреждений региона должна быть гибкой, нацеленной на нужды и цели практического здравоохранения. Эта задача поэтапно реализуется в области, в том числе, благодаря открытию подобных инновационных образовательных кластеров.

«Мастерские помогут молодым профессионалам совершенствовать практические навыки в соответствии с современными стандартами и передовыми технологиями в медицине, – отметила директор колледжа Ирина Лёвина. – Учебные кабинеты станут профорientационными площадками для интегрированного взаимодействия со школами, привлечения внимания выпускников к специальностям медицинского профиля».



И.Лёвина и Д.Демидов в учебном классе

Здесь будущие медики будут обучаться в условиях, максимально приближённых к реальности.

В локации «Медицинский и социальный уход» можно отрабатывать навыки сестринской помощи на базе дневного и круглосуточного стационаров, осваивать основы ухода за паллиативными пациентами. Студенты с помощью функциональных кроватей, транспортировочных поясов, медицинских приспособлений будут практиковаться в перемещении маломобильных людей, смене постельного белья бесконтактным способом и в других манипуляциях. Возможности кабинета по социальному уходу позволяют изучать особенности взаимодействия с людьми старшего поколения.

Настоящим подарком для студентов стало открытие мастерской по компетенции «Лечебное дело». Здесь в трёх помещениях будущих

фельдшеров научат оказывать плановую и неотложную помощь: проводить сердечно-лёгочную реанимацию, восстанавливать сердечный ритм, оказывать медпомощь в нестандартных условиях ЧС или ДТП. Изюминкой мастерской стал симуляционный кабинет – фельдшерско-акушерский пункт.

Его оснащение в соответствии со стандартами амбулаторной службы поможет сформировать у студентов практические навыки при взаимодействии с пациентами в разных клинических случаях. В частности, освоить алгоритм оказания помощи при остром коронарном синдроме, порядок осмотра беременных женщин.

Грант на обновление материально-технической базы колледжа выиграл в рамках нацпроекта «Образование» при поддержке регионального Минздрава и Министерства образования и молодёжной политики области.

В следующем году планируется открыть ещё две современные мастерские по компетенциям «Медицинская оптика» и «Лабораторный медицинский анализ».

Елена КСЕНИНА.

Екатеринбург.

Перемены

Болезни не для тюрьмы

По данным офиса уполномоченного по защите прав предпринимателей Бориса Титова, Минюст России внёс изменения в перечень тяжёлых заболеваний, которые препятствуют отправке подозреваемых или обвиняемых в СИЗО. Обновлённый ведомственный приказ, разработанный совместно с ФСИН и Минздравом России, будет включать 90 болезней в соответствии с последней версией МКБ-10: перечень пополнили некоторые виды туберкулёза, лейкоз, различные онкологические болезни, заболевания Паркинсона.

Работа над списком велась несколько лет с привлечением экспертов-медиков. Сотрудники Минздрава несколько раз возвращались к проекту, «чтобы максимально исключить неоднозначность применения его положений и, если можно так говорить о заболеваниях, устранить несправедливость и необоснованность требований к их наличию».

Также в аппарате бизнес-омбудсмена сообщили, что для отказа на отправку человека в СИЗО были смягчены некоторые формулировки. Например, «прогрессирующее течение» заменили на «отсутствие положительной динамики», а ныне применяемое понятие «безотлагательность», которое используют, когда больному не могут оказать медицинскую помощь в изоляторе, на «необходимость».

«Например, в отношении туберкулёза органов дыхания убрано требование «прогрессирующего течения, излечение которого не может быть достигнуто никакими методами». Подобная категоричность раньше давала формальную возможность отказать больному в праве избежать СИЗО», – уточнила замглавы экспертно-юридической службы аппарата уполномоченного Наталья Рябова.

Законопроект был подготовлен при поддержке созданной в 2019 г. межведомственной рабочей группы во главе с Б.Титовым. В состав группы вошли представители федеральных Минздрава и Минюста, а также ФСИН, Верховного суда плюс медицинские эксперты.

В октябре 2020 г. рабочая группа направила в Верховный суд РФ предложение по расширению и уточнению перечня заболеваний, при которых подсудимые, подсудимые и осуждённые, приговор в отношении которых не вступил в законную силу, не подлежат заключению под стражу. Тогда в перечень, помимо других заболеваний, вошли хронические и затяжные психические расстройства. Омбудсмен выступал за то, что решение о медосвидетельствовании заключённых СИЗО должны принимать врачи, а не представители следственных органов или администрации учреждений. Проект ведомственного приказа, в котором отсутствовали психические заболевания, Минюст России опубликовал через год – в октябре 2021 г.

Григорий МАТВЕЕВ.

Парадокс: чем проще кажется со стороны хирургическая методика, тем на самом деле сложнее она в освоении. Наверное, именно поэтому интервенционная эндоскопия представлена далеко не во всех российских регионах. Ну, конечно, ещё и потому, что приобретение гибких и жёстких эндоскопов, инструментария и расходных материалов для внутрипросветной эндоскопии требует денег. Кстати, не таких больших, каких требует покупка видеоэндоскопической стойки, и уж тем более не таких гигантских, каких стоит роботическая хирургическая платформа. Тем не менее, на модного «робота» засматривается, наверное, каждый главный врач, а вот в сторону другого, ещё менее травматичного метода хирургии, каким является интервенционная эндоскопия, смотреть не хотят. Плохо информированы?

Это вам не шутки

Между тем, в сентябре 2022 г. сразу три крупных научно-медицинских мероприятия не мелком, а в формате отдельных секций основательно рассматривали возможности и результаты использования гибкой эндоскопии как в диагностике, так и в лечении хирургических патологий.

Сначала на Международном форуме «Инновационная онкология», организованного НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина, члены Национального общества онкоэндоскопистов обсудили не просто какие-то абстрактные перспективы, а уже сформированные стандарты эндоскопического малоинвазивного лечения раннего рака желудка и место данной технологии в клинических рекомендациях.

Затем в Санкт-Петербурге на Международном конгрессе «Актуальные направления современной кардиоторакальной хирургии» возможности внутрипросветных хирургических методов рассматривались на двух симпозиумах: один был посвящён лечению пациентов с опухолями пищевода, второй – эндоскопическим вмешательствам при опухолях бронхов.

Наконец, Международный форум онкологии и радиотерапии For Life, организатором которого выступил НМИЦ радиологии, также не обошёл вниманием роль интервенционной эндоскопии в хирургическом лечении заболеваний пищевода, включая новообразования, а также подслизистых опухолей желудка.

Разве эти события не говорят о том, что внутрипросветная эндоскопия заняла определённое место в ряду малоинвазивных хирургических подходов?

Совсем недавно на страницах «МГ» об этом же убедительно высказался доцент кафедры хирургии Института клинической медицины Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Павел Павлов, который имеет большой опыт выполнения таких вмешательств и является одним из авторов национальных клинических рекомендаций по эндоскопии. По мнению эксперта, эндоскопия смещается в сторону расширения объёма хирургических вмешательств. Главное преимущество такой мини-хирургии в том, что она в большинстве случаев органосохраняющая. В качестве примера П.Павлов привёл клинический случай из практики своего отделения в клинике Сеченовского университета, когда методом интервенционной эндоскопии была удалена объёмная аденома прямой кишки у пациентки 80 лет, от которой вежливо отказались в других больницах из-за «плохого» набора сопутствующих заболеваний, повышающих риск неблагоприятного исхода во время большой операции. Так вот, специалисты эндоскопического отделения клиники Сеченовского университета, работая двумя бригадами, за 14 часов отделили опухоль диаметром 15 см от стенки прямой кишки и извлекли её единым блоком. Через неделю женщина была выписана из стационара с хорошим функциональным результатом.

И кто-то после этого ещё будет воспринимать внутрипросветную хирургию как что-то несерьёзное?

Острая тема

Операция без травмы: кому это надо?

Если у врача в руках нет скальпеля, это ещё не значит, что он не хирург



Локальное развитие

В продолжение темы своим мнением о роли и месте интервенционной эндоскопии в структуре хирургической и онкологической помощи поделился заведующий отделением эндоскопии Новосибирской областной клинической больницы, доктор медицинских наук, профессор Новосибирского ГМУ Евгений Дробязгин.

В отделении, которое возглавляет профессор, выполнили без малого 100 операций по поводу дивертикула пищевода, больше 100 операций при ахалазии и около 70 – при подслизистых опухолях пищевода, 55 операций при опухолях бронхов, несколько сотен эндобилиарных вмешательств и десятки диссекций при новообразованиях толстой кишки. При этом эксперт с сожалением отмечает, что в целом в Сибири и на Дальнем Востоке внутрипросветная эндоскопия повсеместного развития не получила. Есть ли некие объективные обстоятельства, мешающие этому?

– Обстоятельств, мешающих развитию технологии, я вижу три, и все субъективные. Первое – руководители медицинских организаций не готовы поддерживать инициативу своих сотрудников и обеспечить отделение эндоскопии необходимым оборудованием для внутрипросветных вмешательств. Второе – нежелание самих врачей эту технологию освоить. Причём, желание должно быть не только собственно у эндоскопистов, а у всей команды, которой предстоит такие операции выполнять: торакальных хирургов, хирургов, анестезиологов-реаниматологов, рентгенологов, патологоанатомов. Роль последних не менее важна, чем роль членов хирургической бригады, ведь на них ложится огромная ответственность по дифференцировке удалённых новообразований. Таким образом, наличие в клинике возможности и опыта иммуногистохимического исследования биоматериала – ещё одно ключевое условие для

внедрения любого раздела онкохирургии, включая интервенционную эндоскопию. Думаю, именно эти три фактора, сдерживают развитие в нашей стране внутрипросветных технологий как одного из важных элементов мини-инвазивной хирургии, – говорит Е.Дробязгин.

Говоря о значении и преимуществах интервенционной эндоскопии, специалист привёл

опухолью она используется для предоперационной подготовки, задача которой – восстановить с помощью гибкого эндоскопа частично или полностью проходимость бронха, позволить пациенту справиться с пневмонией. И третья задача – паллиативное вмешательство, которое направлено на улучшение качества жизни пациента при запущенной и уже неизлечимой форме заболевания.

просто неуместна, она опасна, особенно когда для таких «смелых» действий нет никаких оснований, – предостерегает профессор.

Что касается показаний к мини-инвазивному хирургическому лечению, здесь полной ясности пока нет в отношении подслизистых опухолей пищевода. Дискуссии, кого из больных с таким диагнозом надо оперировать внутрипросветно, а кого не надо, продолжаются

И это лишь часть из множества примеров, показывающих возможности эндоскопии в оказании хирургической помощи. Участники научно-медицинских форумов, упомянутых выше, привели максимально достоверные доводы в пользу того, что внутрипросветная хирургия в ряде случаев является полноценной альтернативой другим вариантам хирургического лечения, а во многих случаях бывает просто безальтернативной.

– Важно иметь в виду, что смысл внедрять технологию интервенционной эндоскопии в клинику есть только при условии, когда торакальные и абдоминальные хирурги не будут этому противодействовать. То есть, когда решение принимается в интересах пациентов, а не врачебных амбиций. Нам в этом смысле повезло, мы хоть и отняли часть хлеба у «больших» хирургов, но они не только не возмутились, а стали нашими единомышленниками, – продолжает профессор.

Сам Е.Дробязгин признаётся, что в студенчестве хотел стать торакальным хирургом, однако наставник в ординатуре направил его осваивать гибкую эндоскопию, тогда ещё новое направление. На вопрос, не жалеет ли он, что ушёл из большой хирургии в мини-инвазивную, мой собеседник искренне отвечает: «Мне и здесь не тесно». К тому же, как доказывает интервенционная эндоскопия, если у врача в руках нет скальпеля, это ещё не значит, что он не хирург.

«Мы всегда так делали»

Эксперт указывает на ряд нерешённых вопросов в сфере внутрипросветной эндоскопии. Так, обучение должно быть не индивидуальным, а обязательно командным, поскольку сложность работы всех членов бригады позволяет преодолевать неизбежные трудности на этапе освоения технологии, справляться с возможными осложнениями.

Ещё одна проблема освоения метода – попытки некоторых начинающих интервенционных эндоскопистов отступить от международных клинических рекомендаций. В частности, когда пытаются взять биопсию из подслизистого новообразования до операции, пользуясь к тому же обычными биопсийными щипцами.

– Это огромная ошибка, так как в месте забора ткани формируется спаечный процесс с опухолью, и мы потом не удаляем, а буквально «выгрызаем» эту опухоль из подслизистого слоя, что иногда заканчивается резекцией слизистой оболочки и дополнительным клипированием. Самостоятельность и самостоятельность на этапе освоения новой технологии не

внутри профессионального сообщества до настоящего времени. Как ни странно, нет единого мнения и в отношении ахалазии.

– Ни для кого не секрет, что всё ещё сохраняется некоторое противостояние хирургов и эндоскопистов в отношении доброкачественных заболеваний пищевода. Интервенционные эндоскописты готовы оперировать даже ахалазию IV стадии, по классификации академика Бориса Петровского. При этом при открытых и эндоскопических вмешательствах получаем не самый лучший результат. К сожалению, в России нет собственных мета-анализов по применению разных методов хирургического лечения заболеваний пищевода. Зарубежные же метаанализы показывают, что внутрипросветные операции при IV стадии ахалазии дают высокие и даже лучшие результаты, а оппоненты всё равно настаивают на приоритете большой хирургии или торакокопии. И тут важно подчеркнуть, что российские клинические рекомендации по ахалазии пищевода до сих пор не приняты. Почему? Видимо, эндоскопистам, которых включили в состав рабочей группы, не удалось найти общего языка с хирургами, – высказал предположение Е.Дробязгин.

Он уверен, что было бы правильным прописать в отечественных клинических рекомендациях возможность выполнения операций как открытых, лапаро- или торакокопических, так и методом интервенционной эндоскопии. В большой стране, где у лечебных учреждений разные технологические возможности, у пациента должна быть возможность выбора, какую из технологий хирургического лечения предпочесть, разумеется, с учётом показаний.

– Если мы говорим о развитии хирургии в целом, то коллегам не следует постоянно руководствоваться формулировкой «мы всегда так делали». Противостояние традиционного и нового в медицине не на пользу ни отрасли, ни пациентам. Я думаю, оно и за рубежом есть, но проводимые там масштабные клинические исследования позволяют делать истинные, а не умозрительные выводы, сравнивая разные хирургические подходы. У нас в стране тоже есть собственные клинические исследования, однако нет единой статистической базы и глубокого научного анализа разных хирургических подходов. Каждый специалист считает единственно приемлемым то, чем занимается именно он, отрицая преимущества других вариантов, – с сожалением отмечает Е.Дробязгин.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 38 (2350)

(Окончание. Начало в № 39 от 05.10.2022.)

Лечение

Данные современных научных исследований подтверждают высокую эффективность как некоторых антидепрессантов и анксиолитиков, так и психотерапии (когнитивно-поведенческой, динамической, релаксационной и др.). Имеются исследования, показывающие высокую эффективность сочетанного применения психофармакотерапии и психотерапии. Выбор стратегии терапии и соотношение психофармакотерапии и психотерапии зависят от проявлений клинической симптоматики, этапа лечения, особенностей личности, установок и ожиданий пациента, актуальных ресурсов и организационных возможностей и должен гибко оцениваться с учётом персонализированного подхода в каждом конкретном случае. Имеются показания и противопоказания, как для психофармакологического, так и для психотерапевтического лечения. Они преимущественно связаны с состоянием пациента, побочными эффектами и организационными условиями.

Пациентам с ПР рекомендовано применение психофармакотерапии и/или психотерапии с целью купирования симптоматики.

Преимуществами психотерапии является отсутствие соматических побочных эффектов лечения и, согласно некоторым исследованиям, лучшая сохранность достигнутых результатов. Недостатком является большая стоимость, необходимость еженедельных визитов, критическая значимость личной мотивации и вовлечённости пациента в процесс лечения. Психофармакотерапия требует меньше материальных и временных затрат, но достаточно часто вызывает побочные эффекты, в случае её отмены возможно рецидивирование симптоматики.

Психофармакотерапия. Пациентам с установленным диагнозом ПР рекомендуется начинать терапию с назначения препаратов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина или венлафаксина с целью снижения общей тревожности, уменьшения частоты и интенсивности ПА (доказана эффективность флувоксамина, циталопрама, эсциталопрама, пароксетина, флуоксетина, венлафаксина).

Поскольку в РКИ, проводившихся для оценки эффективности препаратов в лечении ПР, не учитывался клинический вариант и типы приступов, то имеются определённые сложности в применении их результатов при реализации персонализированного подхода в медицине.

После установления диагноза в качестве первого курса целесообразно назначать препараты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина либо венлафаксин. Рекомендуемые дозировки: эсциталопрам – 5 мг/сут начальная доза, 10-20 мг/сут – поддерживающая; пароксетин – начать с 10 мг с еженедельным повышением на 10 мг/сутки до 40-60 мг/сут; флуоксетин – 20-60 мг/сут; циталопрам – 20-60 мг/сут; сертралин – 50-200 мг/сут; флувоксамин – 100-300 мг/сут; венлафаксин – 75-225 мг/сут.

Важно отметить, что для венлафаксина характерна несколько худшая переносимость и профиль побочных эффектов, чем для селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (в первую очередь возможное повышение артериального давления, что не характерно для селективных ингибиторов обратного захвата серотонина). Вариант лечения следует выбирать индивидуально для каждого пациента с учётом психотропного и соматотропного действия препарата, возможных нежелательных явлений, психического и соматического статуса

пациента, клинических характеристик заболевания. Для всех вышеуказанных препаратов рекомендуется пероральный способ применения, длительность приёма 6-12 месяцев. Нежелательно назначать amitriptilin в пожилом возрасте.

Терапия этими препаратами начинается с минимальных дозировок и постепенно титруется до терапевтических; анксиолитический эффект антидепрессантов развивается индивидуально в течение 2-8 недель. Поэтому на первом

этапе лечения целесообразно применять комбинацию с производными бензодиазепина, особенно при частых панических атаках. К преимуществам антидепрессантов относятся хороший профиль эффективности-переносимость-безопасность, возможность однократного приёма в день, наличие долговременного эффекта от терапии; к недостаткам – отсроченный эффект, возможный анксиогенный эффект в начале приёма, необходимость титрации дозировки, негативное влияние на сексуальную функцию.

Рекомендуется предупредить пациента о возможном развитии побочных эффектов в начале приёма антидепрессантов для обеспечения комплаенса. В первые недели приёма целесообразно наблюдать за больным, оценивая суицидальные риски, возможное усиление тревожной симптоматики.

Назначая медикаментозную терапию, врач опирается в первую очередь на сведения о доказательной эффективности препарата, профиль его переносимости, а также на собственный клинический опыт и квалификацию врача.

Пациентам с ПР, не имеющим противопоказаний, рекомендуется назначать препараты из группы производных бензодиазепина с целью снижения уровня тревоги и частоты панических атак коротким курсом (до 3-4 недель – клоназепам 0,25-4 мг/сут, лоразепам 1-6 мг/сут, алпразолам 0,75-4 мг/сут, диазепам 5-10 мг/сут).

Преимуществами производных бензодиазепина являются быстрый эффект, хорошая переносимость, широкое терапевтическое окно – безопасность при передозировке; перед назначением этой группы препаратов должен быть хорошо собран наркологический анамнез. Нецелесообразно назначать пациентам с зависимостью или риском формирования зависимости от ПАВ. Также не рекомендуется назначать их пожилым пациентам в связи с увеличением риска нарушений координации и падений. Следует обратить внимание на комплаентность пациента – в некоторых случаях пациенты склонны превышать рекомендуемые дозировки. Препараты из группы производных бензодиазепина могут формировать зависимость и имеют синдром отмены при резком прекращении терапии. Поэтому длительность их применения должна быть ограничена 3-4 неделями. При назначении в комбинированной терапии вместе с антидепрессантами предпочтительно их назначать на первые недели терапии до начала эффективного действия антидепрессантов и потом отменять. Более длительная терапия производными бензодиазепина возможна при наличии резистентности к другим видам терапии. В качестве нежелательных явлений чаще всего отмечается седация, головокружение, нарушения координации, концентрации внимания, памяти, формирование зависимости и толеран-

ности к препаратам. Нет доказательных исследований об эффективности бромдигидрохлорфенилбензодиазепина. Однако в российской медицинской практике он традиционно применяется для лечения тревожных расстройств и купирования панических атак.

При назначении препаратов из группы производных бензодиазепина следует учитывать период их полувыведения при решении вопроса о частоте приёма. Например, алпразолам в связи с относительно небольшим периодом полувыведения следует назначать с частотой не менее 3 раз в день.

Способ применения – пероральный, в случае тяжёлой выраженности симптомов допускаются внутримышечный и внутривенный способы введения.

Пациентам с ПР рекомендуется с целью купирования ПА эпизодически («по потребности») назначать пациен-

при приёме антидепрессантов, эффект которых отсрочен) и невнимательным отношением к лечению. Для повышения комплаентности следует обговорить с пациентом возможные побочные эффекты, разъяснить важность чёткого соблюдения приёма препаратов в указанное время, а также постепенность развития эффекта некоторых препаратов. В случае выявления факта нарушения режима терапии, нужно постараться выяснить причину произошедшего и совместно с пациентом выработать механизм решения возникшей проблемы.

Тем пациентам, у которых психофармакотерапия препаратами из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина или венлафаксином привела к частичному, но не полному купированию симптомов ПР, рекомендуется добавление к терапии производных бензодиазепина на 3 недели

Паническое расстройство

ту препараты из группы производных бензодиазепина (клоназепам 0,25-4 мг/сут, лоразепам 2-7,5 мг/сут, алпразолам 0,75-6 мг/сут, диазепам 5-10 мг/сут).

Преимуществами производных бензодиазепина являются быстрый эффект, который обеспечивает быстрое купирование ПА и стабилизацию состояния. Однако, согласно некоторым исследованиям, назначение производных бензодиазепина «по потребности», может быть не вполне эффективной и безопасной стратегией. Этот феномен может объясняться как неадекватным увеличением дозы самими пациентами из-за страха развития ПА, так и резкими изменениями концентрации препаратов в плазме крови. Кроме того, приём производных бензодиазепина «по потребности» для пациентов может становиться своеобразной формой охранительного поведения: пациенты «на всякий случай» носят с собой препараты и могут применять их при подозрении на начинающуюся ПА.

Тем пациентам, у которых психофармакотерапия препаратами из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина или венлафаксином привела к частичному, но не полному купированию симптомов ПР, рекомендуется увеличение дозы антидепрессантов до максимальной рекомендованной с целью полного купирования симптомов ПР.

Пациентам с ПР с недостаточным ответом на проводимую терапию рекомендуется проводить замену антидепрессанта через 4-6 недель или использовать комбинированные схемы лечения с сочетанием препаратов из групп антидепрессантов и анксиолитиков или из групп антидепрессантов и антипсихотических препаратов, а также сочетание психофармакотерапии и психотерапии с целью преодоления резистентности.

Пациентам с ПР рекомендовано проводить обследование в динамике (при помощи шкалы тревоги Гамильтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale – HARS) с целью оценки эффективности проводимого лечения.

Для всех пациентов, у которых не отмечено достаточного эффекта того или иного психофармакологического препарата, рекомендуется убедиться в соблюдении пациентами комплаенса с целью верификации факта недостаточного терапевтического ответа на данный препарат.

При неэффективности инициальной терапии, в первую очередь, необходимо убедиться в том, что пациент комплаентен, так как нарушение режима приёма препарата является причиной формирования резистентности к лечению в значительной части случаев. Нарушения режима терапии могут быть связаны с побочными эффектами, недостаточным пониманием пациентом необходимости следовать назначениям, ощущению отсутствия эффекта от лечения (особенно

(если пациент не получал препараты из группы производных бензодиазепина на начальном этапе) с целью полного купирования симптомов ПР.

Оптимальные дозировки препаратов: алпразолам 0,75-6 мг/сут; клоназепам 1-4 мг/сут; лоразепам 2-7,5 мг/сут; диазепам 5-30 мг/сут. Способ применения – пероральный, в случае тяжёлой выраженности симптомов допускаются внутримышечный и внутривенный способы введения. Длительность терапии – до 3 недель.

Тем пациентам, у которых не удалось достигнуть ремиссии на фоне инициальной терапии препаратами из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина или венлафаксином, рекомендуется смена терапии на имипрамин или кломипрамин с целью купирования симптомов ПР.

Тем пациентам, у которых не удалось достигнуть ремиссии на фоне терапии препаратами из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, венлафаксином, имипрамином или кломипрамином, рекомендуется монотерапия производными бензодиазепина с целью купирования симптомов ПР.

После наступления терапевтического эффекта с целью стабилизации эффекта и профилактики рецидивов пациентам с ПР рекомендуется проведение длительной фармакотерапии (не менее 6 месяцев).

Всем пациентам, у которых была достигнута ремиссия на фоне монотерапии препаратами из группы производных бензодиазепина рекомендуется продолжение терапии в течение не более 6 месяцев с целью поддерживающей терапии для сохранения ремиссии ПР.

У пациентов с ПР при применении психотропных препаратов рекомендуется оценивать следующие побочные эффекты психофармакотерапии: седация, сонливость, заторможенность, задержка мочеиспускания, запоры или поносы, тошнота, головные боли, головокружение, нарушения координации, концентрации внимания, памяти, формирование зависимости и толерантности к препаратам и др. в рамках персонализированного подхода с целью снижения вероятности развития побочных эффектов и осложнений от проводимой терапии.

Пациентам с ПР при применении психотропных препаратов рекомендована оценка эффективности и переносимости терапии, которая проводится на 7-14-28 день психофармакотерапии и далее 1 раз в 4 недели до окончания курса лечения с целью своевременной коррекции проводимого лечения. При непереносимости или недостаточной эффективности проводится коррекция дозировок или смена препарата.

Для тех пациентов, у которых не удалось достигнуть ремиссии на фоне терапии препаратами из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, венлафаксином, имипра-

мином или кломипрамином, монотерапии производными бензодиазепина, верифицированной комплаентностью и диагнозом ПР, рекомендуется переход к стратегиям преодоления резистентности с целью купирования симптомов ПР.

Психотерапия является доказанным эффективным методом лечения невротических расстройств, в том числе и панического расстройства. В ряде исследований показана равная эффективность психотерапии и психофармакотерапии при ПР. Надо отметить, что в целом психофармакотерапия даёт более быстрое улучшение состояния и требует меньше усилий пациента, временных и экономических затрат, но симптоматика может возобновляться при отмене медикаментов. Психотерапия, в особенности если психологические механизмы формирования и поддержания ПР играют существенную роль, даёт более качественный эффект и более стойкую ремиссию. Оптимальным является сочетание психофармакотерапии и психотерапии, поскольку это в максимальной степени соотносится с современной биопсихосоциальной концепцией формирования психических расстройств и позволяет реализовать принципы персонализированной медицины, повысить эффективность терапевтических вмешательств. Имеются доказательные исследования в отношении ряда методов психотерапии. Однако необходимо помнить, что дизайн доказательных исследований в психотерапии достаточно сложен и клиническая практика по многим параметрам отличается от научного эксперимента. Большое количество источников, показывающих эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии, связано, скорее, с возможностью в рамках научных исследований воспроизводить определённые техники, а не с безусловным приоритетом этого метода для пациентов с паническим расстройством. Другие методы психотерапии, имеющие на сегодняшний день меньшую доказательную базу, могут быть не менее, а возможно в определённых случаях более эффективными, чем когнитивно-поведенческая психотерапия.

Противопоказания и ограничения к психотерапевтическому лечению:

1. пациенты со страхом перед самораскрытием и преобладанием отрицания в комплексе используемых механизмов психологической защиты;
2. пациенты с недостаточной мотивацией к изменениям и очевидной вторичной выгодой от болезни;
3. пациенты с низкой интерперсональной чувствительностью;
4. пациенты, которые не смогут регулярно посещать сеансы психотерапии;
5. пациенты, которые не будут участвовать в процессе активной вербализации и слушания в индивидуальной и групповой психотерапии;
6. пациенты, чьи характерологические особенности не позволят им конструктивно работать в индивидуальной и групповой психотерапии и извлекать из этой работы пользу (которые постоянно отыгрывают свои эмоции вовне в качестве защитной реакции, а не наблюдают за своим психологическим состоянием; или пациенты с серьёзным негативизмом или ригидностью).

В лечении пациентов с ПР рекомендовано использовать различные виды психотерапии в комбинации с психофармакотерапией для более эффективного и стойкого снижения тревоги, частоты ПА, научения релаксации, коррекции иррациональных установок, осознания глубинных механизмов и противоречий. Соотношение психофармакотерапии и психотерапии определяется гибко в зависимости от индивидуальных клинических проявлений и психологических характеристик пациента.

Пациентам с ПР рекомендуется с целью снижения уровня тревожности, снижения частоты панических атак, преодоления ограничительного поведения проведение 10-15 сеансов когнитивно-поведенческой психотерапии.

Пациентам с ПР рекомендуется с целью снижения уровня тревожности, снижения частоты панических атак,

проявления неосознаваемых механизмов, лежащих в основе симптоматики, проведение краткосрочной психодинамической психотерапии – 24 сеанса с частотой 2 раза в неделю.

Пациентам с ПР рекомендуется с целью снижения уровня тревожности, снижения частоты панических атак, контролем над дыханием и мышечным напряжением использование релаксационных методов – 10-15 сеансов.

Существуют исследования как подтверждающие эффективность релаксационных методов при лечении ПР, так и описывающие их ограниченные возможности. Использование биообратной связи позволяет пациенту научиться регуляции своего состояния и возможности его мониторинга.

Пациентам с ПР рекомендуется с целью снижения тревоги, частоты ПА, разрешения внутриличностных противоречий, лежащих в основе панической симптоматики, преодоления ограничительного поведения применение индивидуальной и групповой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии – 20-30 сеансов.

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия может быть отнесена к отечественному варианту психодинамического направления. Психотерапия направлена на восстановление нарушенной системы отношений больного через изучение специфики личностных расстройств у него, анализ и осознание особенностей формирования системы отношений пациента, патогенной ситуации и невротического конфликта. Сбалансированное использование механизмов лечебного воздействия (конфронтации, эмоционально-корректирующего опыта и научения) позволяет изменять нарушенные отношения больного, учитывая три плоскости ожидаемых изменений (в когнитивной, эмоциональной и мотивационно-поведенческой сферах). Кроме позитивной динамики на уровне симптоматических

проявлений, существенно улучшается межличностное, социальное функционирование пациента, качество его жизни.

Иное лечение. Пациентам с ПР, особенно с резистентными формами рекомендуется применение методов транскраниальной магнитной стимуляции с целью снижения уровня тревожности и снижения частоты панических атак.

В ряде исследований описаны эффекты импульсной (циклической) транскраниальной магнитной стимуляции. В настоящее время достоверная рекомендательная база недостаточна. Но в ряде случаев, особенно при резистентных формах ПР, целесообразно присоединение этого метода к психофармакотерапии и психотерапии.

Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение. Пациентам с ПР рекомендуется использовать реабилитационные мероприятия с целью укорочения временной утраты трудоспособности пациентов, ранней социализации в обществе, улучшения качества жизни.

Пациентам с ПР с целью укорочения периода временной утраты нетрудоспособности, ранней социализации в обществе, улучшения качества жизни рекомендуется использовать социоцентрированные и психоцентрированные суппортивные психотерапевтические методы.

Пациентам с ПР в целях повышения качества и эффективности лечения в качестве специальных видов реабилитации рекомендуются семейная, социально-психологическая, профессиональная суппортивная психотерапия и/или психокоррекция.

Пациентам с ПР в целях повышения качества и эффективности лечения как одна из важных форм реабилитационных мероприятий рекомендуется суппортивная психотерапия, которая может проводиться амбулаторно в виде индивидуальной и групповой психотерапии.

Таблица 3

Основные предикторы затяжного течения ПР

<p>Предикторы непрерывного течения затяжных форм</p>	<ul style="list-style-type: none"> • преморбидная минимальная церебральная дефицитарность • правосторонний тип функциональной межполушарной асимметрии • эмоциональное пренебрежение со стороны значимых лиц в родительской семье, что приводит к биопсихосоциальной констелляции, препятствующей разрешению конфликтов, связанных с неудачным опытом ранних отношений, интеграции нового опыта, формированию устойчивой самооценки и определяющей снижение адаптационного потенциала личности
<p>Предикторы волнообразного течения затяжных форм</p>	<ul style="list-style-type: none"> • личностные особенности индивида, определяющие его уязвимость к стрессовым воздействиям, затрагивающих наиболее значимые отношения личности и имеющих сходный (стереотипный) характер
<p>Психологические предикторы затяжного течения</p>	<ul style="list-style-type: none"> • использование психологической защиты в виде вытеснения • интернальность в отношении к болезни • более глубокие нарушения нарциссической регуляции, формирующие нестабильность самооценки, высокую уязвимость к критике • избирательное внимание к неудачному опыту • трудности в построении межличностных отношений, проявляющиеся либо избеганием контактов, либо поиском патерналистских отношений, обеспечивающих поддержание позитивной самооценки
<p>Социальные предикторы затяжного течения</p>	<ul style="list-style-type: none"> • воспитание матерью-одиночкой • развод/расставание родителей • дисгармоничные отношения в родительской семье, что указывает на особую значимость семейных отношений в формировании у больных с хроническим затяжным течением невротических расстройств навыков проблемно-решающего поведения
<p>Клинические предикторы затяжного течения</p>	<ul style="list-style-type: none"> • коморбидные психические расстройства • коморбидные соматические расстройства • злоупотребление психоактивными веществами • пролонгированная актуальная стрессовая ситуация в сочетании с низкой фрустрационной толерантностью • терапевтическая резистентность

Пациентам с ПР рекомендуется наблюдение и курация врачом-психотерапевтом или врачом психиатром для коррекции терапии и корректной её отмены, проведении психотерапии.

Пациентам с ПР рекомендуется диспансерное наблюдение врачом-психиатром в случаях наличия суицидального риска, тяжёлого течения, коморбидной психической патологии, резистентности к терапии с целью динамической оценки состояния, определения показаний для коррекции амбулаторного лечения, своевременной госпитализации в стационар.

Профилактика и диспансерное наблюдение. Специфической профилактики, позволяющей предотвратить повторение ПА, не существует. Профилактика ПР заключается во внедрении принципов здорового образа жизни, мероприятий, направленных на поддержание психического здоровья среди населения, ограничение употребления алкоголя и психоактивных веществ. А также информирование населения о признаках ПР с целью раннего выявления и своевременного обращения за медицинской помощью.

Пациентам с ПР рекомендуется приверженность принципам здорового образа жизни, внедрение мероприятий, направленных на поддержание психического здоровья среди населения в целях профилактики тревожных нарушений.

Имеются исследования, подтверждающие, что физическая активность может снижать риск развития ПР и способствовать более эффективному совладанию с тревогой.

Организация оказания медицинской помощи. Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

1. высокая частота панических атак, требующая подбора фармакотерапии в стационаре;
2. выраженная тревога, требующая подбора фармакотерапии в стационаре;
3. наличие коморбидных психических расстройств, требующих подбора медикаментозной терапии в стационаре;
4. наличие коморбидных соматических расстройств, требующих подбора медикаментозной терапии в стационаре;
5. выраженные фобические состояния с ограничительным поведением, стойкая агорафобия, существенно затрудняющая передвижение пациента;
6. плохая переносимость медикаментозной терапии.

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

1. Подбор адекватной и эффективной фармакотерапии.
2. Отсутствие выраженных нежелательных явлений.
3. Снижение частоты панических атак.
4. Снижение уровня тревожности.
5. Стабилизация психического состояния.
6. Стабилизация соматического состояния.
7. Купирование фобических состояний с преодолением ограничительного поведения.

Дополнительная информация

Факторы (предикторы) способствующие затяжному течению. Основные предикторы затяжного течения ПР. Актуальность: 2021

Анастасия БЕБУРИШВИЛИ,
старший научный сотрудник отдела по изучению эндогенных психических расстройств Научного центра психического здоровья РАН,
кандидат медицинских наук.

Анна ВАСИЛЬЕВА,
главный научный сотрудник отделения пограничных психических расстройств и психотерапии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева Минздрава России,
член Российской психотерапевтической ассоциации, член Российского общества психиатров,
доктор медицинских наук,
доцент.

Мария ГАНТМАН,
врач-психиатр клиники «Центр психического здоровья»,
член Российского общества психиатров,
кандидат медицинских наук.

Забегая вперёд, ответим на вопрос, вынесенный в подзаголовок этой статьи: приживётся. Уже прижилась. Правда, в лечебных учреждениях Российской Федерации на сегодняшний день имеется всего 37 роботических хирургических платформ, и наш совокупный опыт выполнения такого рода оперативных вмешательств, пожалуй, сопоставим с опытом какого-нибудь одного крупного американского или европейского медицинского центра.

Лучше рано, чем поздно

Тем не менее, рассказывать о возможностях робот-ассистированной хирургии необходимо, даже с учётом того, что в данный момент это реально затрагивает интересы лишь нескольких десятков российских хирургов, которым повезло эту технику освоить и использовать в практике. И всё-таки, коль скоро данный технологический подход к выполнению малоинвазивных операций занял прочное место в мировой медицине, то рано либо поздно займёт его и в медицине отечественной. Правда, справедливости ради надо отметить, что длительность периода «рано или поздно» в нынешних условиях определить невозможно даже приблизительно как в смысле приобретения дополнительного количества импортных роботических систем, так и начала производства собственных. Конечно, лучше, чтобы это произошло как можно раньше.

Тридцать лет назад с таким же интересом/скепсисом российские хирурги изучали потенциал видеондоскопических оперативных технологий и горячо спорили о том, вытеснит ли малоинвазивная хирургия привычную открытую. Сегодня аналогичные дискуссии ведутся вокруг того, имеет ли смысл тратить деньги отрасли и пациента на дорогостоящие робот-ассистированные операции, когда прекрасных успехов можно добиваться с помощью рутинных лапаро- и торакокопии. Апологеты роботической хирургии убеждают: имеет смысл. Потому что даже самые лучшие видеостойки с лучшими набором инструментария не дают хирургу той свободы и точности движений, которую обеспечивают консоль и манипуляторы роботической платформы.

В рамках только что прошедшего Всероссийского форума «Инновационная онкология», организованного Национальным медицинским исследовательским центром онкологии им. Н.Н.Блохина, обсудили уже имеющийся опыт и перспективы использования роботических систем в малоинвазивной онкохирургии. Оказалось, что почти во всех её разделах место «роботу» нашлось, и не только за рубежом, но и в нашей стране. Анатомические резекции органов, поражённых опухолевым процессом, выполняются с помощью «робота» при раке ротоглотки, лёгкого, пищевода, желудка, а также в онкоурологии и онкогинекологии.

«Продвинутая» хирургия

Говоря о значении робот-ассистированной хирургии при раке лёгкого, руководитель научно-практического центра торакальной хирургии Московской городской онкологической больницы № 62 Дмитрий Сехнаидзе призвал коллег быть решительнее: «Мы должны стремиться выполнять органосохраняющие операции, в том числе, при стадиях рака IIIA и IIIB. Сегодня нет данных, которые доказывали бы, что это приводит к увеличению частоты местных рецидивов либо ухудшению отдалённых результатов лечения в этой группе онкологических больных».

В свою очередь директор Научно-исследовательского института клинической онкологии им. Н.Н.Трапезникова Павел Кононец предостерегает: это advanced-хирургия, небезопасно браться за выполнение таких вмешательств, не имея навыков определённых технических приёмов в торакоко-

пии. В целом же, по его словам, и российский, и зарубежный опыт показывает, что при раке лёгкого роботическая хирургия возможна и оправдана.

Самый большой в России опыт робот-ассистированной хирургии в торакальной онкологии имеют специалисты Краснодарской краевой клинической больницы № 1 им. С.В.Очаповского. По словам сотрудника отделения торакальной хирургии Виталия Данилова, начиная с 2017 г., здесь выполнили почти 500 лобэктомий, в 90% случаев это были пациенты с раком лёгкого. Причём, недавно в больнице появился второй хирургический ро-

бот, что позволит увеличить объём выполняемых вмешательств. Эндоскопические технологии направлены в первую очередь на повышение качества жизни хирургического пациента при условии, что не произойдёт потери онкологической составляющей: это должна быть радикальная операция с лимфоаденэктомией. Ранняя послеоперационная реабилитация и выписка из стационара дают возможность сразу же продолжить онкологическое лечение. Все эти плюсы есть и у робот-ассистированных вмешательств, – говорит В.Данилов.

Что касается подготовки к работе на таком оборудовании, она не очень сложна при одном условии – врач, не имеющий опыта эндоскопической хирургии, не сможет полноценно раскрыть все возможности роботической системы, а самое главное – у него процесс обучения будет более долгим.

Современные технологии

Семь степеней свободы

Приживётся ли робот-ассистированная хирургия в онкологии?



бот, что позволит увеличить объём выполняемых вмешательств.

Эндоскопические технологии направлены в первую очередь на повышение качества жизни хирургического пациента при условии, что не произойдёт потери онкологической составляющей: это должна быть радикальная операция с лимфоаденэктомией. Ранняя послеоперационная реабилитация и выписка из стационара дают возможность сразу же продолжить онкологическое лечение. Все эти плюсы есть и у робот-ассистированных вмешательств, – говорит В.Данилов.

Что касается подготовки к работе на таком оборудовании, она не очень сложна при одном условии – врач, не имеющий опыта эндоскопической хирургии, не сможет полноценно раскрыть все возможности роботической системы, а самое главное – у него процесс обучения будет более долгим.

Во всём мире считается, что хирурги, имеющие опыт видеоторакокопии, после 20 операций на роботической платформе уже выходят на плато кривой обучения. Сравните: когда врач приходит из открытой хирургии в эндоскопическую, кривая его обучения составляет от 50 до 70 операций – то есть в два-три раза дольше, чем подготовка опытного эндоскопического хирурга для робот-ассистированной хирургии. Очень многие движения в роботической хирургии стандартизированы и научиться им достаточно просто, – вдохновил коллег опытный эксперт.

Сравнение как доказательство

Со времён Платона принято считать, что сравнение не является стопроцентным доказательством в

пользу того или другого явления или предмета, а лишь добавляет аргументов оратору. Тем не менее, в современной медицине именно результаты клинических исследований, в ходе которых сравниваются разные группы пациентов и разные использованные методы лечения, принимаются за научно-обоснованную истину. Именно такие сведения привёл заместитель главного врача по хирургии городской больницы № 40 Санкт-Петербурга доктор медицинских наук Дмитрий Гладышев, говоря о робот-ассистированной хирургии рака желудка.

Впервые такие операции в начале 2000-х годов выполнили в

водится по 700-800 роботических операций в год.

В горбольнице № 40 Санкт-Петербурга тоже используют роботическую систему при хирургическом лечении рака желудка.

Наш скромный опыт – 61 оперативное вмешательство, из них 11 тотальных гастрэктомий и 50 дистальных субтотальных резекций. Поначалу брали и пациентов с IV стадией, сейчас стараемся местнораспространённый рак IV стадии роботически не оперировать. Более 50% прооперированных таким образом больных со II стадией опухоли. Койко-день длится от 7 до 9 суток. Всегда спрашивают, дорого

лишь добавляет аргументов оратору. Тем не менее, в современной медицине именно результаты клинических исследований, в ходе которых сравниваются разные группы пациентов и разные использованные методы лечения, принимаются за научно-обоснованную истину. Именно такие сведения привёл заместитель главного врача по хирургии городской больницы № 40 Санкт-Петербурга доктор медицинских наук Дмитрий Гладышев, говоря о робот-ассистированной хирургии рака желудка.

Впервые такие операции в начале 2000-х годов выполнили в

лизацию даже лучше, чем просто в 3D с экрана монитора, потому что экран имеет углы и, если хирург стоит сбоку, изображение начинает двоиться. В «роботе» такого эффекта нет, потому что оперирующему хирургу ни с кем соседствовать не приходится, изображение прямо перед его глазами. Семь степеней свободы движения манипуляторов позволяют не повредить сосуды, безопасно выполнить выделение и удаление тканей и органов, безопасно наложить швы. И тоже короткий послеоперационный период, отсутствие болевого синдрома и косметический эффект, – подчеркнул М.Комаров.

Один из экспертов в режиме свободного обсуждения заметил также – непонятно: то ли в шутку, то ли всерьёз, – что хирург может выпить кофе во время какого-то не самого важного этапа робот-ассистированной операции, да и надевать халат не обязательно, когда сидишь за консолью «робота». Надеемся, что это всё-таки было сказано в шутку, и как весомые аргументы в пользу «робота» никем рассматриваться не будут.

Новое направление

Особый интерес участников форума вызвало сообщение о робот-ассистированных операциях при злокачественных новообразованиях ротоглотки.

Заведующий отделением опухолей головы и шеи НМИЦ им. Н.Н.Блохина доктор медицинских наук Михаил Кропотков отметил, в последние годы пристальное внимание специалистов, которые занимаются данным разделом онкологии, приковано именно к раку ротоглотки, что обусловлено кардинальным изменением представления о причинах, патогенезе, стратегии лечения и прогнозе таких новообразований. Если прежде причиной опухоли ротоглотки считалось исключительно табакокурение, то сейчас значительно растёт количество случаев рака ротоглотки, ассоциированного с вирусом папилломы человека. В развитых странах США, Европе, Скандинавии вирус-ассоциированный рак ротоглотки составляет до 30% от всего плоскоклеточного рака органов головы и шеи и примерно 70% среди всех раков ротоглотки.

Локализация опухоли в области корня языка или нёбной миндалины – крайне труднодоступная зона для визуализации, а тем более для выполнения хирургических вмешательств. Поэтому долгое время в таких ситуациях применялись открытые операционные доступы с большой травмой мягких тканей и костных структур, что сказывается и на функциональных возможностях человека после операции, и на эстетике. Трансоральная робот-ассистированная операция позволяет через рот подойти к опухоли и удалить её, не травмируя мягкие ткани и костные структуры головы, что обеспечивает быструю реабилитацию пациента. Большой раньше начинал питаться через рот, это тоже немаловажно, – перечислил М.Кропотков.

По словам хирурга, сравнительный анализ результатов открытых и робот-ассистированных операций при раке ротоглотки показал, что после вторых достоверно выше показатели пятилетней выживаемости больных. В целом, как отметил М.Кропотков, хирурги во всём мире перенастраивают своё отношение к лечению рака ротоглотки: уменьшается количество открытых операций, увеличивается количество робот-ассистированных.

При этом специалист подчеркнул, насколько важен опыт опе-

или не очень стоит такая хирургия. Ответу: нам хватает роботической квоты, которая составляет 316 тыс. руб., – рассказал заместитель главного врача.

В целом, подчеркнул эксперт, роботическая хирургия при должных навыках является комфортной для хирурга и безопасной для пациента. Она сопровождается минимальным количеством интра- и послеоперационных кровотечений. Онкологически такие вмешательства обоснованы.

Вопрос: «Выпить кофе в операционной?»

Большее всего показаний к использованию роботической платформы – в онкоурологии. Во всяком случае так говорят сами урологи. В НМИЦ им Н.Н.Блохина такие операции выполняют уже в течение 2 лет и накопили неплохой опыт.

Вообще малоинвазивные технологии в онкоурологии стали незаменимы, считает научный сотрудник центра Максим Комаров. Внедрение метода лапароскопии с возможностью 3D-визуализации позволило выполнять более прецизионные операции, в частности, малотравматичную простатэктомию при раке предстательной железы, сложные резекции опухолей почки. Онкологические результаты сразу стали выше благодаря тому, что хирург прекрасно видит края резекции опухоли, хорошая визуализация обеспечивает также минимизацию кровопотери. Плюс короткий послеоперационный период, отсутствие у пациента болевого синдрома, косметический эффект. Казалось бы, может ли быть лучше? Оказалось, может.

Роботическая хирургическая платформа обеспечивает визуализацию даже лучше, чем просто в 3D с экрана монитора, потому что экран имеет углы и, если хирург стоит сбоку, изображение начинает двоиться. В «роботе» такого эффекта нет, потому что оперирующему хирургу ни с кем соседствовать не приходится, изображение прямо перед его глазами. Семь степеней свободы движения манипуляторов позволяют не повредить сосуды, безопасно выполнить выделение и удаление тканей и органов, безопасно наложить швы. И тоже короткий послеоперационный период, отсутствие болевого синдрома и косметический эффект, – подчеркнул М.Комаров.

Один из экспертов в режиме свободного обсуждения заметил также – непонятно: то ли в шутку, то ли всерьёз, – что хирург может выпить кофе во время какого-то не самого важного этапа робот-ассистированной операции, да и надевать халат не обязательно, когда сидишь за консолью «робота». Надеемся, что это всё-таки было сказано в шутку, и как весомые аргументы в пользу «робота» никем рассматриваться не будут.

Особый интерес участников форума вызвало сообщение о робот-ассистированных операциях при злокачественных новообразованиях ротоглотки.

Заведующий отделением опухолей головы и шеи НМИЦ им. Н.Н.Блохина доктор медицинских наук Михаил Кропотков отметил, в последние годы пристальное внимание специалистов, которые занимаются данным разделом онкологии, приковано именно к раку ротоглотки, что обусловлено кардинальным изменением представления о причинах, патогенезе, стратегии лечения и прогнозе таких новообразований. Если прежде причиной опухоли ротоглотки считалось исключительно табакокурение, то сейчас значительно растёт количество случаев рака ротоглотки, ассоциированного с вирусом папилломы человека. В развитых странах США, Европе, Скандинавии вирус-ассоциированный рак ротоглотки составляет до 30% от всего плоскоклеточного рака органов головы и шеи и примерно 70% среди всех раков ротоглотки.

Локализация опухоли в области корня языка или нёбной миндалины – крайне труднодоступная зона для визуализации, а тем более для выполнения хирургических вмешательств. Поэтому долгое время в таких ситуациях применялись открытые операционные доступы с большой травмой мягких тканей и костных структур, что сказывается и на функциональных возможностях человека после операции, и на эстетике. Трансоральная робот-ассистированная операция позволяет через рот подойти к опухоли и удалить её, не травмируя мягкие ткани и костные структуры головы, что обеспечивает быструю реабилитацию пациента. Большой раньше начинал питаться через рот, это тоже немаловажно, – перечислил М.Кропотков.

По словам хирурга, сравнительный анализ результатов открытых и робот-ассистированных операций при раке ротоглотки показал, что после вторых достоверно выше показатели пятилетней выживаемости больных. В целом, как отметил М.Кропотков, хирурги во всём мире перенастраивают своё отношение к лечению рака ротоглотки: уменьшается количество открытых операций, увеличивается количество робот-ассистированных.

При этом специалист подчеркнул, насколько важен опыт опе-

или не очень стоит такая хирургия. Ответу: нам хватает роботической квоты, которая составляет 316 тыс. руб., – рассказал заместитель главного врача.

В целом, подчеркнул эксперт, роботическая хирургия при должных навыках является комфортной для хирурга и безопасной для пациента. Она сопровождается минимальным количеством интра- и послеоперационных кровотечений. Онкологически такие вмешательства обоснованы.

Вопрос: «Выпить кофе в операционной?»

Большее всего показаний к использованию роботической платформы – в онкоурологии. Во всяком случае так говорят сами урологи. В НМИЦ им Н.Н.Блохина такие операции выполняют уже в течение 2 лет и накопили неплохой опыт.

Вообще малоинвазивные технологии в онкоурологии стали незаменимы, считает научный сотрудник центра Максим Комаров. Внедрение метода лапароскопии с возможностью 3D-визуализации позволило выполнять более прецизионные операции, в частности, малотравматичную простатэктомию при раке предстательной железы, сложные резекции опухолей почки. Онкологические результаты сразу стали выше благодаря тому, что хирург прекрасно видит края резекции опухоли, хорошая визуализация обеспечивает также минимизацию кровопотери. Плюс короткий послеоперационный период, отсутствие у пациента болевого синдрома, косметический эффект. Казалось бы, может ли быть лучше? Оказалось, может.

Роботическая хирургическая платформа обеспечивает визуализацию даже лучше, чем просто в 3D с экрана монитора, потому что экран имеет углы и, если хирург стоит сбоку, изображение начинает двоиться. В «роботе» такого эффекта нет, потому что оперирующему хирургу ни с кем соседствовать не приходится, изображение прямо перед его глазами. Семь степеней свободы движения манипуляторов позволяют не повредить сосуды, безопасно выполнить выделение и удаление тканей и органов, безопасно наложить швы. И тоже короткий послеоперационный период, отсутствие болевого синдрома и косметический эффект, – подчеркнул М.Комаров.

Один из экспертов в режиме свободного обсуждения заметил также – непонятно: то ли в шутку, то ли всерьёз, – что хирург может выпить кофе во время какого-то не самого важного этапа робот-ассистированной операции, да и надевать халат не обязательно, когда сидишь за консолью «робота». Надеемся, что это всё-таки было сказано в шутку, и как весомые аргументы в пользу «робота» никем рассматриваться не будут.

Особый интерес участников форума вызвало сообщение о робот-ассистированных операциях при злокачественных новообразованиях ротоглотки.

Заведующий отделением опухолей головы и шеи НМИЦ им. Н.Н.Блохина доктор медицинских наук Михаил Кропотков отметил, в последние годы пристальное внимание специалистов, которые занимаются данным разделом онкологии, приковано именно к раку ротоглотки, что обусловлено кардинальным изменением представления о причинах, патогенезе, стратегии лечения и прогнозе таких новообразований. Если прежде причиной опухоли ротоглотки считалось исключительно табакокурение, то сейчас значительно растёт количество случаев рака ротоглотки, ассоциированного с вирусом папилломы человека. В развитых странах США, Европе, Скандинавии вирус-ассоциированный рак ротоглотки составляет до 30% от всего плоскоклеточного рака органов головы и шеи и примерно 70% среди всех раков ротоглотки.

Локализация опухоли в области корня языка или нёбной миндалины – крайне труднодоступная зона для визуализации, а тем более для выполнения хирургических вмешательств. Поэтому долгое время в таких ситуациях применялись открытые операционные доступы с большой травмой мягких тканей и костных структур, что сказывается и на функциональных возможностях человека после операции, и на эстетике. Трансоральная робот-ассистированная операция позволяет через рот подойти к опухоли и удалить её, не травмируя мягкие ткани и костные структуры головы, что обеспечивает быструю реабилитацию пациента. Большой раньше начинал питаться через рот, это тоже немаловажно, – перечислил М.Кропотков.

По словам хирурга, сравнительный анализ результатов открытых и робот-ассистированных операций при раке ротоглотки показал, что после вторых достоверно выше показатели пятилетней выживаемости больных. В целом, как отметил М.Кропотков, хирурги во всём мире перенастраивают своё отношение к лечению рака ротоглотки: уменьшается количество открытых операций, увеличивается количество робот-ассистированных.

При этом специалист подчеркнул, насколько важен опыт опе-

рирующего хирурга: он позволяет сократить частоту случаев положительного края резекции опухоли в два раза, осложнений – в три. Так же статистически показано, что специализированные центры, в которых робот-ассистированные операции поставлены на поток, имеют меньшую частоту случаев неполной резекции опухоли.

Что касается опухолей щитовидной железы, эксперты высказали сомнения в том, нужно ли здесь внедрять трансоральные робот-ассистированные операции. Небольшой разрез по шейной складке они назвали вполне адекватным вариантом хирургического вмешательства.

Когда новое не всегда лучше

В онкогинекологии ситуация с применением роботических платформ не такая однозначная. По информации заведующего отделением онкогинекологии НМИЦ им. Н.Н.Блохина Алексея Шевчука, убедительная доказательная база, которая свидетельствует об онкологической эквивалентности открытой, лапароскопической и робот-ассистированной хирургии, пока есть только рака эндометрия, что подтверждено рандомизированными исследованиями.

– При раке эндометрия действительно стоит выполнять робот-ассистированные операции. Как правило, это пациентки с сопутствующей патологией, в частности, с ожирением, и в таких случаях роботическая платформа открывает новые возможности для хирурга. В отношении рака шейки матки была надежда на то, что робот-ассистированная хирургия покажет более высокую эффективность, но крупное международное исследование показало: при этой патологии минимально-инвазивная хирургия, включая робот-ассистированную, имеет худшие результаты, чем открытая хирургия. А при раке яичников время от времени робот-ассистированные операции в разных клиниках выполняются, но, честно говоря, перспективы развития данного направления пока сомнительны. И это связано не с конкретным применением робототехники, а вообще с местом малоинвазивной хирургии при раке яичников, особенно, при диссеминированном процессе, – пояснил А.Шевчук.

В мире на онкогинекологию приходится 27% от общего количества выполняемых робот-ассистированных оперативных вмешательств, в России – 12%, уступая урологии и общей хирургии. Специалисты НМИЦ им. Н.Н.Блохина имеют пока небольшой опыт выполнения робот-ассистированных операций в онкогинекологии – 29, большинство по поводу рака эндометрия. По отзывам хирургов, удобство использования инструментов под любым углом в отличие от лапароскопии делает робот-ассистированные операции в малом тазу более лёгкими и быстрыми. Главный же вывод – такие операции должны выполняться регулярно. Если они выполняются раз в месяц или раз в две недели, никакого прогресса не будет.

– Во многих клиниках мира роботическая хирургия стала рутинной в онкологии. Так, во время поездки в MD Anderson Cancer Center (Техасский университет, США) я насчитал в оперблоке девять роботических систем, которые стояли в коридоре, а несколько платформ на тот момент уже работали в операционных. Там подобные операции выполняются на потоке большому числу пациентов, – посетовал А.Шевчук. И добавил, что в нашей стране при всех преимуществах робот-ассистированной хирургии главный её недостаток – малое количество платформ и лимитированное количество квот на выполнение таких операций.

Елена БУШ,
обозревател
«МГ».

Своим нездоровым образом жизни мы сами льём воду на мельницу наших болезней. О пагубности вредных привычек известно давно. Ещё в Библии написано: «Немногим довольствуется человек благоспитанный, и потому он не страдает одышкой на своём ложе. Здоровый сон бывает при умеренности желудка: встал рано, и душа его с ним; страдание бессонницей и холера, и резь в животе бывают у человека ненасытного». Переедание приводит к ожирению, атеросклерозу, ИБС и ряду иных тяжёлых болезней. Каковы причины и как преодолеть это пристрастие?

Склонность к перееданию

Отмечу сразу: страдающие ожирением далеко не всегда чревоугодники. Как мы знаем, огромную роль в возникновении этого заболевания играет генетика. Некоторые люди съедают много высококалорийных продуктов, но не прибавляют в весе. Другие же, напротив, быстро полнеют и прилагают колоссальные усилия, чтобы похудеть. Родители с нормальной массой тела имеют детей, предрасположенных к ожирению, в 7% случаев. Если ожирением страдает один из родителей, у ребёнка оно отмечается в 40% случаев, если оба, – то в 80%. В целом масса тела зависит от внешних обстоятельств (например, характера питания и труда), а рост и конституция обусловлены генетически.

Культура питания складывается на основе национальных и религиозных традиций. У разных народов издавна сложились различные представления о человеческой красоте. Где-то ценится стройность, где-то знаком высокого социального положения и власти считается тучность.

Привычка переедать нередко формируется с детства. В некоторых семьях приём пищи уделяется неоправданное внимание. Ребёнку не разрешается вставать из-за стола, пока не съест всё, даже если он уже сыт. Прекращение еды зависит не от насыщения, а от установленной взрослыми порции. Это препятствует разграничению голода и сытости, мешает внутренне контролировать количество и качество пищи.

Логика воспитания примитивна и недальновидна: «Ешь больше, иначе не выдуреешь, будешь слабым и т.п.» Родители принимают любой дискомфорт или жалобу ребёнка за чувство голода. Любимое блюдо – это основное средство утешения. Вкусная еда становится мощным регулятором поведения, и в психике ребёнка надолго закрепляется неверная установка: «Когда плохо, я должен поесть».

Закармливанием и вообще чрезмерной опекой родители бессознательно пытаются компенсировать недостаток своей любви к ребёнку. В свою очередь, дети с помощью еды защищаются от депрессии, связанной с отсутствием материнской ласки. Подчас поводами для обильной трапезы служат подавленность, гнев, страх, скука, а также чувство одиночества и внутренней пустоты. В подобных ситуациях люди убеждены, что пища заглушает их боль, помогает преодолеть разочарование, снимает стресс и даёт уверенность в безопасности.

Пищевые расстройства нередко возникают как протест. Например, муж не обращает внимания на супругу. Она постоянно «на нервах» и пытается «заесть» свою семейную драму. Или: жена предъявляет между непомерные финансовые требования и упрекает, что он мало зарабатывает. В ответ муж «гасит» семейные трения и собственное беспокойство гамбургерами, чипсами и выпивкой. Ситуация отчасти объясняет афоризм: «В борьбе между сердцем и головой в конце концов побеждает желудок».

Некоторые женщины ускоренно набирают вес после искусственного прерывания беременности, чтобы оградиться от окружающих, стать менее привлекательными для

Точка зрения

Гурман, помни!

Культура и антикультура питания



мужчин и избежать нового повода к аборт. Полнота даёт ощущение защиты от опасной близости. Сердце, разбитое из-за распотанного в зачатке счастья материнства, оказывается в плену у тучного тела. Горе и отвращение при виде собственной когда-то стройной изящной фигуры отражают ужас и мрак, царящий в душе. Этим женщина подсознательно карает себя.

Есть и существенный физиологический момент. Переедание стимулирует чувство голода, и у зависимого от пищи человека меняется обмен веществ.

Подмена понятий «еда» и «быть сильным»

Современный американский психотерапевт Йозеф Винтер утверждает, что именно так случилось с его пациенткой Кориной. В детстве толстенная девочка, в юности плотная маленькая девушка, с возрастом она становилась всё толще и толще. К каждому блюду она просила добавки, по утрам любила отведать мороженое с взбитыми сливками, а после обеда – кофе с пирогами. Очередная трапеза перед сном тоже входила в её рацион. А в промежутках между приёмами пищи она подкреплялась шоколадом. На вопрос врача, почему она так много ест, Корина ответила: «Да, господин доктор, я бы хотела есть меньше, но я бываю чертовски голодна. Если я пропущу обед, то становлюсь такой слабой, что просто падаю с ног».

Приветливая, доброжелательная, остроумная, она часто шутила. Однако за её юмором скрывалось тихое отчаяние: «Я не хочу быть толстой. Никто не любит толстых девушек. Меня никогда не приглашают танцевать. У меня нет друзей. Мужчинам я как будто бы нравлюсь, но дальше дело не идёт. Похоже, я обречена остаться старой девой».

Эта последняя фраза на приёме у психотерапевта выразила главную проблему несчастной девушки – одиночество, опасение лишиться радости супружества и материнства. Как нередко бывает при состояниях страха, она одновременно боялась и исполнения своей заветной мечты – выйти замуж.

Постепенно Корина разобралась в путанице собственных желаний и поняла, что еда заменяет ей всё остальное. В радости, печали, тревоге, недоумении она всегда ела. И это вместо того, чтобы разрешить конкретную проблему. Корине казалось, что еда отвлекает от плохих мыслей и переживаний. Этот типичный, фиксированный способ реакции на окружающий мир сохранился с детства. Она помнила, какое значение родители придавали «хорошей, питательной пище», как часто поощряли сладостями за примерное поведение и прилежание. В её сознании «быть хорошей» и

«кушать» слилось воедино. Также произошла незримая подмена понятий «еда» и «быть сильной».

На консультациях психотерапевта девушка уяснила другое: чтобы преодолеть ожирение, нужна не физическая сила, а сила воли. Она училась реагировать на сложные ситуации по-новому. Ей стало ясно, что могут быть иные приятные ощущения, кроме полного желудка. И вовсе необязательно цепляться за еду, как за спасательный круг. Осознав свои заблуждения, она ограничила рацион и тщательно пережевывала пищу, а не просто набивала желудок. В результате сеансов психотерапии у пациентки появились стимулы и возможность похудеть. Изменив некоторые взгляды на жизнь и еду, она выработала более правильный режим питания и стиль поведения.

Эта история показывает, что неуравновешенность гормонального фона в данном случае зависела прежде всего от эмоций и оценок. Конечно, отмечались и нарушения деятельности желез внутренней секреции. Врачи могли бы лечить Корину традиционными способами: давать гормоны и лекарства для снижения аппетита, посадить на строгую диету, посоветовать заняться лечебной физкультурой, наконец, хирургически удалить часть жировых отложений. Все эти методы по-своему эффективны. Но сами по себе, без переоценки ценностей и внутренней работы над собой они не гарантируют от рецидивов.

Неслучайно учёные говорят о «психической зависимости от еды». Это понятие имеет такое же право на существование, как термин «психическая зависимость от алкоголя и наркотиков». Зависимость от еды означает чрезмерное влечение к пище и способность достигать исключительного комфорта в самом процессе еды. Больного обуревают постоянные, навязчивые мысли о вкусных и любимых кушаньях. Настроение поднимается в предвкушении застолья, а подавленность и неудовлетворённость возникают, наоборот, при отсутствии лакомств и изысканной гастрономии. Замечу: именно лакомых блюд, а не продуктов первой необходимости. При этом человек обычно не осознаёт своего пристрастия и воображает, будто действует по доброй воле.

Внутренним миром гурмана управляет чрезвычайно мощная привязанность. Она искажает мышление и снижает значимость интересов, не связанных с едой. В конце концов, сверхценность гурманства подчиняет себе всю психическую жизнь человека, даже межличностные контакты. Любые события начинают восприниматься через призму отношения к еде: удовлетворяют или нет.

Итак, ожирение на почве чревоугодия – это бегство от неудоволь-

ствия, уход от проблем, способ защиты от неприятностей. Но душевный дискомфорт не врачуется едой. Страх перед жизненными обстоятельствами побуждает некоторых людей заполнять свою внутреннюю пустоту внешними средствами. Это чувство внутренней пустоты порой разжигает зверский аппетит. И если мы внимательно разберёмся в духовно-психологических истоках ожирения, то уразумеем и пути его излечения.

Есть надо уметь

Когда врач лечит пациента, страдающего перееданием, медицинские рекомендации следует обязательно дополнять советами психологов. Надо разъяснить сущность диеты и правила питания.

Нужно есть неторопливо, тщательно пережевывая, не глотая крупные куски и делая двухминутные паузы между блюдами. Тогда легче осознать: теперь довольно. А дальше проявить твёрдость и не поддаваться уговорам окружающих.

Пищевую зависимость трудно устранить, ругая себя за очередное лакомство, укоряя и ненавидя свою слабую волю и одновременно делая поправки.

Как же реально уменьшить тягу к еде и избавиться от бестолкового поглощения калорий?

Разделять еду и эмоции. Надо учиться выражать свои чувства и избавляться от стресса с помощью игровых ситуаций, творчества (рисования, лепки, конструирования и т.д.). Вместо внеочередной еды некоторые люди предпочитают смотреть новости, читать книги, играть в шахматы, беседовать с друзьями, гулять с собакой, любоваться красотами природы, радоваться музыке, делать самомассаж, дышать целебными благовониями.

Не ограничивать и не мучать себя во всём и сверх меры. Неразумные ограничения часто приводят к «срывам». И не ставить слишком высокую планку, давая обещания. Неисполненный обет охлаждает волю к победе.

Не прельщаться лукавыми самооправданиями типа «хорошего человека должно быть много».

Не отказываться резко от любимых и привычных блюд. Жёсткая диета – тяжёлая нагрузка для психики. Не создавать гигантских продуктовых запасов. Ведь когда холодильник доверху забит едой, соблазнов несравнимо больше. Пусть в достаточном количестве будут только «базовые» продукты.

Ни в коем случае не совмещать еду с другими видами деятельности: работой, просмотром телепередач, выходом в интернет, чтением прессы и т.д. Это механически увеличивает желание перекусить и создаёт нездоровые условные рефлексы.

Нужно заниматься физическими упражнениями, приносящими настоящее удовольствие.

В заключение приведу блестящую цитату из романа М.Булгакова «Собачье сердце». Профессор Преображенский объясняет своему ассистенту Борменталу: «Еда, Иван Арнольдович, штука хитрая. Есть надо уметь. А представьте себе, что большинство людей есть вовсе не умеют. Нужно не только знать, что есть, но и когда, как и что при этом говорить».

Константин ЗОРИН,
доцент кафедры ЮНЕСКО
«Здоровый образ жизни – залог успешного развития»
МГМСУ им. А.И.Евдокимова,
кандидат медицинских наук.



Запорожцы благодарят волонтеров

В адрес коллектива Саратовского государственного медицинского университета им. В.И.Разумовского поступила благодарность от Департамента здравоохранения Запорожской области за высокий профессионализм и неоценимую помощь сотрудников вуза, которые в составе выездной бригады с конца августа оказывают медицинскую помощь местному населению. Наиболее востребованными оказались такие направления, как хирургия, травматология, анестезиология и реанимация. В освобождённую Запорожскую область направились специалисты университетской клинической больницы № 1 им. С.Р.Миротворцева и НИИ травматологии, ортопедии и нейрохирургии университета.

– Быть там, где они нужнее всего, не оставаться равнодушными, помогать при любых обстоятельствах – эти высокие моральные и профессиональные качества всегда отличают медицинских работников, – сказал, комментируя благодарность от коллег из Запорожья ректор СГМУ профессор Андрей Ерёмин. – Работа медиков востребована в любой точке мира, сегодня в ней особенно нуждаются мирное население и наши соотечественники, участвующие в специальной военной операции. Мы готовы выполнять свой долг и оказывать медицинскую помощь в любых условиях.

Уроки «Биотехмеда»

В течение двух дней студенты всех факультетов Кубанского государственного медицинского университета (85 обучающихся) были участниками конференции о настоящем и будущем развитии биомедицинских технологий в России «Биотехмед-2022», состоявшейся в Сочи.

«Биотехмед» – главная площадка по обсуждению актуальных вопросов биомедицинской отрасли, вопросов реализации Национального проекта «Здравоохранение», диалога между государством и бизнесом, определяющего дальнейшее его развитие. Мероприятие объединило в себе возможности как научного форума в части экспертного обмена мнениями, так и экспозиционного пространства.

На конференции, завершая своё выступление, министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко представил слово ректору Кубанского ГМУ профессору Сергею Алексеевскому.

Также были обсуждены меры поддержки российских производителей и возможном возвращении на наш рынок зарубежных компаний. Ключевым мероприятием стала пленарная сессия «Стратегические инициативы в здравоохранении».

Медицинский туризм

В Астрахани с успехом прошёл Каспийский международный медицинский форум, организованный и проведённый при поддержке правительства Астраханской области, Общественной палаты РФ, ФМБА России, Астраханского государственного медицинского университета и Министерства здравоохранения региона.

Город на Волге был выбран местом проведения форума не случайно. В 2021 г. Россия выступила с инициативой создания Каспийского совета с центром в Астрахани для развития международного сотрудничества стран Прикаспия.

– Астраханская область – один из важнейших центров выездного туризма и приграничный регион с развитой системой оказания медицинской помощи. Убеждён, что дискуссии на площадках форума помогут найти ответы на многие актуальные вопросы

современного здравоохранения. А достигнутые договорённости способствуют укреплению дружеских связей России и зарубежных стран, – отметил губернатор области Игорь Бабушкин.

Модератор конференции первый заместитель председателя Комиссии по охране здоровья граждан и развитию здравоохранения Общественной палаты РФ член-корреспондент РАН Николай Дайхес отметил, что форум является знаковым событием не только для всего Каспийского региона, но и для всей России.

В медицинских вузах страны

Вопросы здоровья нации – самые важные

Председатель комитета Государственной Думы РФ по делам национальностей Геннадий Семигин, отметил:

– Вопросы здоровья нации – самые важные. Главные судьи – граждане РФ, которые ставят здоровье на самые высокие места в рейтинге ценностей. Проблем хватает – это продолжительность жизни, смертность среди трудоспособного населения, конечно же, здоровье детей и подростков и многие др.

Решение данных актуальных вопросов – главное направление для медицинской науки и здравоохранения в целом. Конференция, способствует тому, чтобы эти вопросы нашли скорейшее и эффективное решение, подчеркнул он.

Ректор Астраханского ГМУ профессор Ольга Башкина выступила на открытии конференции с докладом «Особенности подготовки иностранных обучающихся в медицинских вузах», в котором рассказала о поэтапной, многоуровневой, соответствующей современным образовательным стандартам подготовке медицинских специалистов в университете для зарубежных стран.

Представители Ирана, Казахстана и Калмыкии в своих выступлениях отмечали важность мероприятия для всего международного медицинского сообщества, так как обмен опытом и знаниями – главная составляющая развития медицинской науки и здравоохранения в любой стране.

В течение двух дней на площадках Астраханского государственного академического театра оперы и балеты состоялись научно-практические конференции, «круглые столы», академические лекции по различным медицинским направлениям, а также сессии, посвящённые медицинскому туризму.

Неинвазивная диагностика запатентована

Учёные Приволжского исследовательского медицинского университета (Нижний Новгород) разработали и применили комплекс инновационных диагностических и лечебно-реабилитационных решений для восстановления фертильности у женщин с репродуктивными проблемами. Среди них – запатентованная неинвазивная диагностика состояния эндометрия по биомаркерам менструальных выделений. Она не травматична в отличие от существующих, а значит не способна ухудшить репродуктивный прогноз.

Патология слизистой полости матки (эндометрия) – одна из самых частых причин нарушения фертильности у женщин. Современные стандарты обследования предполагают диагностировать её

состояние с помощью гистероскопии и биопсии – агрессивные травматичные методы, которые могут привести к ухудшению репродуктивного прогноза. Учёные предложили неинвазивный, малозатратный и при этом высокоэффективный способ для того, чтобы решить, кому из пациенток целесообразно назначать дальнейшее углублённое обследование с применением инвазивных дорогостоящих методов, а кому такая практика не показана.

– Менструальная кровь является непосредственным отделяемым-

сической биопсии ткани – метод более бережный и позволяющий сохранить как можно больше шансов на беременность.

Если нарушение фертильности вызвано его воспалением, врачи используют новые биотехнологии. Вместо антибиотиков при неспецифическом эндометрите назначают препараты поливалентных бактериофагов, так удаётся избежать большого количества побочных эффектов антибиотиков и избежать проблемы XXI века – антибиотикорезистентности. В ряде случаев бакте-

чень журналов, индексируемых в Russian Science Citation Index (RSCI – это российская база, интегрированная в международную базу цитирования Web of Science (WOS)).

Рабочая группа по оценке качества и отбору журналов в RSCI завершила мониторинг качества журналов, подавших инициативные заявки. Учитывая высокий уровень требований из 137 журналов в перечень было включено менее половины – всего 59.

Экспертная оценка журналов проводилась на соответствие



Волонтеры Ростовского ГМУ

субстратом из полости матки, биомаркеры, находящиеся в ней, отражают функцию клеток эндометрия, что может служить достоверно информативным тестом состояния слизистой полости матки. Возникла идея выбрать в качестве диагностических критериев те параметры, которые бы характеризовали различные звенья патологического процесса в ткани. С учётом этих положений нами был разработан поэтапный алгоритм диагностики патологии эндометрия у больных с нарушениями репродуктивной функции с применением анализа менструальной крови на биомаркеры воспаления (интерлейкин-6), эндотелиальной дисфункции (растворимый Е-селектин), оксидативного стресса (глутатион-пероксидаза-1) и интегративного прогностического показателя в качестве скринингового метода, что позволяет осуществлять отбор пациенток для дальнейшего дифференцированного углублённого обследования. Применение теста менструальных выделений также обеспечивает возможность оценки в динамике (мониторинга) эффективности лечебных мероприятий у женщин с патологией эндометрия, не прибегая к повторным инвазивным вмешательствам. Для проведения анализа требуется всего 1 мл выделений, которые легко собираются во время гинекологического приёма; лабораторией же используется популярный метод иммуноферментного анализа, – рассказала акушер-гинеколог, доцент кафедры акушерства и гинекологии университета, кандидат медицинских наук Татьяна Мотовилова.

В случае, если нет возможности осуществления забора менструальной крови (например, на фоне истончённого, ослабленного, гипопластического эндометрия), в дополнение к эндоскопии врачи используют миниинвазивный метод оптической когерентной томографии («прижизненной биопсии») как альтернативу клас-

сифицируют с лазерной терапией или применением медицинского озона – в зависимости от характера микробной флоры в половом тракте и других факторов. Как показали исследования, дифференцированное применение сочетанных методов лечения хронического эндометрита оказывает положительное влияние на клиническое течение заболевания, что обусловлено эффективной санацией эндометрия, улучшением параметров микроциркуляции в субэндометриальной зоне и показателей биомаркеров менструальной крови, оптимизацией морфофункционального состояния эндометрия и в конечном итоге обеспечивает восстановление фертильности пациенток.

Реабилитация пациенток с нарушениями фертильности на фоне «тонкого эндометрия» осуществляется в том числе с использованием плацентарно-лазерной терапии, что позволяет обеспечить улучшение репродуктивных исходов за счёт эффективного восстановления структурно-функциональных параметров слизистой полости матки, тем самым способствуя полноценной имплантации эмбриона и успешному прогрессированию беременности.

– Новые диагностические и терапевтические методики уже используются в практическом здравоохранении Нижегородской области. Разработанная нашими врачами система лечения доказала свою состоятельность: например, плацентарно-лазерная терапия эффективна в 70% случаев, что существенно превосходит эффективность традиционного подхода, – поделился ректор профессор Николай Карякин.

Авторитет научного журнала

Журнал «Сибирское медицинское обозрение» Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф.Войно-Ясенецкого включён в пере-

следующим критериям: научный уровень – оценка среднего научного уровня статей на основе их содержательного анализа; актуальность – оценка актуальности тематики журнала и его востребованности в научном сообществе; стабильность – оценка стабильности и однородности качества статей в выпусках журнала; редколлегия – оценка уровня учёных, входящих в состав редколлегии журнала; этика – оценка соблюдения журналом издательской и научной этики (нарушения: второй низкий уровень или полное отсутствие рецензирования, самоцитирование, накрутка показателей, обнаружение заимствований и т.д.); оформление – комплексная оценка качества оформления журнала (наличие полного комплекта метаданных в РИНЦ, в том числе и на английском языке, включая аннотации и ключевые слова; коды уникальной идентификации публикаций – коды DOI (начиная с мая 2002 DOI/EDN), контроль формата оформления ссылок в списках цитируемой литературы и т.д.).

При оценке журналов, безусловно, учитывались и значения библиометрических метрик и результаты общественной экспертизы.

Актуальный перечень изданий RSCI включает 944 журнала.

Рак боится смелых

Волонтеры-медики Ростовского государственного медицинского университета присоединились к Всероссийскому проекту «Рак боится смелых. Убедись, что ты здоров!». Совместно с врачами-онкологами они проводят сотрудникам предприятий скрининги, профилактические лекции и мастер-классы по самодиагностике. Выездными обследованиями планируется охватить более 400 жителей Ростовской области.

– Зачастую онкологические заболевания на начальных стадиях остаются незамеченными, ведь их тяжело выявить самостоятельно. Остановить развитие болезни может своевременная консультация онколога. Мы уже провели один выездной скрининг – в нём приняло участие 200 человек, – рассказала региональный координатор движения «Волонтеры-медики» Ангелина Фисунова.

Проект «Рак боится смелых. Убедись, что ты здоров!» реализуется в 24 пилотных регионах России. Он направлен на повышение уровня информированности людей о причинах развития онкологических заболеваний, их профилактике, своевременной диагностике и правилах лечения.

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

Гипотезы

Пальцем в небо

Удивительный случай Розы Пьедрахи из города Антьокии в колумбийском Медельине был описан в СМИ. Женщина носила редкую генетическую мутацию, которая практически гарантировала, что у неё разовьётся болезнь Альцгеймера в возрасте 40 лет. Но только в возрасте 72 лет у неё появились первые симптомы этого заболевания. Её слабоумие не сильно прогрессировало, когда она умерла от рака за месяц до своего 78-летия, в доме своей дочери на склоне холма с видом на город.

Статья учёных Гарварда и Гамбурга называлась «Тау-нейропатология и клеточные профили APOE3 протектировали против доминантной деменции Альцгеймера». С помощью позитронно-эмиссионного томографа нейробиологи в течение 30 лет сканировали мозг женщины, а также исследовали его после её смерти в 2020 г. Было известно, что в гене белка пресенилина у неё была мутация, приводящая к замене глутаминовой аминокислоты в 280-м положении на аланин. Все перечисленные изменения «свидетельствовали» за то, что у неё должна была развиться пресенильная деменция. Однако всё «ввали» геномные календари, и колумбийка умерла безо всяких признаков нейродегенеративного заболевания (НДЗ) от метастаза меланомы.

Известно, что основной компонент бляшек Альцгеймера – это

белок амилоид-бета (Аβ), функция которого до конца не ясна. Он связывается с рецепторами ингибирующей ГАМК, чтобы действовать выделению в синапс этого нейротрансмиттера. К тому же Аβ нужен для межклеточного «трафика» веществ и внеклеточных везикул, а также он стимулирует нейрогенез и миграцию нервных клеток. Сходные функции и у альфа-синуклеина (Ас), который необходим для образования и функции синапсов, откуда его название. Изменения в Ас ведут к гибели нейронов, регулирующих мышцы и передачу нервных сигналов на них, что ведёт к паркинсонизму. Свою лепту в изучение НДЗ вносят и микробиологи одной из компаний Торонто, которым помогал Университет Луизианы в Нью-Орлеане. Они обратили внимание на «хрупкую» грамотрицательную *Bacterioides fragilis*, выделяющую токсичный липополисахарид (ЛПС), стимулирующий воспаление. Проблема с ЛПС в том, что он легко преодолевает ГЭБ, или гемато-энцефалический барьер, после чего вызывает воспалительную реакцию, нарушая при этом функцию нейро-«нитей», или филаментов. Именно их дефицит по мнению авторов ведёт к гибели нейронов, что и наблюдается при болезни Альцгеймера. Противодействует ЛПС эфирное масло базилика евгенольного. В другом приложении *Frontiers* учёные университета Южной Флориды писали, что короткие цепочки жирных кислот

базилика успешно защищают мозг (мышей) от болезни Альцгеймера. В культуре нейронов и клеток глии хорошо было видно, что нехватка нервных филаментов приводит к нарушению подоболочечного цитоскелета, который «держит» форму клеток и её отростков.

Клетки глии упомянуты неспроста, так как «приносимый» АРОЕ холестерин нарушает регуляцию звездообразных астроцитов и мелкой микроглии.

Последние 20 лет нейробиологи «грешат» на вредный для мозга АРОЕ4, который нарушает в клетках глии липидный обмен. Кардинально подошли к решению вопроса о роли микроглии в Калифорнийском университете, где с помощью ген-редактирования смогли получить её клетки и стволовых. Скрининг информационных РНК в отдельных клетках (sc – single cell) показал синтез 6 транскрипционных факторов, направляющих развитие микроглии. Последние представляют собой протеины, «считывающие» гены. В Стэнфорде микроглию использовали для лечения НДЗ путём её замены в ЦНС. Считается, что микроглия выполняет в мозге роль иммунных клеток, что может иметь не совсем приятные последствия. Коллеги стэнфордцев из Университета Макгилла показали, что повреждение ЦНС, вызываемое клетками микроглии, может стать триггером аутоиммунного ответа, ведущего к разрушению так называемых перинейрональных белковых сетей, окружающих тела нервных клеток. Это лишний раз говорит о необходимости учёта всех клеточных взаимодействий в мозге...

Исследования

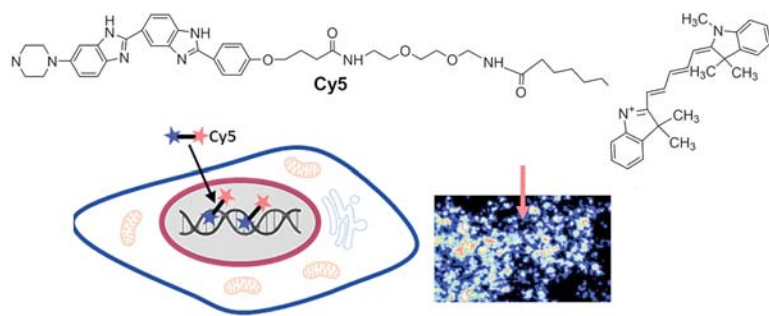
Подсветка клеток

Более века врачи и учёные исследуют под микроскопом неживые образцы-препараты. Лишь после «извлечения» гена зелёного флуоресцентного протеина (GFP) специалисты впервые получили возможность увидеть генную активность в живых клетках, что внесло новую жизнь в «культуриологию» клеток и тканей.

Можно напомнить, что за создание культур тканей француз А.Каррель получил Нобелевскую премию в 1912 г. Кстати, в его лаборатории на Чикагских бойнях работал наш А.Максимов, член-корреспондент Академии наук, перебравшийся за океан в 1922 г. Бойни бесплатно поставляли лаборатории телячью сыворотку, богатую белковыми ростовыми факторами, поддерживавшими рост культур. Максимов был первым, кто «запустил» в оборот жаргонное выражение «стволовые клетки», ставшее со временем термином науки. Наш учёный считал, что клетки крови, выходящие в циркуляцию по всему телу, происходят из стволовых клеток, являющихся резидентами костного мозга, представляющегося таким образом органом кроветворения. Последним достижением изучения живых клеток стали органоиды, образующиеся из простимулированных к росту стволовых клеток...

Метод «подсвечивания» клеток заключается в подсоединении гена флуоресцентного белка к гену специфичного для клеток протеина. Включение последнего автоматически активирует и внесённый ген, в результате чего бледные клеточные «тени» начинают ярко светиться. Благодаря этому в Национальном институте здоровья (НИН) удалось выявить новую роль митохондрий сетчатки глаза, в которых вырабатывает АТФ, главная

энерговалюта клеток. Оказалось, что митохондрии колбочек, «различающих» цвета, выполняют также и функции микролинз, способствующих более эффективной доставке фотонов, описанной в *Science*



STORM: сверху Cy5 – цианин, подсвечивающий молекулу флуоресцентного красителя, внизу слева – схема метода и справа – свечение препарата

Advances. В том же журнале двумя днями позже была опубликована статья из Питтсбургского университета, описывающая новый метод стохастической реконструкции микроскопии (STORM). Стохастической греки называли случайность или рандомность, а также метание стогов, обретающих форму из отдельных случайно ориентированных травинков. Слово использовалось также для целей, в которые пускают стрелы, попадающие с разбросом. STORM с разрешением 20-30 нанометров (0,02-0,03 микрона) дал возможность с помощью флуоресцентной «пробы», светимостью которой усиливается синим цианином с его углеродно-азотной группой CN, визуализировать изменения хроматина. Он представляет собой ДНК хромосом в окружении протеинов и при патологических состояниях становится более «рыхлым» и даже фрагментируется, давая микроядра и ДНКовые кольца. В начале 2022 г. журнал также писал о во-

влечении в такого рода процессы транспозонов, или ген-элементов, меняющих свою позицию в геноме.

Можно упомянуть, что нежелательные изменения в первую очередь затрагивают покровный эпителий, клетки которого в коже умирают, давая ороговевшие чешуйки. Но есть и неороговевающий эпителий на тех же губах, а также слизистый,

или мукозный, в котором имеются клеточные кластеры, выполняющие роль чувствительных сенсоров среды. В Калифорнийском университете Сан-Франциско показали, что светящиеся желтого цвета «тафты» слизистой желчного пузыря и протоков контролируют иммунный ответ, привлекая в определенных случаях нейтрофилы. Последние представляют собой клетки первой линии неспецифической, или врожденной иммунной обороны. Эти клетки стали известны своей способностью в случае бактериальной атаки кишечной слизистой (энтероцитов) выбрасывать «заряд» ДНК и белков, образуя так называемые нейтрофильные ловушки (Neutrophil Extracellular Traps – NET). Отклонения в работе тафт-клеток приводят к воспалению – широко распространённому холециститу – и образованию камней в желчном пузыре, чем и обусловлен повышенный интерес исследователей к этим клеткам.

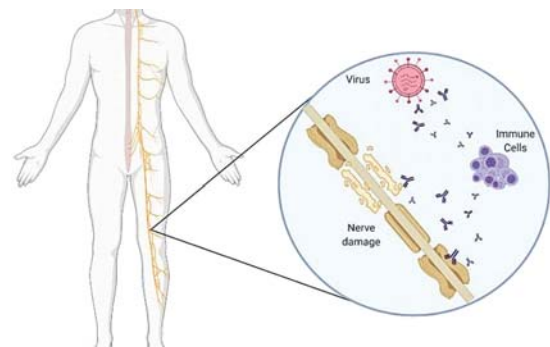
Ракурс

Ох уж эти вирусы!

Физика утверждает, что для устойчивого состояния в нашем 3D-мире достаточно всего 3 точки опоры, поэтому невозможно деформировать равнобедренный треугольник.

Сегодня всем понятно беспокойство вирусологов, имеющих дело с новыми вариантами «озабоченности» (VoC – Variants of Concern), с которыми приходится сталкиваться чуть ли не каждый день. Достаточно вспомнить не привлекавшую внимания до последнего времени оспу обезьян, которая пришла в мир на спаде ковидной пандемии. Или RSV, или респираторно-синцитиальный вирус, от которого в 2019 г. во всём мире пострадало 3 млн детей,

или перешедших на солнечную и богатую сторону улицы, но оставшихся весьма маленькими по своей сути. Неудивительно, что белок альбумин с небольшой молекулой получил название парвальбумин (Parvalbumin). Парвальбумин очень важен для «самочувствия» митохондрий, в которых синтезируется АТФ, главный энергоноситель клеток. Нарушения парвальбумина ведут к повреждению митохондрий, что вызывает смерть нейронов. COVID, как установили вирусологи Университетского колледжа в Лондоне, может повреждать отростки нервных клеток, что ведёт к мышечной слабости. Он также способствует рассасыванию костной ткани, вызвав остеопороз бедренных костей в опытах со-



COVID (фиолетовый) «бьёт» по нервам с помощью синих иммунных клеток

трудников Гонконгского университета на хомьяках. Журнал *Nature* задавался вопросом, могут ли учёные более надёжно предвидеть и предсказывать всплески вирусных атак подобно ковидной, которая буквально разрушает иммунитет (corrodes immunity). Не остаются в стороне и экологи, обращающие внимание на сведение лесов, которое «приближает» человека к диким животным и тем самым повышает вероятность межвидовой трансгрессии вирусов. Сотрудники Джорджтаунского университета (США) провели компьютерное моделирование состояния 3139 видов млекопитающих до 2070 г., находящихся под температурным прессом. Моделирование показало возможность примерно 4 тыс. вирусных трансмиссий в Африке, Азии и Южной Америке, где наибольшая плотность населения Земли. Не остаются в стороне и молекулярные биологи, обратившие внимание на «слимы» (SLIMs – Short Linear Motifs), представляющие собой последовательности 2-10 аминокислот, не имеющие устойчивой 3D-структуры. При этом «слимы» могут входить в карманы клеточных протеинов, структурные домены которых состоят из 50-200 аминокислот, формирующих устойчивые 3D-домены долговременного взаимодействия. Выявление «слимов» показывает наличие у COVID ещё одной лекарственной мишени.

Сегодня наиболее известным из ковидных протеинов являются конечно же спайки, или шпильки, представляющие собой тример, то есть объединение 3 молекул, каждая из которых имеет на своём конце домен для связи (связывания) с ACE, одним из клеточных рецепторов, которые нужны и для рецептирования вирусов (без такого взаимодействия вирус не попадет в клетку). «Тройственность» спайка обеспечивает вирусу надёжность контакта с энзимом конверсии ангиотензина (ACE), а также высокую инфекционность COVID. Но он опасен не только своей заразностью, а также и тем, что поражает практически все ткани тела на фоне стимулированного его «вторжением» чрезмерно активного иммунного ответа. Последней ведёт к выбросу белков цитокинов, ещё больше подстёгивающих иммунное воспаление и вызывающих в конечном итоге самый настоящий шок, или шторм. В какой-то мере картина сходна с заражением веретенообразным клостридием, вызывающим расстройство кишечника, сепсис и даже столбняк. Его токсин активирует белок гасдермин, который делает в клеточных оболочках перфорации, а также нинджурин – протеин нейронного «ранения».

Не так давно в ходу было французское «парвеню», шедшее от латинского «перейти авеню» (дорогу). Так называли проходивцев

или перешедших на солнечную и богатую сторону улицы, но оставшихся весьма маленькими по своей сути. Неудивительно, что белок альбумин с небольшой молекулой получил название парвальбумин (Parvalbumin). Парвальбумин очень важен для «самочувствия» митохондрий, в которых синтезируется АТФ, главный энергоноситель клеток. Нарушения парвальбумина ведут к повреждению митохондрий, что вызывает смерть нейронов. COVID, как установили вирусологи Университетского колледжа в Лондоне, может повреждать отростки нервных клеток, что ведёт к мышечной слабости. Он также способствует рассасыванию костной ткани, вызвав остеопороз бедренных костей в опытах со-

трудников Гонконгского университета на хомьяках. Журнал *Nature* задавался вопросом, могут ли учёные более надёжно предвидеть и предсказывать всплески вирусных атак подобно ковидной, которая буквально разрушает иммунитет (corrodes immunity). Не остаются в стороне и экологи, обращающие внимание на сведение лесов, которое «приближает» человека к диким животным и тем самым повышает вероятность межвидовой трансгрессии вирусов. Сотрудники Джорджтаунского университета (США) провели компьютерное моделирование состояния 3139 видов млекопитающих до 2070 г., находящихся под температурным прессом. Моделирование показало возможность примерно 4 тыс. вирусных трансмиссий в Африке, Азии и Южной Америке, где наибольшая плотность населения Земли. Не остаются в стороне и молекулярные биологи, обратившие внимание на «слимы» (SLIMs – Short Linear Motifs), представляющие собой последовательности 2-10 аминокислот, не имеющие устойчивой 3D-структуры. При этом «слимы» могут входить в карманы клеточных протеинов, структурные домены которых состоят из 50-200 аминокислот, формирующих устойчивые 3D-домены долговременного взаимодействия. Выявление «слимов» показывает наличие у COVID ещё одной лекарственной мишени.

Другая была выбрана в университетах Вашингтона в Сент-Луисе и Северо-Западного. Их сотрудники предложили первый минигомотример TRI 2-2, образующий белковый «треножник»-трипод, взаимодействующий одновременно с 3 доменами вирусных шпилек. Приставка «мини» указывает на то, что от клеточного протеина ACE был взят фрагмент длиной 75 аминокислот и «утроен» с целью получения молекулярного треножника. TRI эффективно нейтрализовал различные VoC ковида – омикрон, дельта и В, – причём с большей силой, нежели применяющиеся в клиниках моноклональные антитела. Авторы писали, что дизайн-минипротеин рецептора ACE геометрически похож на домены вируса, что обещает широкую терапевтическую стратегию и снижение вирусного «ухода» от иммунного ответа.

Подготовил Игорь ЛАЛАЯНЦ, кандидат биологических наук.

По материалам *Brain, Lancet, Nature, Nature Communications, Science Immunology, Scientist, Science Translational Medicine, Acta Neuropathologica, Cell, Frontiers Neurology, Nature Neuroscience, Scientist, Science Advances, Science Immunology.*

Такие встречи, организованные Международной ассоциацией по ограничению курения и снижению вреда (SCOHRE), проходят ежегодно. Прошлого года из-за ковидных ограничений была виртуальной, а нынешняя – гибридной. На протяжении двух дней около 300 участников (более половины – в режиме онлайн) из четырёх десятков стран обсуждали научные, социальные, этические, юридические и регуляторные аспекты борьбы с курением.

Найти альтернативу

За последние 30 лет распространённость курения в мире снижалась, но общее число курильщиков росло вместе с увеличением населения. Концепция снижения вреда, изначально возникшая в наркологии, затем распространилась на другие специальности и повседневную жизнь. Например, ни у кого не возникает вопросов, когда для снижения дорожного травматизма предлагается надевать шлемы, соблюдать скоростной режим или пользоваться ремнями безопасности, а не отказываться от автотранспорта. В случае курения ситуация не столь однозначна.

Как и предыдущие, встреча была междисциплинарной. Её целями было, во-первых, обсуждение последних данных по преимуществам и рискам, связанным с использованием альтернативных продуктов курильщиками. Как влияет переход на эти продукты на вероятность отказа от курения в будущем? Во-вторых, обсуждение юридических и технических вопросов перехода на альтернативные продукты в разных странах. В-третьих, создание среды, в которой регуляторные органы и управленцы могут представить научному и медицинскому сообществам предполагаемые планы действий.

Научная программа встречи включала программные доклады, тематические сессии и панельные дискуссии. Как сказал на открытии вице-ректор Афинского университета Афанасиос Цакрис (A.Tsakris), ежегодно в мире насчитывается 8 млн смертей от курения. Необходимо диалог между табачными компаниями, властными структурами, научным сообществом, врачами и самими курильщиками, направленный на минимизацию наносимого курением ущерба.

Президент SCOHRE Игнатиос Икономидис (I.Ikonodis, Греция) отметил актуальность проблемы: в Евросоюзе 27% всех смертей от рака связаны с курением, а полный отказ от курения позволяет снизить заболеваемость раком лёгких на 90%! К сожалению, большинство заядлых курильщиков не мотивированы на отказ от курения или отказываются бросить курить. По британским данным, никотинзаместительная терапия (пластыри, спреи, ингаляторы и т.д.) для прекращения курения менее эффективна, чем электронные сигареты (вейпы) (8,3 и 14,1% соответственно). Любопытна шведская статистика. Как известно, в Швеции легализованы снюсы (сосательный табак). Оказалось, что связанная с курением смертность от всех видов рака среди мужчин в Швеции почти вдвое меньше, чем в остальной Европе (72 и 128 случаев на 100 тыс. смертей, соответственно; при раке лёгких, трахеи и бронхов картина ещё демонстративней – 14 и 36 случаев, соответственно). Среди женщин она оказалась примерно одинаковой. Дело в том, что, хотя шведские мужчины потребляют столько же табака, что и остальные европейцы, более половины этого объёма приходится на снюсы, что сложилось исторически. Шведские женщины предпочитают, в основном, курительный табак. Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) в свою очередь признало снюсы

первым табачным продуктом пониженного вреда. Так почему же они до сих пор запрещены к продаже во всех европейских странах, кроме Швеции?

Систематический обзор продуктов нагревания табака выявил, что объём некоторых вдыхаемых токсичных веществ составляет менее 1% от такового при употреблении обычных сигарет. В отличие от сигаретного дыма, в аэрозолях, получаемых при испарении солевого раствора никотина (в вейпах) или при нагревании табака (при использовании систем нагревания табака – СНТ) нет твёрдых частиц углерода, а выделяемых токсинов на 90% меньше. «Ключевой вопрос

которая может почти покончить с курением в мировом масштабе. Однако следует опасаться лживых и демагогических требований полного запрета курения, а также политики, не основанной на научных исследованиях, которые свидетельствовали бы о нежелательных эффектах и последствиях принимаемых мер.

Как внедрить концепцию снижения вреда, одновременно защитив молодёжь от употребления никотина? Этот вопрос стал темой пленарного доклада Лиона Шахаба (L.Shahab, Великобритания). Существоют чёткие данные, что вейпы, снюсы и СНТ наносят меньше вреда курильщикам. В то же время

Обсуждения

Нужен ли выбор из двух зол?

В Афинах состоялась 5-я научная встреча по снижению вреда от табакокурения: новые продукты, исследования и вопросы регулирования

концепции снижения вреда касается не столько степени безопасности новых продуктов, сколько принятия или исключения из них никотина», – подытожил возникшую дилемму Икономидис.

Что лучше?!

Программный доклад Маревы Гловер (M.Glover, Новая Зеландия) был посвящён проблемам ограничения курения на примере Новой Зеландии. Снижение числа курильщиков в этой стране за последнее время было минимальным (около 1% в год). С 2015 г. на местном рынке появились электронные сигареты (вейпы). Летом прошлого года начала действовать их регуляция. Её целями является: уменьшение вреда пассивного курения для тех, кто не курит; предотвращение нормализации вейпинга; ограничение маркетинга, рекламы и продвижения регулируемых продуктов для улучшения общественного здоровья; поддержка перехода курильщиков на продукты, которые значительно менее вредны, чем традиционные сигареты; контроль безопасности вейпов и СНТ, мониторинг и регуляция вредных компонентов в этих продуктах и их аэрозолях.

В стране начата программа деникотинизации (содержание никотина в продукте не должно превышать 0,05 мг/г), снизилось количество магазинов розничной торговли табачными изделиями, с 2027 г. возраст, с которого разрешена продажа никотинсодержащих продуктов, будет ежегодно увеличиваться на год (сейчас он составляет, как и в России, 18 лет).

Что лучше: полный запрет курения или снижение вреда от курения? По мнению Гловер, преимуществами концепции снижения вреда является, во-первых, её нацеленность на личность (person-centred). Во-вторых, она является не карательной (punitive), а сострадательной (compassionate). В-третьих, нужно помнить, что запрет курения принесёт вред вследствие криминализации чёрного рынка, ухудшения психического здоровья, усилит маргинализацию курильщиков и сподвигнет их к употреблению более опасных веществ. Каковы же вызовы? К ним Гловер относит дезинформацию об относительной безвредности никотина, потерю академической свободы, подъём «либерального патернализма» и уменьшение права человека на автономию, достоинство и информированное согласие.

В заключении докладчик призвала учитывать исторический и социальный контексты (например, бедняки курят чаще). Как времена, так и продукты изменились. В настоящее время существует реалистичная стратегия, ориентированная на потребителя,

данных о том, что эти продукты способствуют приобщению молодёжи к курению, недостаточно. Необходимо подчёркивать преимущества вейпов по сравнению с обычными сигаретами, одновременно пропагандируя здоровый образ жизни. Это включает в себя, по мнению докладчика, с одной стороны, побуждение совершеннолетних курильщиков и молодых людей, которые всё равно будут курить, употреблять вейпы. С другой стороны, препятствование употреблению вейпов среди подростков, которые никогда бы не начали курить. «Риск употребления электронных сигарет менее важен в ситуации, когда обычные сигареты всё ещё широко доступны и употребляемы», – считает Шахаб.

О необходимости мультидисциплинарных исследований говорили многие выступавшие. «Почему мы становимся никотинзависимыми?», – спрашивал Михаил Тумбис (M.Toumbis, Кипр). Мы не знаем ответа на этот вопрос.

На сессии по эпидемиологии курения Пётр Самел-Ковалик (P.Samel-Kowalik, Польша), представил данные телефонного опроса 5 тыс. поляков старше 18 лет. Каждый пятый курил ежедневно. При этом подавляющее большинство опрошенных курило традиционные сигареты (21,1%), 3,3% – вейпы и 3,5% – СНТ; 3% курили два или три табачных продукта одновременно. Большинство (93,8%) начали курение с традиционных сигарет, но в группе от 18 до 24 лет 22% дебутировали с потребления вейпов.

Георгия Пападосифаки (G.Paradosifaki, Греция) отметила, что распространённость курения выше у душевнобольных. По данным одномерного исследования более тысячи лиц с психическими расстройствами, она составила 68,2%. Курильщики чаще встречались среди мужчин, разведённых, находящихся на амбулаторном лечении и ранее госпитализированных.

Анна Исаева (Екатеринбург) привела данные ВЦИОМ по распространённости курения в России. За последние 5 лет доля курильщиков не изменилась и составляет треть взрослого населения страны (33%). Она выше среди мужчин (47%) по сравнению с женщинами (21%). Доля заядлых курильщиков (выкуривающих на менее пачки сигарет ежедневно) составляет 20%. Хотели бы бросить курить 62% курильщиков. К сожалению, данные о числе потребителей вейпов и СНТ в РФ отсутствуют. В Японии за последние 10 лет продажа сигарет снизилась в 6 раз за счёт перехода курильщиков на СНТ (вейпы там менее распространены, поскольку для продажи нетабачных никотиновых продуктов требуется специальная лицензия).

Доверяй, но проверяй

Юридическое регулирование распространения и потребления табачной продукции должно опираться на научные данные. Но насколько можно им доверять? В 2016 г. Журнал Nature опросил 1500 учёных; 67% респондентов сообщили, что, хотя бы однажды не смогли воспроизвести результаты своих коллег. Более того, половина опрошенных не могли воспроизвести собственные эксперименты! На сессии по токсикологии и аэрозольной химии прозвучал доклад Массимо Карузо (M.Caruso, Италия) о международном проекте «Реплика», посвящённом сравни-

или не хочет бросить курить? В заключение профессор Вардас обвинил ВОЗ, легализовавшую марихуану, в лицемерии.

Тему продолжил Константинос Фарсалинос (K.Farsalinos, Греция), тоже кардиолог. «Медицинская практика – это искусство снижения вреда», – считает он. Идёт постоянная борьба моралистов (сторонников устранения вреда) с прагматиками (адептами снижения вреда). Первые действуют по принципу «цель оправдывает средства». В данном случае целью является полное искоренение никотина (подобно тому, как прежде стремились искоренить алкоголь и марихуану – результа-

тельной оценке аэрозолей (вейпов и СНТ) и сигаретного дыма на эндотелиальные клетки кровеносных сосудов. Предыдущие исследования табачных компаний оценивали воздействие электронных сигарет на миграцию сосудистого эндотелия in vitro, которая оказалась более сохранной по сравнению с обычными сигаретами. Как следует из названия проекта, в нём одно из таких исследований было повторено независимыми исследователями с добавлением для сравнения двух СНТ. Было подтверждено, что курение обычных сигарет даже при небольшой концентрации дыма (12,5%) снижало способность эндотелиальных клеток к восстановлению, тогда аэрозоли вейпов и СНТ не влияли на эндотелиальные клетки до достижения высокой концентрации (80-100%). Одной из целей проекта является проверка валидности полученных другими исследователями данных путём повторения экспериментов на той же аппаратуре и тех же культурах клеток.

Новый патернализм

В рамках встречи состоялась панельная дискуссия об этических проблемах снижения вреда от курения. Как отметил юрист Дэвид Свинор (D.Sweaner, Канада), 40% населения не доверяет официальной информации на основании собственного опыта. Обман из благих побуждений недопустим. Существуют этические параметры общественного здоровья. В отношении снижения вреда существует два подхода: моралистический и научный. Необходимо ответить на вопрос – чего мы хотим: бороться с грехом или улучшить общественное здоровье? По аналогии с половым просвещением (популяризация противозачаточных средств vs проповедь целомудрия), целью борьбы с курением может быть или снижение вреда, или полный запрет табачной продукции. Необходимо совершенствовать законодательство.

Кардиолог Панос Вардас (P.Vardas, Греция) назвал позицию ВОЗ, провозглашающую полный отказ от курения и алкоголя, моралистической. Он считает, что это противоречит человеческой природе, нацеленной на получение удовольствия (гедонизм). В этой ситуации борцы с курением подобны католическим священникам в Африке. Католическая церковь в лице Папы Римского осуждает использование презервативов, но эпидемия СПИДа заставляет служителей церкви их пропагандировать. Опираясь на научные данные, FDA признала новые табачные продукты альтернативой традиционному курению сигарет. Если СНТ приносят меньше вреда, то почему врач не может их рекомендовать тем, кто не может

ты общеизвестны). Позиция ВОЗ в отношении курения нарушает базовые принципы биоэтики, такие как справедливость и автономия. Более того, она противоречит принятой в 1986 г. хартии ВОЗ, согласно которой люди должны самостоятельно контролировать своё здоровье. Людей лишают альтернативы и дезинформируют. Сейчас в мире насчитывается около миллиарда курильщиков, хотя вред курения был доказан ещё 60 лет назад. Почему же люди продолжают курить? Всё потому, что курение не воспринимается как болезнь. Например, в Греции 27,5% госпитализированных в течение суток кардиологических больных оказались курильщиками. То есть люди продолжали курить, несмотря на его вред. Необходимы рандомизированные клинические испытания, в которых потребители новых продуктов (СНТ и вейпов) сравнивались бы не с традиционными курильщиками сигарет, а с теми, кто вообще не курит.

В традиционной медицинской этике доминировал патернализм, когда всезнающий врач, подобно отцу, вразумляя пациента, напоминающего непослушного ребёнка. Новый медицинский патернализм гласит «Я знаю лучше, чем ты, что тебе нужно». Решения подкрепляются карательными мерами в отношении курильщиков. Например, как уже отмечалось, более 68% психически больных курят. Тем не менее в Греции существует закон, запрещающий курение без предоставления больным какой-либо альтернативы. «Нужно больше эмпатии», – призывает профессор Фарсалинос. Табачные компании, продолжающие выпускать традиционные сигареты вместо перехода на производство более безопасных продуктов, также несут ответственность за сложившуюся ситуацию. Отвечая на вопрос из зала о роли пациентских сообществ, Фарсалинос отметил, эти сообщества должны активнее защищать права своих членов, такие как право на жизнь и на альтернативные продукты.

Встреча завершилась панельной дискуссией, посвящённой проблемам и перспективам снижения риска от табака с участием представителей европейских и национальных неправительственных организаций (Венгрия, Испания, Индонезия, Бразилия и Тунис). В частности, представитель Бразилии отметил, что запрет вейпов делает их потребление более опасным, так как состав электронных сигарет становится невозможно контролировать. «Отказ от курения и снижение вреда от курения идут рука об руку», – сказал на закрытии встречи Игнатиос Икономидис.

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.

Афины – Москва.

Симферополь. Становление

Болеслав родился в семье частного поверенного крымчанина Владимира Лихтермана и Анастасии Урштейн, уроженки Варшавы.

Вместе со своими старшими братьями Арнольдом и Леонидом он гонял голубей, занимался спортом, путешествовал по Крыму. Приученный к труду, выделялся ответственностью и исполнительностью. Когда ему было лет пять, отец шутя предложил: «Вот тебе, Боля, одна копейка. Сбегай к фонтану, найми водовоза и принеси 10 копеек сдачи». Водовоз всё понял и внял – при очевидной нелепости – просьбе мальчугана. Восседа на облучке, Боля сопровождал бочку воды и отдал отцу 10 копеек сдачи. А возчик был щедро вознаграждён.

В мальчишеские годы он перенёс тяжёлый менингит. Лечащий доктор успокаивал мать: «Мадам, пусть ваш сын лучше умрёт. Если он выживет, то будет инвалидом, а это ещё хуже». Вопреки мрачному прогнозу, папа выздоровел.

В 1910 г. его отдали в мужскую гимназию. Среди её педагогов были К.Тренёв, П.Казьмин, Н.Гудзий, впоследствии выдающиеся деятели советской культуры. Они оказали большое влияние на становление личности юноши.

К счастью, сохранились дневники гимназиста Болеслава Лихтермана. Они позволяют представлять его мечты и дела. Он никогда не расставался с книгой. Вот одна из характерных записей в его дневнике: «Я оделся, умылся, помолился Богу, написал чаю и пошёл в библиотеку». Как волонтер, он помогает беженцам из западных районов России. Занимается с отстающими гимназистами.

В 14 лет он влюбился в Сарру Брусиловскую. Спустя 9 лет дружбы они поженились.

Из «Дневника» ощущаются характерные его черты: верность долгу и любви, сострадание к чужому горю и активная помощь в нём близким и неблизким, восприятие жизни не только через впечатления, но и через анализ событий, чёткость логических построений, последовательность и настойчивость.

В 1920 г. Болеслав поступил на медицинский факультет Таврического университета. Его интерес к медицине не был случайным: ещё в гимназические годы он посещал занятия в анатомическом театре. Сказались и наблюдения за страданиями больных и раненых Первой мировой, а затем Гражданской войны.

В студенческой среде он был авторитетен и обрёл много друзей на всю жизнь. Его избирают председателем курсового совета.

Во время эпидемии сыпного тифа в Крыму Болеслав создавал студенческие бригады для помощи больным бесприютным детям. Сам заразился сыпняком. Как выпускник университета, был призван на год в Черноморский флот. А потом вместе с женой отправился в Башкирию, где в Белорецке основал психоневрологический диспансер и физиотерапевтический кабинет. Спустя два года в ожидании прибавления семейства отец и мама возвращаются в Крым.

Севастополь. Разработка физиотерапии нервных болезней

Папа поселяется в Севастополе. Основатель Центрального института физических методов лечения профессор Александр Щербак, оценив человеческие и врачебные качества молодого учёного, страстность в исследованиях, делает его своим ближайшим помощником и преемником в развитии физиотерапии.

Пионерские разработки захватывают Болеслава Владимировича. Предложенные им адекватные

сравнительные методики позволяют в эксперименте и клинике выявить биологические эффекты коротких волн, изучить механизмы их действия, определить дозировки и очертить показания к применению.

Между тем к первенцу Владимиру прибавляется второй сын Леонид. Но главное, конечно, исследования и неврологическая деятельность. Профессор А.Щербак назначает своего 30-летнего ученика заведующим клиническим отделом и неврологической клиникой, а вскоре привлекает и

Война и болезнь

Севастополь подвергся бомбардировке в 4 часа утра 22 июня 1941 г. Отец перешёл на казарменное положение. Мама – депутат райсовета Центрального района Севастополя – вместе с другими депутатами ежедневно отправлялась на рытьё окопов на английском кладбище за городом.

Предстояла эвакуация. Папа оставался в Севастополе, а мы – мама, бабушка и два сына на одном из последних эшелонов из Крыма под бомбёжкой прорвались

пий, климатологии и курортологии. Его школа разрасталась – под его научным руководством выполнено 24 кандидатских и 2 докторских диссертации. Чего стоило это отцу! Особенно, когда развернулось «дело врачей». Выполняя указания сверху, из его клиники уволили всех евреев. Очередь дошла до руководителя, незадолго до этого награждённого орденом Трудового Красного Знамени. Смерть Сталина сохранила его в институте. Отец, безусловно, был лоялен к Советской власти, однако сохранил самостоятельность в сужде-

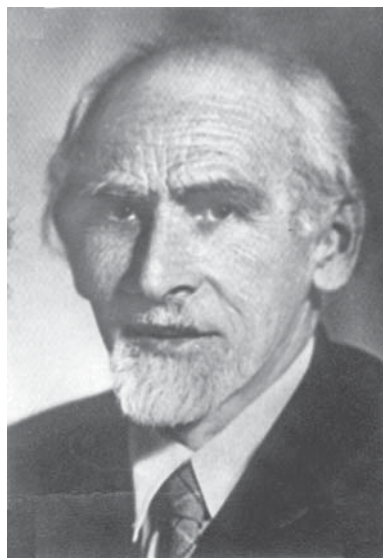
...К своему туберкулёзу папа привык. Но в последний год его жизни появились новые признаки – блики в глазах, какой-то зловещий оттенок бледности, тяжелейшая одышка при любом минимальном движении...

Пункция грудины с исследованием костного мозга уточнила мрачный диагноз. Ни переливания крови, ни гормоны не помогали папе. Ужасные анализы крови – очень низкий гемоглобин, отсутствие лейкоцитов, СОЭ под 80, одышка в покое – 60-70 дыханий в минуту.

Память

Крымский треугольник

14 октября 2022 г. исполняется 120 лет со дня рождения невролога и физиотерапевта Болеслава Лихтермана



к преподаванию на кафедре физиотерапии.

Болеслав Владимирович создаёт новое научно-практическое направление в использовании естественных и преформированных физических факторов – физиофилактику.

Отец был бескорыстным тружеником. Его часто вызывали к больным и по вечерам, и по ночам. Если он оказывался в бедной семье, то оставлял деньги на выписанные лекарства. Однажды я его спросил: «Почему ты ничего не берёшь за свой труд?» Он ответил: «Врачу позволительно принимать вознаграждение только тогда, когда не на что содержать свою семью».

В 1936 г. выходит в свет его монография «Терапевтическое применение коротких волн» – первое в мире фундаментальное руководство. Оно получило широкий резонанс в СССР, Европе, Америке. Официальный журнал США по физической терапии Archives of Physical Therapy, X-Ray, Radium писал: «Достоин сожаления, что русским языком владеет сравнительно мало англоязычных врачей, ибо рецензируемый труд является одной из самых компетентных публикаций по коротковолновой диатермии».

Наступает трагический 37-й год. В физически ошутимой атмосфере личной угрозы и всеобщего страха отец продолжает лечить больных и исследовать физические факторы. Спустя много лет мы проходили с ним мимо здания ялтинского КГБ. Неожиданно папа сказал: «Удивляюсь, почему миновал меня арест в конце 30-х годов». Мне кажется, я понял почему: обаяние личности отца. Именно отношение к нему было причиной, что его «откладывали» на последнюю очередь, а обстоятельства успевали измениться.

через Фёдоровку в Ростов, а оттуда в Морозовск. Мама тут же написала открытку; она дошла до адресата буквально за несколько минут до того, как папа уже морем покидал осаждённый Севастополь.

Он знал два адреса: где мы и куда эвакуируют его институт. Это было чудо – он разыскал нас; без него мы не выбрались и погибли бы – немцы пришли через неделю.

Потом долго добирались – на теплоходе по Волге, далее поездами до Северного Казахстана. Сюда – на курорт Боровое – передислоцировали крупнейших учёных Академии наук СССР и папин институт, превратившийся в огромный госпиталь для раненых.

Он вместе со своими сотрудниками занялся разработкой физических методов лечения боевых повреждённых периферических нервов. «Пропадал» в госпитале до глубокой ночи. Ездил в дальние командировки – обучать новым методикам физиотерапии врачей эвакогоспиталей страны. Плохо питался, мёрз.

Итог всего пережитого был печален – зимой 1942 г. вспыхнул туберкулёз лёгких. Ему наложили двусторонний пневмоторакс, с которым он не расставался 25 лет до смерти. Чтобы не заразить детей, отец отселился от нас в военный санаторий, где состоял консультантом, и вернулся в семью, когда стал абацеллярным.

Наши освободили Северный Кавказ, и летом 1943 г. институт перевели в Кисловодск. Отец сумел вызвать интерес к научной работе у военных врачей и развернул масштабную апробацию новых методов восстановления функций головного и спинного мозга у раненых.

Осенью 1944 г. институт вернули в Крым, но не в разрушенный Севастополь, а в сохранившуюся Ялту.

Ялта. Развитие курортной неврологии

Одну из первых прогулок с ним по военной ещё Ялте отчётливо помню. Я увидел пожилого интеллигентного человека в сопровождении молодцеватого полковника. Он задержал свой взгляд на отце и воскликнул: «Боля!». «Константин Андреевич!» – радостно откликнулся папа. Встретились бывший гимназический учитель, ныне знаменитый автор «Любови Яровой» К.Тренёв и бывший ученик, ныне известный невролог Б.Лихтерман. Рядом с Константином Андреевичем был его зять – писатель Пётр Павленко. Они долго расспрашивали друг друга...

В Ялте профессор Б.Лихтерман создал новое научное направление на стыке неврологии, физиотера-

пии. Его оценки событий нередко расходились с официальными.

Он был учёным с мировым именем. Его портрет и краткое описание достижений присутствуют во Всемирном указателе специалистов среди выдающихся деятелей физиотерапии, куда отбирали только по одному критерию – вклад в науку.

Он всё использовал для своего научного творчества, даже подскоки температуры. Прикованный к постели, обессиливший, исхудавший, какой-то потухший, он весь день ждал вечернего подъёма температуры до 38-39 градусов. Тут он преображался, появлялся блеск в глазах, звонче становился голос. «Ну, сейчас поработаем», – говорил он с азартом и потирал руки. В эти часы приходили его ученики. Он раскладывал на кровати, на рядом стоящих стульях, на тумбочке свои рукописи и заметки. Мама или я подавали книги и журналы с его закладками. И отец, целиком погружённый в то, что называется творческим процессом, диктовал для «Медгиза» очередную монографию «Лечение больных неврастенией в санаторно-курортных условиях». Высокая температура была для него своеобразным допингом, на какой-то срок давая энергию для работы. Вне этого у отца не было никаких сил. И, может быть, нет ничего парадоксального в том, что пик научной продукции пришёлся на годы тяжёлой болезни.

Ещё школьником я видел, какими приходят и какими уходят от отца пациенты. Все свои отпуска я проводил в Ялте и помогал ему в приёме больных. Он доверял мне исследовать неврологический статус, что по причине постельного режима ему было недоступно. Но гораздо более значимым являлась его неторопливая и тактичная беседа с пациентом, когда он вникал и в его личность, и в его болезнь. И лицо, и личность профессора, и проникновенный глубокий голос, объяснявший суть болезни и её причины, успешно делали лечебное дело. Болеслав Владимирович умел сочетать внушение и логику в зависимости от характерологических особенностей пациента и типа патологии.

Больные уходили сияющими, преображёнными, с верой в излечение и пониманием, что им следует делать для достижения этого. Больные хроническими заболеваниями нередко становились друзьями нашей семьи. Вообще, исследование темы «Болеслав Владимирович и пациенты», вероятно, даст ответ на вопрос оптимального сочетания патернализма и партнёрства во взаимоотношениях врача и больного.

Постоянная гипоксия быстро выработала кислородную зависимость. У постели круглосуточно дежурили его ученики. Как только отцу становилось чуть по себе, чаще поздно вечером или ночью, он начинал править рукописи и диктовать.

Утро 19 января 1967 г. было «обычным», но к вечеру одышка перевалила за 80 – такого я не видел за почти 70 лет своей врачебной деятельности. Отец беспрерывно «сидел» на кислороде и всё равно задыхался. Вдруг он показал рукой, чтобы сыновья сели около него. Володя оказался слева, я справа. Он удовлетворённо кивнул. Положил одну руку на мою кисть, державшую кислородный шланг, другую – на Володину кисть, сжимавшую трубку от второго баллона с кислородом. В его глазах появилась какая-то умиротворённость, он слегка повернулся к брату и произнёс едва слышно: «Володя», затем, обратив лицо ко мне, «Леня» и тут же потерял сознание...

Утром сердце отца остановилось. Папы не стало.

Его хоронил весь город. Из дома гроб несли на руках вдоль моря по Набережной. Над ним носились и кричали белые чайки. Белые барашки волн гулко разбивались о берег и взлетали к небу...

* * *

Отец оказал и оказывает на меня сильное влияние в моей долгой жизни, и не только профессиональной. По нему я оцениваю все свои деяния и поступки. Для меня он остаётся эталоном благородства и справедливости, идеалом человека, врача и учёного. Всё в нём вызывало и сейчас, когда я по годам стал значительно старше его, продолжает вызывать восхищение. Я счастлив, что хоть в чём-то похож на него: и внешне, и в подходах к жизненным обстоятельствам, и в своём неврологическом творчестве.

О нём я написал книгу «Светлый человек». Часто обращаюсь к его облику, человеческому и врачебному опыту. В трудных обстоятельствах советуюсь с ним, отец всегда помогает мне...

В октябре 2002 г. в Ялте прошла большая научно-практическая конференция, посвящённая 100-летию профессора Болеслава Владимировича Лихтермана с участием учёных России, Украины, Белоруссии, Узбекистана и ряда других стран.

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

Национальный медицинский
исследовательский центр
неврохирургии им. Н.Н.Бурденко.

