

Медицинская

22 ноября 2023 г.
среда
№ 46 (8115)

газета®



130 лет

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

www.mgz.ru

Не все ограничительные меры во время пандемии оправдали себя.

Стр. 4

Оснащение Якутского республиканского онкологического диспансера соответствует международным стандартам.

Стр. 10

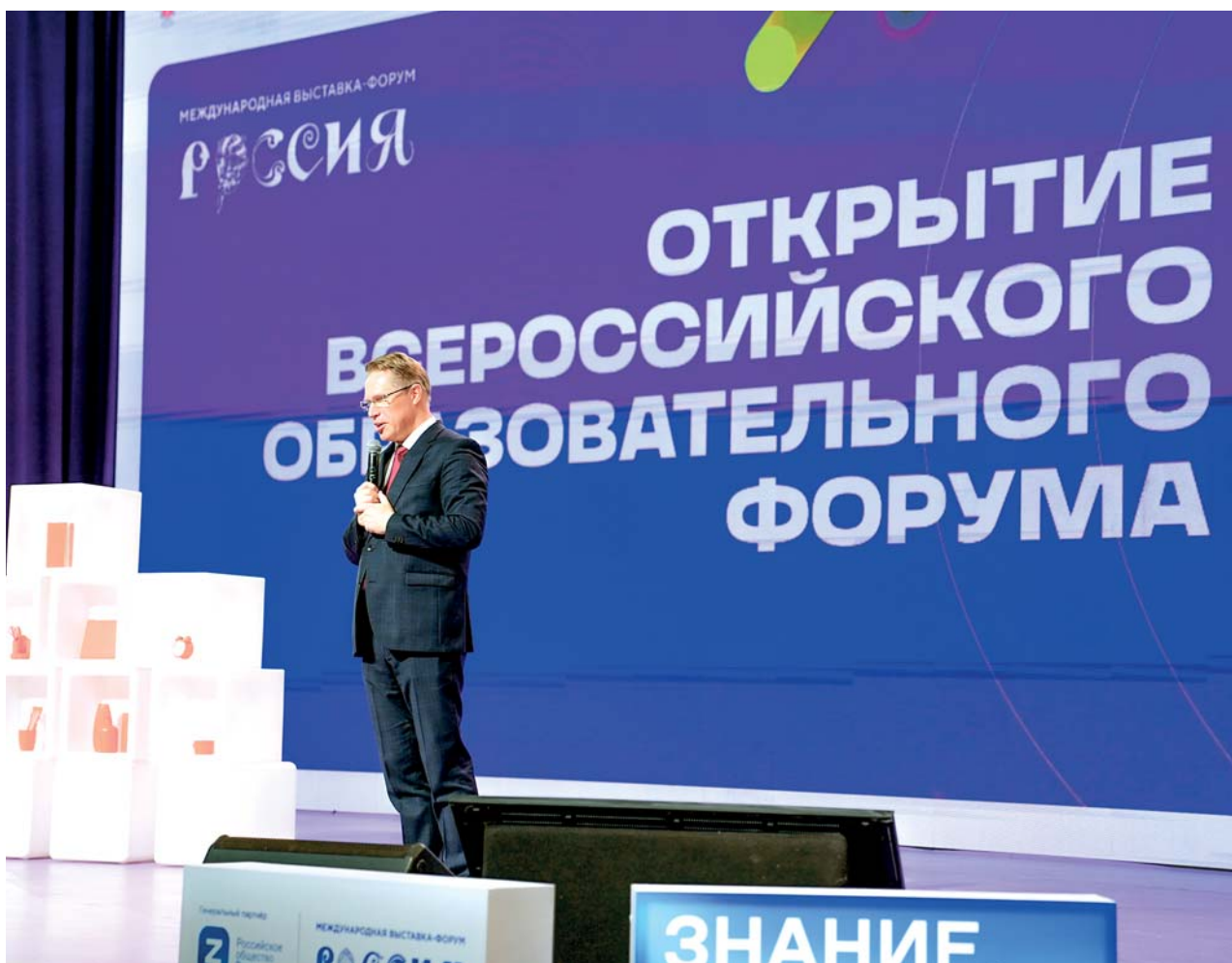
Председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ Анатолий Домников рассказал о результатах реализации президентского гранта.

Стр. 11

Ориентир

Семейная ценность

ЗОЖ всё больше популярен в нашей стране



Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко выступил на Всероссийском форуме «Поколение ЗОЖ» в рамках Международной выставки-форума «Россия».

– Всё, что касается здорового образа жизни, профилактики заболеваний, – важно для сохранения здоровья. Пять факторов риска – курение, алкоголь, лишний вес, употребление большого количества сахара и соли. Если их избегать, то продолжительность жизни увеличивается в среднем на 19%. Здоровый образ жизни реально помогает жить дольше, – отметил министр.

По его словам, здоровый образ жизни – это семейная ценность. Люди до 18 лет имеют минимум заболеваний, так как семья формирует их приверженность к здоровому образу жизни. Потеря здоровья связана с началом курения, употреблением алкоголя, избыточным

весом, заболеваниями, передаваемыми половым путём и т.д. Важно объяснять молодёжи, что за этим стоят тяжёлые последствия.

Снижение потребления алкоголя позволяет увеличить продолжительность здоровой жизни и жить дольше. Алкоголь тесно связан с сердечно-сосудистыми заболеваниями, болезнями печени, повышенным травматизмом, проблемами с поджелудочной железой, ментальным здоровьем, напомнил М.Мурашко.

«Наша страна получила медаль ВОЗ за прогрессивное законодательство в борьбе с табакокурением. Несколько лет назад во многих общественных местах, например в кафе, можно было курить – находиться там было невозможно и точно не улучшало состояние здоровья. Сейчас ситуация положительно изменилась», – подчеркнул глава Минздрава.

Он также назвал большой проблемой ожирение. Сегодня врачи

стали чаще ставить этот диагноз, давать рекомендации, что позволяет предотвратить множество заболеваний, в частности, сахарный диабет 2-го типа, артериальную гипертонию, повышенный риск злокачественных новообразований, гормональные нарушения, бесплодие и др.

Кстати, рейтинг регионов по приверженности населения ЗОЖ – 2022 составил в конце октября этого года РИА Новости. Лидерами его по первому образцу жизни уже не первый год подряд становятся регионы юга России. По итогам 2022 г. три первых строчки занимают Чечня, Дагестан и Кабардино-Балкарская Республика. Худшие результаты – у Магаданской области, Камчатского края и Еврейской автономной области.

Алексей ФЁДОРОВ.

Сотрудничество

Врачей из Донбасса учат в Петербурге

В 2023 г. в НМИЦ онкологии им. Н.Н.Петрова (Санкт-Петербург) начала работать образовательная программа повышения квалификации для сотрудников медицинских учреждений из новых регионов России. В центре уже прошли стажировку медицинские специалисты из Луганской и Донецкой народных республик.

Один из прошедших стажировку в НМИЦ онкологии им. Н.Н.Петрова – онколог Республиканского онкологического центра им. Г.В.Бондаря (Донецк) Даниил Паниев. Ему 27 лет, он окончил с красным дипломом медицинский университет в 2019 г., затем интернатуру по хирургии, а после прошёл профессиональную переподготовку по онкологии. За плечами молодого хирурга есть опыт работы в военном госпитале. Недавние выпускники донецких медвузов по собственной инициативе в качестве волонтеров выезжают в командировки в зону боевых действий.

Молодой врач проходил стажировку на базе хирургического отделения опухолей молочной железы под кураторством заведующего отделением профессора Петра Криворотько.

– Я открыл для себя Санкт-Петербург минувшим летом, когда по воле случая приехал на международный онкологический форум «Белые ночи», который организует НМИЦ он-

кологии им. Н.Н.Петрова, – говорит Д.Паниев. – Увиденное и услышанное на форуме меня впечатлило – и альтернативными подходами, и высоким классом научных исследований. Хотелось познакомиться со специалистами НМИЦ лично уже в работе. Руководство Республиканского онкологического центра меня в этом желании всячески поддержало. Спикером с НМИЦ онкологии им. Н.Н.Петрова, получили приглашение, и в ноябре я приехал на стажировку.

Образовательный курс по онкопластической хирургии молочной железы и биопсии сигнальных лимфатических узлов при раке молочной железы занял более 3 недель. По словам Д.Паниева, это был плотный рабочий график. Профессор П.Криворотько включил его во весь процесс работы отделения – это и консультативные приёмы, и диагностические процедуры, и непосредственно оперативная деятельность.

– А ещё хочу сказать о невероятно радушном приёме, тёплом человеческом отношении руководства центра, самих сотрудников. Я много нового для себя узнал в профессиональном плане, но главным открытием для меня стали люди – потрясающие специалисты НМИЦ онкологии, – добавил врач из Донецка.

Игорь СОКОЛОВ.

АКЦЕНТЫ

Олег ШИЛОВСКИХ

Генеральный директор АО «Екатеринбургский центр «МНТК «Микрохирургия глаза», главный офтальмолог Свердловской области, заслуженный врач РФ:

Юбилей – это повод напомнить о себе, подвести итоги, проанализировать, что было сделано, какие технологии внедрены, какие проекты реализованы.

Стр. 6-7



Новости

Модернизация первичного звена —
в приоритете

Календарный год ещё не закончился, но некоторые итоги уже можно подвести. Так, на совещании у губернатора Ставропольского края Владимира Владимировича обсуждались вопросы реализации программы модернизации первичного звена здравоохранения.

В этом году из консолидированного бюджета на реализацию программы было выделено более 2,3 миллиарда рублей. Как следует из отчёта, основная часть программы уже выполнена.

Как и планировалось, введены в эксплуатацию 15 модульных ФАПов, закуплено и передано в медучреждения 38 санитарных автомобилей. Из 12 единиц высокотехнологичного медоборудования 11 уже поставлено, в ближайшее время будет получен ещё один томограф.

После полной модернизации уже приступили к работе 68 медучреждений из запланированных 91. Строительные работы на оставшихся планируется завершить до конца этого года.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

Помощь стала доступнее

Посёлок Мулымья находится в 240 км от ближайшего райцентра Кондинское Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Путь туда занимает не менее трёх с половиной часов. Поэтому открытие в посёлке Центра общей врачебной практики стало настоящим событием для жителей.

«Новая поликлиника, созданная благодаря региональной программе «Модернизация первичного звена здравоохранения», рассчитана на 100 посещений в смену; здесь также есть шесть коек дневного стационара, который будет работать в три смены, – рассказывает исполняющая обязанности главного врача Центра общей врачебной практики Ольга Семёнова. – Строительство велось с 1 июля 2022 г. Была проделана большая работа. Здание имеет пять отдельных входов в целях разграничения потоков пациентов. Расположение кабинетов позволит оптимизировать работу медицинского персонала и сократить время пребывания пациентов в поликлинике. Для маломобильных граждан предусмотрена стоянка, дорожки выложены контактной плиткой для слепых и слабовидящих, есть система сурдоперевода, кнопка вызова медицинского персонала, контактные таблички и пандусы».

В поселковой поликлинике имеются кабинеты врачей первичного звена и узких специалистов, кабинеты для оказания неотложной медицинской помощи, профилактики, паллиативной помощи, фильтр-бокс, клиничко-диагностическая лаборатория и другие. Здесь теперь работают 14 врачей и 22 средних медицинских работника.

Алёна ЖУКОВА.

ХМАО-Югра.

3D-моделирование устранило
дефекты черепа

29-летнего мужчину с резким обострением хронического заболевания после купания в холодном озере экстренно госпитализировали в нейрохирургическое отделение Кировской областной клинической больницы, где выявили признаки гнойного воспаления твёрдой мозговой оболочки. Было принято решение провести операцию.

– Наметились положительная динамика в состоянии пациента, однако, по данным контрольной компьютерной томографии, в лобной области сформировался ещё один гнойник. Спустя несколько дней пациенту была выполнена вторая операция в связи с воспалением левой лобной доли, – рассказал нейрохирург Денис Старков.

Благодаря курсу реабилитации и ежедневным занятиям дома у пациента прошла слабость в конечностях, восстановилась речь. Он повторно обратился к нейрохирургам, чтобы закрыть дефекты костей черепа, появившиеся в результате хирургических вмешательств. У пациента было два крупных и сложных дефекта, поэтому врачи приняли решение воспользоваться технологией 3D-моделирования. Совместно с коллегами Центра травматологии, ортопедии и нейрохирургии на основе данных компьютерной томографии на 3D-принтере напечатали модель части черепа, смоделировали размер и форму титановых пластин, с учётом анатомических особенностей пациента.

В ходе операции хирурги зафиксировали подготовленные импланты с помощью микрошурупов. Сейчас мужчина чувствует себя хорошо, он уже выписан.

Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ

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

Подписка на «МГ»
через редакцию всегда дешевле

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

Оставить заявку на оформление подписки можно по адресам электронной почты:

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

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

Оплатить подписку можно и он-лайн. Платежи по QR-кодам безопаснее.

Отсканируйте
этот QR-код
для оплаты



СБП
СБЕРБАНК

Вехи

ВГМУ им. Н.Н.Бурденко —
105 лет

В Воронежском государственном медицинском университете им. Н.Н.Бурденко прошли торжественные мероприятия в честь 105-й годовщины. 12 ноября 1918 г. на воронежской земле начался профессиональный путь многих поколений медиков, всей душой преданных своему делу. За эти годы пройден путь от факультета до одного из лучших университетов России, который сегодня, как и на протяжении всей своей истории, продолжает выпускать высококлассных специалистов-медиков, способных работать в сложных и непредсказуемых условиях, сохраняя жизнь и здоровье своих пациентов.



Праздничный день начался с возложения цветов к стеле, расположенной на территории университета. На митинге у мемориальной плиты, символизирующей память ушедшим, славу живущим и надежды грядущим, собрались члены профессорско-преподавательского состава ВГМУ им. Н.Н.Бурденко во главе с ректором, профессором Игорем Есауленко, а также сотрудники, студенты вуза и ветераны. Собравшиеся вспомнили историю развития университета и в знак благодарности всем беззаветно служившим медицинскому образованию и внёсшим вклад в отечественную и мировую науку не только в мирное, но и в военное время возложили к стеле цветы.

В рамках праздничного дня в ректорской галерее состоялось торжественное открытие выставки картин Сергея Гулевского – директора Воронежского художественного училища, члена Российской академии художеств, заслуженного деятеля искусств Воронежской области и члена

попечительского совета Воронежского медуниверситета.

В продолжение празднования юбилея в центральной медицинской аудитории прошло



торжественное заседание учёного совета ВГМУ. В нём приняли участие представители правительства и Воронежской

областной Думы, общественных организаций и практического здравоохранения.

С приветственным словом к собравшимся обратился И.Есауленко. Он поздравил всех со 105-летием медуниверситета, подчеркнув, что труд и усилия каждого лежат в основе достижений и успехов альма-матер, которые базируются на прочной основе, построенной выдающимися предшественниками.

Воронежский медицинский университет поздравил со 105-летием министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко, губернатор Воронежской области Александр Гусев, председатель Воронежской областной Думы и председатель попечительского совета ВГМУ Владимир Нетёсов, ректор Воронежской духовной семинарии Роман Ткачёв и многие другие. Поздравили альма-матер и выдающиеся выпускники – главный

сердечно-сосудистый хирург ЦФО, руководитель областного кардиохирургического центра профессор ВГМУ Сергей Ковалёв и главный эндокринолог Минздрава России академик Иван Дедов.

Ярким финалом торжественного собрания стала церемония вручения мантий почётного профессора ВГМУ им. Н.Н.Бурденко. В этом, юбилейном, году в торжественной обстановке мантии надели С.Гулевский, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ВГМУ, почётный гражданин Воронежа, профессор Ирина Коротких, профессор кафедры ортопедической стоматологии Николай Лесных, заведующая кафедрой госпитальной педиатрии профессор Татьяна Настаушева и основатель группы компаний «Олимп здоровья», член попечительского совета ВГМУ Александр Соловьёв.

Олег ПОЛЕХИН.



Инициатива

Правительство РФ дополнило перечень современных технологий, при разработке которых компании смогут заключать с государством специальные инвестиционные контракты (СПИК 2.0), в том числе в сфере медицины. Об этом сообщил председатель Правительства РФ Михаил Мишустин.

В ходе совещания с вице-премьерами он заявил, что развитие серийных производств конкурентоспособной продукции в России особенно важно в условиях действующих санкций. «Для этого мы расширим перечень современных технологий, при разработке и внедрении которых компании смогут заключать с государством специальный инвестиционный контракт, соответственно, получая налого-

Расширен перечень технологий для специнвестконтрактов

вые льготы, преференции и другие возможные инструменты, включая субсидии», – сказал М.Мишустин.

Он указал, что в этот список войдет более 70 решений, которые охватывают радиоэлектронику, фармацевтику, химическую промышленность, энергетический комплекс, металлургию и другие сферы. По словам главы кабмина, это позволит привлечь больше частных средств для выпуска собственного наукоёмкого оборудования.

Премьер-министр привёл в пример приборы для ранней диагно-

стики и лечения злокачественных заболеваний, которые помогут значительно сократить время проведения хирургических операций. Помимо этого, перечень расширен и для технологии создания автоматических портативных анализаторов, которые позволяют проводить анализы и получать их результаты в полевых условиях, в кабинете врача или у пациента дома. Эти меры послужат достижению целей научно-технического и научно-технологического развития, которые были определены главой государства.

СПИК действуют с конца 2020 г. В рамках такового сотрудничества инвестор в предусмотренные контрактом сроки обязуется реализовать свой технологический проект на территории России. Государство, в свою очередь, гарантирует разработчику выгодные, понятные и неизменные условия для вложений. Контракты заключаются на срок до 15 лет, если вложения в проект не превышают 50 млрд руб. При большей сумме контракт продлевается до 20 лет.

Игорь НАУМОВ.

Решения

Упростить, продлить, обеспечить

Согласно постановлению Правительства, в России продлевается процедура ускоренной регистрации лекарств и получения разрешительных документов на использование ряда противовирусных препаратов. Упрощённая процедура позволяет получить все необходимые документы для введения в оборот медицинских препаратов в максимально короткие сроки, обеспечить стабильные поставки лекарств в медицинские организации.

Также до 1 января 2025 г. продлевается действие уже выданных временных регистрационных удостоверений и разрешений на применение противовирусных препаратов, не зарегистрированных в России. Кроме того, также до 1 января 2025 г. не будут меняться предельные отпускные цены, установленные на ряд противовирусных лекарств из списка жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), сообщили в пресс-службе Минздрава России.

Упрощённый порядок регистрации лекарств был утверждён Правительством в апреле 2020 г. из-за распространения новой коронавирусной инфекции.

Павел БАЛАГИН.

Рядом с нами

Помощь жителям Мариуполя

Специалисты Федерального центра медицины катастроф Минздрава России оказали помощь почти 35 тыс. жителей Мариуполя.

С декабря 2022 г. бригада полевого медицинского госпиталя ФЦМК Минздрава России работает там на базе городской больницы № 2. Развёрнутый госпиталь предназначен для оказания первичной медико-санитарной помощи жителям Левобережного района. Его работа позволяет повысить качество оказания медицинской помощи в Мариуполе.

– В составе бригады работают врачи различных направлений: невролог, хирург, травматолог-ортопед, офтальмолог, терапевт и два средних медработника. Это позволяет оказывать населению всю необходимую первичную медико-санитарную помощь, проводить на месте различные медицинские исследования и операции, – отметил главный врач Полевого многопрофильного госпиталя ФЦМК Минздрава России Алексей Куткин.

Наиболее востребованными профилями помощи стали терапия, офтальмология и неврология. Медики выполнили почти 3 тыс. перевязок, более 500 операций, более

6 тыс. ультразвуковых исследований и почти 2,5 тыс. ЭКГ исследований. Кроме того, специалисты полевого многопрофильного госпиталя ФЦМК Минздрава России оказали медицинскую помощь более чем 4 тыс. детей в Мариуполе.

Также врачи и медсёстры полевого госпиталя проводят разъяснительную работу с пациентами, которые к ним обращаются. После оказания помощи пострадавшим с травмами конечностей медики ушат пациентов техникам наложения повязок, а также правилам личной гигиены.

Владимир ЧЕРНОВ.

Дела судебные

Спасти от спасателей

Территориальный орган Росздравнадзора по Москве и Московской области закрыл клинику группы компаний «Спасение», в которой за последний год скончалось пять человек. В отношении учредителей и работников расследуется уголовное дело по незаконному использованию инертного газа ксенон, сообщили в ведомстве.

В ходе контрольных мероприятий выявили многочисленные нарушения. В частности, было выявлено и изъято большое количество запрещённых в РФ лекарственных препаратов неизвестного производителя, которые активно применялись в лечении пациентов. На момент проверки в медучреждении находились пациенты в состоянии алкогольного и наркотического опьянения и только один врач, который так и не смог предоставить каких-либо пояснений по состоянию больных, курсу их лечения и назначений лекарственных препаратов.

По завершении надзорных мероприятий из клиники эвакуировали 36 пациентов, 6 из которых находились в критическом состоянии. Прибывшим врачам удалось спасти их. На сегодняшний день московская клиника ООО «Гармония Медикал» закрыта и опечатана сотрудниками СК РФ.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Преодоление

Эпидситуация по кори контролируется

В 2023 г. наблюдается очередной циклический подъём традиционный для кори, сообщили в Роспотребнадзоре.

В некоторых регионах РФ рост заболеваемости отмечается преимущественно за счёт не привитых граждан, в том числе прибывших из стран ближнего зарубежья. Групповые очаги заболевания в течение года наблюдались среди цыганского населения и религиозных общин, отказывающихся от прививок.

«Для снижения эпидемического подъёма специалистами Роспотребнадзора ведётся адресная информационно-разъяснительная работа. В случаях подозрения на корь незамедлительно проводится эпидемиологическое расследование, а если получено подтверждение заболевания – проводится полный комплекс санитарно-противоэпидемических мероприятий», – сообщили в ведомстве.

Кроме этого, во всех регионах страны с апреля 2023 г. прово-

дится подчищающая иммунизация – вакцинация не привитых и не болевших корью, а также привитых однократно детей и взрослых. На сегодняшний день в ходе текущей кампании привито 77,5% от числа подлежащих иммунизации. Таким образом, за последние 4 месяца отмечается устойчивая тенденция к снижению заболеваемости корью, отметили в Роспотребнадзоре.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

Акценты

Присвоена высшая категория

Лаборатория химико-аналитического контроля и биотестирования НИИ гигиены, профпатологии и экологии человека вошла в число лучших в мире по результатам тестирования Организации по запрещению химического оружия (ОЗХО).

Генеральный директор ОЗХО Фернандо Ариас Гонсалес в официальном письме сообщил, что лаборатория химико-аналитического контроля и биотестирования Научно-исследовательского института гигиены, профпатологии и экологии человека ФМБА России успешно выполнила все задания 8-го квалификационного теста по анализу биомедицинских проб (Biomedical Proficiency Test) в 2023 г.

Были идентифицированы маркеры нервно-паралитических (зоман) и кожно-нарывных отравляющих веществ (иприт и сесквииприт) в образцах плазмы крови, присланных организаторами теста, в результате чего лаборатории была присвоена высшая категория «А» и продлён до 2024 г. статус назначенной лаборатории ОЗХО для анализа биомедицинских образцов.

По результатам теста лаборатория вошла в число 15, получивших наивысшую оценку, и в число 7 успешно справившихся с дополнительным заданием – идентификацией гидролитического метаболита сесквииприта. Всего для участия в 8-м тесте были номинированы 29 лабораторий из 20 стран.

Лаборатория химико-аналитического контроля и биотестирования НИИ гигиены, профпатологии и экологии человека является единственной лабораторией Федерального медико-биологического агентства из двух назначенных ОЗХО лабораторий в Российской Федерации.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Подписка-2024

ПОДПИСНЫЕ ИЗДАНИЯ

ПОЧТА РОССИИ

КНИГИ
ГАЗЕТЫ
АЛЪМАНАХИ
ЖУРНАЛЫ

2024
1 полугодие

Официальный каталог
Почты России на первое
полугодие 2024 года
8 800 100-00-00

Все 6000 изданий
(полная 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 2024 г.;
- ✓ Электронный каталог «Почта России».

Подписные индексы:

ПН016 — на год
ПН014 — на месяц.

- ✓ Каталог периодических изданий – газеты и журналы, первое полугодие 2024 г. («Урал-Пресс»).

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

КАТАЛОГ
периодических изданий
газеты и журналы

1 полугодие 2024 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.

Какая сейчас в России эпид-ситуация по гриппу и коронавирусу, стоит ли ожидать в будущем появления их более опасных штаммов, какие изменения вносятся в российские вакцины, и кому следует вакцинироваться в первую очередь? На эти и другие вопросы отвечает наш сегодняшний собеседник – главный специалист по инфекционным болезням Минздрава России, заместитель директора НМИЦ фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний, профессор кафедры инфекционных болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Владимир Чуланов.



– Владимир Петрович, как бы вы оценили ситуацию по ОРВИ в начале эпидсезона? Что происходит с распространением коронавируса?

– Сейчас в России эпидситуация по гриппу и другим ОРВИ в целом довольно спокойная. На 45-й неделе 2023 г., по данным НИИ гриппа им. А.А.Смородинцева, уровень заболеваемости населения ОРВИ и гриппом в целом по стране повысился по сравнению с предыдущей неделей, и, составив 63,2 на 10 тыс. населения, был ниже базовой линии (70,0) на 9,7%, но выше еженедельного эпидемического порога на 4,1%.

Эпидемические пороги заболеваемости гриппом и ОРВИ по всему населению были превышены на 20% и более в 14 городах (Белгород, Брянск, Владивосток, Волгоград, Кемерово, Красноярск, Мурманск, Орёл, Оренбург, Ростов-на-Дону, Ставрополь, Томск, Улан-Удэ, Чита) из 61, приславшего данные.

По COVID-19 мы регистрируем увеличение заболеваемости в течение нескольких последних недель, но речь идёт не о геометрической прогрессии, а о медленном росте.

Но самое главное – мы видим существенное снижение тяжести заболевания COVID-19 по сравнению с периодом пандемии. Соответственно, показатели госпитализаций и летальных исходов существенно ниже. Это мы отмечаем с тех пор, когда на смену штамму дельта пришёл омикрон. Вирус эволюционировал в сторону как повышения контагиозности, так и снижения патогенности. Сейчас гораздо реже наблюдаем пневмонии. Это связано с отличием рецепторного аппарата омикрона от более ранних генетических вариантов коронавируса. Для омикрона больше характерно поражение верхних дыхательных путей и сердечно-сосудистой системы в отличие от дельты, которая давала поражение нижних дыхательных путей.

Сейчас в России, как и в других странах, циркулируют только штаммы омикрона в виде различных его подвариантов – арктур, кракен, пиrola. Некоторое время назад начал распространяться подвариант SARS-CoV-2 EG.5 эрис, который сейчас из циркулирующих вариантов составляет около 45%. Нам новые подварианты приходят с небольшой задержкой, в России пока регистрируются единичные случаи эриса и пиrolы, всё ещё преобладают более ранние подварианты омикрона. При этом для поздних подвариантов ещё в меньшей степени характерны поражения лёгких, то есть новые штаммы становятся всё менее патогенными, а по контагиозности мы не видим больших отличий.

– Можно ли ожидать появления более опасных штаммов коронавируса в обозримом будущем или самый худший период остался позади, раз вирус эволюционирует в сторону менее патогенных штаммов?

– К сожалению, это невозможно прогнозировать. Казалось бы, если вирус эволюционирует в сторону снижения патогенности, то почему на смену менее патогенным пришёл вариант дельта? Всегда существует риск появления по-

и перчатки, и закрытые парки, и прогулки по расписанию.

– Как бы вы оценили эффективность российских вакцин против коронавируса?

– Наша вакцина от SARS-CoV-2 «Спутник V», которая стала первой в мире, – очень хороший эффективный препарат. Были вопросы по поводу того, что она была быстро зарегистрирована. Но дело в том, что это была вакцина на основе хорошо изученной платформы вектора аденовируса человека, которая использовалась ранее для создания вакцин против вируса Эбола. То есть там нужно было просто заменить фрагмент генома одного возбудителя на фрагмент генома другого. Это позволило быстро создать вакцину и прове-

включённые в наши и зарубежные клинические рекомендации, работают. Возможно, они эффективнее аналогов, но нельзя говорить, что это какая-то революция. В России также выпускаются воспроизведённые молниеправир и нирматревил. Патент на них не распространяется на Россию, поэтому мы можем без нарушения права на интеллектуальную собственность воспроизводить эти препараты.

Можно отметить наши временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение COVID-19». За время пандемии было издано 18 их версий, недавно вышла последняя. В 2020-2021 гг. в каждой версии по мере понимания патогенеза заболевания появлялось довольно много новшеств, и они

которые от групп риска по гриппу отличаются тем, что там нет детей раннего возраста. Для детей старше 12 лет используется вакцина «Спутник М» (Гам-КОВИД-Вак-М). Когда обновится антигенный состав «Спутника V», то обновится и вся линейка этих вакцин, в том числе для использования у детей и подростков.

– Насколько уменьшилась заболеваемость гриппом и другими ОРВИ во время пандемии, сыграл ли здесь роль масочный режим и ограничительные меры?

– Безусловно, пандемия повлияла на циркуляцию вирусов гриппа и других ОРВИ. В 2020-2021 гг. мы не наблюдали типичного сезонного подъёма заболеваемости гриппом – можно сказать, что он вообще

В центре внимания

Пандемия позади, но успокаиваться рано

Вероятность появления высокопатогенных штаммов коронавируса не исключена

тенциально более патогенного штамма, это может быть случайно закрепившаяся мутация с более высокой контагиозностью. Поэтому ведётся прицельное наблюдение за циркулирующими штаммами в разных странах, хотя сейчас, после значительного снижения заболеваемости, количество таких исследований сократилось.

– Как бы вы могли оценить эффективность тех ограничительных мер, которые вводились во время пандемии? Все ли они были оправданы и какие уроки можно извлечь на будущее?

– Это был сложный период, потому что мы поначалу не очень понимали, что из себя представляет коронавирус SARS-CoV-2. Поэтому первые меры реагирования были в какой-то части хаотичными и избыточными. Введение локдаунов, пусть даже в качестве перестраховки, имеет смысл, когда происходит массовое распространение очень патогенного и высококонтагиозного вируса. Но вот, например, обязательное ношение перчаток, как сейчас очевидно, было мерой избыточной и ненужной.

Что касается масочного режима, то в нашей стране особых перегибов не было. То есть у нас маски рекомендовали носить в местах массового скопления людей – в транспорте, магазинах, аптеках. А в некоторых странах требовали их повсеместного ношения, что было далеко не всегда обосновано. Смысл носить маски на улице был разве что в таких городах, как Гонконг, где после окончания рабочего дня на улицах такое столпотворение, как в московском метро в час пик. Но если такой плотности людей нет, то носить маски на улицах нецелесообразно, так как там вероятность передачи вируса минимальна.

Из избыточных, мягко говоря, мер могу назвать запрет на посещение парков, который одно время действовал в Москве. Я живу недалеко от Терлецкого парка и помню, что в начале пандемии все входы в него заваривали, и разъезжала машина, из которой через громкоговоритель постоянно предупреждали, что находиться там опасно. Но ведь это большой лесной массив с минимальной плотностью людей, где разумно было бы давать им возможность гулять и дышать свежим воздухом. Также в Москве одно время практиковались прогулки по расписанию, когда через день поочерёдно предлагалось выходить гулять жильцам чётных и нечётных подъездов. К счастью, всё это быстро ушло –

сти её испытания, пусть не такие масштабные, как кому-то хотелось бы, но необходимо было как можно быстрее её выпустить и начать применять. Препарат оказался и иммуногенным, и эффективным, и безопасным, он применялся во многих странах и получил хорошие отзывы. Так, исследование учёных аргентинского Национального университета Сан-Луис по сравнению «Спутника V» с вакцинами компаний AstraZeneca и Sinopharm подтвердило высокую эффективность российской вакцины, которая обеспечивает формирование сильного и длительного иммунитета к SARS-CoV-2. Через 20 и 180 дней после первого её введения был обнаружен более высокий уровень IgG-антител, чем у других вакцин.

– Какие изменения вносятся сейчас в российские вакцины против коронавируса?

– Когда SARS-CoV-2 начал активно эволюционировать, встал вопрос о том, что нужно обновлять вакцину, как это давно практикуется при вакцинации против гриппа. ВОЗ проводит мониторинг циркулирующих штаммов гриппа и на основании этой информации даёт рекомендации по составу вакцин. Хотя прогнозы по циркуляции тех или иных штаммов не всегда оправдываются, тем не менее они служат неплохим ориентиром для производителей вакцин во всём мире. С ковидом сегодня сложилась аналогичная ситуация.

Сейчас вакцина «Спутник V» с обновлённым антигенным составом, куда включены варианты омикрона, почти готова к выпуску в оборот. Она прошла доклинические исследования, затем клинические, сейчас заканчивается период наблюдений за вакцинированными. Думаю, что через пару недель она станет доступной. Конечно, разработка обновлённой вакцины разумна, потому что исследования in vitro показали, что антитела, образующиеся после прививки первым вариантом «Спутника V» менее активно нейтрализуют более поздние штаммы – тот же омикрон. Поэтому разумно было изменить антигенный состав вакцины, чтобы приблизить его к циркулирующим ныне вариантам вируса. За рубежом пошли по тому же пути.

– Какие достижения медицинской науки и фармации на фоне пандемии вы могли бы отметить?

– К сожалению, каких-то прорывных препаратов с противовирусным действием не появилось нигде в мире, хотя новые лекарственные средства, разработанные западными фармкомпаниями (ремдесивир, молниеправир, нирматревил) и

иногда даже опережали западные рекомендации. Так, когда стала понятна роль гипервоспаления, появилась идея ввести в рекомендации препараты, которые чаще используются в ревматологии для лечения аутоиммунных заболеваний с целью его ингибирования. В одну из версий у нас вошли так называемые ингибиторы янус-киназы – таблетированные препараты, которые снижают гипервоспаление. Мы были первыми в мире, кто включил их в свои рекомендации, и только через несколько месяцев они появились в западных рекомендациях, где остаются до сих пор. Это была непростая история, мы интенсивно анализировали все публикации по лечению ковида, иногда приходилось принимать решения, когда мы ещё не имели исчерпывающих доказательств. Но если первые исследования давали убедительные свидетельства эффективности тех или иных препаратов, мы старались их оперативно включить в рекомендации. Эту работу вела большая группа специалистов, больше 100 человек участвовали в подготовке рекомендаций. Конечно, мы коллективно принимали решения, обсуждали изменения и уже потом вносили их в новую версию.

– Кому рекомендуется прививаться против гриппа и ковида в текущем сезоне?

– Несомненно, в первую очередь мы говорим о группах риска. Если речь о гриппе, то хорошо известно, что это дети раннего возраста (младше 5 лет), для которых риск тяжёлого течения наиболее высок. В группу риска входят также и люди старше 60 лет, и беременные, и страдающие хроническими заболеваниями различного рода – сердечно-сосудистыми, дыхательной системы и т.д. Те группы населения, которые имеют наибольший риск неблагоприятного течения гриппа, должны прививаться в первую очередь. По планам нашей прививочной кампании должно быть покрытие групп риска не менее 75%, а в целом всего населения – не менее 60%.

Если говорить про ковид, то рекомендации по вакцинации менялись на протяжении периода пандемии и после неё. Сейчас мы, в отличие от ранних рекомендаций, советуем прививаться не раз в полгода, а раз в год, как при гриппе. Это было включено в последнюю версию временных методических рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению COVID-19. И также в первую очередь необходимо вакцинировать группы риска,

исчез. Зато был резкий подъём в ноябре 2022 г. с пиком в декабре – значительно раньше, чем обычно. Сейчас, год спустя, мы не видим в ноябре такого резкого подъёма – можно сказать, что эпидситуация по гриппу вернулась к типичной для допандемийных времён.

– Насколько реально опасность появления высокопатогенных штаммов вируса гриппа и его новой пандемии?

– Такие опасения не лишены оснований. Если мы вспомним историю, то периодически были довольно длинные промежутки без пандемии гриппа, но при этом рано или поздно она начиналась. Последняя из них была в 2009 г. – так называемый птичий грипп H1N1. Сейчас мы наблюдаем в циркуляции в том числе и этот серотип вируса гриппа, но его уже нельзя назвать пандемийным. Пандемия начинается тогда, когда появляется такой вариант вируса, который или ранее вообще не циркулировал, или циркулировал так давно, что в популяции на него нет иммунитета. Тогда он приобретает способность быстро передаваться, заражая большое количество людей, вызывать значительное количество тяжёлых форм заболевания.

Чтобы создать вакцину, эффективную против нового варианта вируса гриппа, наладить её производство в достаточных количествах, нужно несколько месяцев – её ведь не сделаешь по щелчку пальца. Вот это и приводит к неблагоприятному развитию ситуации, поэтому надо быть готовым к появлению нового варианта вируса гриппа, в том числе высокопатогенного. Для этого нужно очень тщательно следить за циркулирующими штаммами, чтобы вовремя его выявить и по возможности принять меры, в том числе по созданию запаса эффективных противовирусных препаратов, в частности, ингибиторов нейраминидазы и эндонуклеазы. К счастью, устойчивых к этим препаратам вариантов вирусов гриппа циркулирует очень мало.

У нас нет проблем с такими препаратами – частично их выпускает наша фармацевтическая промышленность, частично поставляют западные компании. Надо отдать им должное: в условиях санкционного давления они очень адекватно ведут себя и не прекращают поставки. Кроме того, у нас в стране производится много неспецифических препаратов, в том числе иммуномодуляторов.



Беседу вёл
Фёдор СМЕРНОВ,
обозреватель «МГ».

В 2019 г. в стране стартовала масштабная программа по раннему выявлению колоректального рака (КРР) среди населения старше 40 лет. Проект реализуется в рамках Всероссийской программы «За здоровую страну» при поддержке Комитета Государственной думы РФ по охране здоровья, профильных национальных медицинских исследовательских центров (НМИЦ) Минздрава России и органов исполнительной власти регионов. Партнёром программы выступила медицинская компания «Олимпус». К настоящему времени проект охватил 15 регионов страны от Калининграда до Сахалина. За время его реализации скрининговое обследование прошли тысячи сотрудников системообразующих предприятий регионов участников. В 2023 г. инициаторы программы заявили, что планируют расширить географию скринингов и охватить ряд новых онкозаболеваний. В преддверии старта нового этапа наш корреспондент побеседовал с Алексеем МОРОЗОВЫМ, директором по работе с органами государственной власти компании «Олимпус».

– Алексей Владимирович, проект длится уже 5 лет. Как вы оцениваете его результаты?

– Проект эффективно выполняет свои функции. Благодаря этой инициативе проблема ранней диагностики КРР поднята на принципиально новый уровень. Обследованы тысячи человек, апробированы инновационные методы диагностики, подходы к маршрутизации пациентов, сформированы алгоритмы эффективного раннего выявления злокачественных новообразований (ЗНО). Обучены сотни врачей и созданы условия для эффективного обмена опытом между федеральными онкологическими НМИЦ и их региональными отделениями. К настоящему моменту в рамках программы было проведено по-

Инициатива

Скрининговая программа будет расширена

Проект охватит ряд новых нозологий

рядка 17 тыс. анализов, около 1400 человек прошли эндоскопическое обследование. У 648 (49,3%) из них обнаружены полипы, а у 34 (2,6%) – выявлены ЗНО, более 70% которых на I или II стадиях. Пилотный проект продемонстрировал результаты, сравнимые с лучшими мировыми практиками. Однако самое главное – это то, что фактически в стране создана надёжная база для последующего внедрения региональных программ скрининга КРР.

– Вы затронули такой важный аспект, как внедрение региональных скрининговых программ. Скажите, удалось ли к настоящему моменту их запустить?

– Запуск скрининговых программ – это длительный комплексный процесс, который может занимать годы. Проект оплачивается из внебюджетных средств, но региональная скрининговая программа требует постоянного финансового обеспечения, найти которое в текущей ситуации сложно. Тем не менее ряд регионов, оценив результаты пилотного проекта и ознакомившись с медико-экономическим обоснованием, подготовленным специалистами Высшей школы экономики (ВШЭ), начинают понимать, что программа популяционного скрининга может привести к существенной экономии бюджета с точки зрения сокращения последующих расходов на терапию пациентов. По самым примерным оценкам, такая экономия может составлять 1 к 3. В настоящий момент прави-

тельства ряда регионов, в которых мы проводили пилотные проекты, вплотную приблизились к запуску таких программ.

– Изначально проект был сфокусирован на раннем выявлении колоректального рака. Почему вы приняли решение переформатировать его и распространить на новые нозологии – рак лёгкого и желудка?

– Для нашей страны все эти три вида ЗНО крайне актуальны, поскольку данные заболевания вносят наибольший вклад в структуру смертности. На рак лёгкого приходится 16,3% всех смертей от онкозаболеваний, рак желудка ответственен за 8,8% и КРР за 8,4% соответственно. Также важно отметить, что именно по этим трём ЗНО высока доля новообразований, выявленных на III-IV стадиях, то есть именно здесь усилия по ранней диагностике могут позволить спасти максимум жизней и повысить эффективность терапии.

– Расскажите подробнее о модели пилотных скринингов рака лёгкого и рака желудка. Алгоритм скрининговой программы будет схож с тем, что вы задействовали при диагностике КРР?

– Базово модель пилотного скрининга будет иметь много общего с программой по КРР, но отличия, безусловно, есть, и они связаны со спецификой самих заболеваний. Если говорить о раке лёгкого, то мы предполагаем проводить пилотный проект в несколько этапов. На пер-

вом этапе мы планируем провести информационно-образовательную работу. Как показал наш опыт организации таких проектов, крайне важно, чтобы участники скрининга понимали его цель и не испытывали страха перед последующими медицинскими манипуляциями. Далее следует этап анкетирования, то есть выявление лиц с наибольшим уровнем совокупного риска (курение, семейный анамнез, вредное производство и т.д.). По результатам анкетирования лицам с высоким риск-фактором будет назначена компьютерная томография (КТ), которая является эталонным методом диагностики рака лёгкого в сравнении с более доступной, но менее точной рентгенографией. В случае обнаружения патологических изменений мы переходим непосредственно к диагностической видеобронхоскопии с EBUS (эндоbronхиальное ультразвуковое исследование) с TBNA (трансbronхиальная пункционная биопсия). В комплексе такой подход позволяет не только выявить ЗНО на ранней стадии, но и определить конкретный тип рака лёгкого и его локацию, что является критически важным для выбора последующей терапии. Пилотный проект по скринингу рака желудка будет строиться схожим образом. Мы также планируем информационно-образовательную работу, анкетирование на риск-факторы, однако далее набор медицинских манипуляций будет иным. Лицам с высоким риск-фактором будут

назначены специальные анализы. В первую очередь речь идёт об анализе кала на скрытую кровь и так называемой гастропанели, позволяющей оценить состояние слизистой желудка, уровень инфицирования хеликобактером и наличие атрофии, которые являются предикторами рака желудка. В случае положительного теста на следующем этапе будет проведено эндоскопическое исследование.

– Организация скрининговой программы подразумевает тесное взаимодействие с профессиональным сообществом. Как будет строиться работа в этом направлении?

– Профессиональная научно-практическая часть является не менее значимой, чем собственно скрининговые процедуры, поскольку позволяет на практике отработать инновационные методы диагностики ЗНО. Во всех регионах участникам скрининговой программы мы проводим научно-практические конференции и мастер-классы ведущих онкологов и эндоскопистов. Однако программа не ограничивается только скринингом и работой с профессиональным сообществом. Ещё одним направлением нашей работы является содействие в создании региональных эндоскопических центров, которые бы позволяли максимально эффективно удовлетворять запросы конкретного региона и оптимизировать маршрутизацию пациентов. Кроме того, важным аспектом является проведение образовательных мероприятий для организаторов здравоохранения и управленческие программы повышения компетентности для руководителей системы управления здравоохранением региона. Такой подход продемонстрировал свою эффективность и позволил повысить уровень ранней выявляемости ЗНО в большинстве регионов – участников проекта даже после того, как активная фаза пилотного проекта завершила свою работу.

Беседу вёл Валентин МИХЕЕВ.

Перспективы

В Москве прошла II Всероссийская педиатрическая ассамблея с международным участием. На мероприятии была представлена насыщенная научная программа: 155 спикеров выступили с докладами на 30 специализированных секциях. Участниками ассамблеи стали более 1,5 тыс. специалистов почти из 200 городов России. Мероприятие прошло при поддержке Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова и Минздрава России. Научным и методическим организатором выступила Российская детская клиническая больница.

Открыла форум заместитель министра здравоохранения РФ Евгения Котова, зачитав приветственный адрес от лица министра Михаила Мурашко, в котором отмечен уникальный клинический опыт и экспертный уровень участников мероприятия.

«Взаимодействие органов государственной власти Российской Федерации, профессионального медицинского сообщества, организаторов здравоохранения, учёных сегодня обеспечивает лучшие в истории страны показатели детского здоровья. Сейчас мы обладаем возможностями для профилактики, ранней диагностики, лечения заболеваний любого профиля, соответствуя ведущим мировым стандартам. Эти успехи неслучайны, они являются плодом системной, кропотливой работы. II Всероссийская педиатрическая ассамблея обеспечивает уникальную площадку для обмена лучшими практиками и опытом, даёт новый импульс для совершенствования медицинской помощи, – сказала Евгения Григорьевна.

Ежегодная традиция продолжает развиваться

Свыше 1,5 тыс. человек приняли участие во Всероссийской педиатрической ассамблее



Ректор РНИМУ им. Н.И.Пирогова академик РАН Сергей Лукьянов подчеркнул важную роль детского здравоохранения в структуре академических исследований университета. Он добавил, что крупнейшие детские клиники, которые являются частью вуза, дают толчок научным исследованиям и в свою очередь используют инновационные разработки для улучшения качества диагностики, лечения, реабилитации детей.

«Наш университет уникален в области детского здравоохранения в плане объёмов оказываемой медицинской помощи детям. Российская детская клиническая больница – это масштабный комплекс, к которому совсем недавно присоединился крупнейший в стране детский реабилитационный центр, а количество коечных мест увеличилось до 1225. Это задаёт планку для образовательных и научных программ, которую

университет должен держать: разрабатываются клинические апробации и исследования, позволяющие нам выходить на новый уровень. Очень надеюсь, что ассамблея станет толчком к распространению знания, к открытию новых горизонтов», – отметил Сергей Анатольевич.

Президент НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии, депутат Государственной Думы РФ, академик РАН Александр Румянцев в своём видеообращении подчеркнул: «Российская детская клиническая больница

уже более 35 лет пользуется заслуженным уважением в Российской Федерации. Именно здесь организованы основные направления деятельности в области организации специализированной медицинской помощи детям. Ассамблея притягивает множество специалистов со всей страны, которые хотят представить свои разработки, и я надеюсь, что эта ежегодная традиция сохранится и будет только развиваться».

Почётными участниками пленарного заседания ассамблеи стали директор НИКИ педиатрии им. Ю.Е.Вельтищева Дмитрий Морозов, заведующий кафедрой онкологии, радиотерапии и реконструктивной хирургии Института клинической медицины им. Н.В.Склифосовского академик РАН Игорь Решетов, заместитель директора по детству Национального медицинского исследовательского центра оториноларингологии Аднан Юнусов, декан педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова Лидия Ильенко, профессор Каирского университета Хешам Негм (Hesham Negm).

Директор Российской детской клинической больницы, доктор медицинских наук, профессор Елена Петряйкина отметила: «Этот масштабный проект мы реализуем как самая крупная федеральная детская клиника страны. Уже второй год подряд на нашей площадке проходит выставка новейших научно-практических достижений, из которых, как мы надеемся, каждый сможет почерпнуть что-то для себя. Прежде всего, это научное мероприятие, которое проводят эксперты ведущих детских клиник России».

В нынешнем году Всероссийская педиатрическая ассамблея вновь собрала ведущих экспертов в самых различных областях детского здравоохранения. Научными направлениями ассамблеи стали педиатрия, детская хирургия, реабилитация, реаниматология и анестезиология, диагностика, фармакотерапия. Помимо пленарных лекций были организованы «круглые столы», панельные дискуссии на самые разнообразные темы, мастер-классы от врачей различных специализаций.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Акценты

За каждой победой
стоит коллектив

Олег ШИЛОВСКИХ,
генеральный директор АО
«Екатеринбургский центр
МНТК «Микрохирургия гла-
за», главный офтальмолог
Свердловской области, за-
служенный врач РФ:

Я пришёл в проект Святослава Николаевича Фёдорова за год до открытия клиники, когда и в прямом, и в переносном смысле закладывался её фундамент. Мне было 24 года, а сейчас за плечами 35 лет. По сути, вся моя жизнь в специальности прошла здесь. Наши дети выросли и уже работают с нами – имею в виду не только себя, но и коллег, составивших команду центра много лет назад.

Юбилей – это повод напомнить о себе, подвести итоги, проанализировать, что было сделано, какие технологии внедрены, какие проекты реализованы. Центр несёт огромную социальную нагрузку: в рамках программы госгарантий здесь ежегодно проводится 25 тыс. операций по полисам ОМС, то есть бесплатно для пациентов. Для сферы частной медицины наш опыт уникален. Это говорит о правильном векторе взаимодействия центра не только с пациентами, но и с государством.

Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза» играет ключевую роль в системе здравоохранения Уральского федерального округа. Являясь акционерным обществом, центр выполняет огромный социальный заказ и проводит более 25 тыс. операций в год в рамках программы госгарантий, бесплатно для пациентов.

В Уральском регионе работают 18 представительств и филиалов клиники, где более 80% медицинских услуг проводятся по ОМС. Всё это делает высококвалифицированную офтальмологическую помощь в Свердловской области, пожалуй, одной из самых доступных в стране.

Центр состоит в концессионных отношениях с Минздравом России, выступая одновременно и в роли инвестора, и в роли организации, оказывающей медицинскую помощь, безупречно выполняя все требования договора.

Основанный великим академиком Святославом Фёдоровым в 1988 г., Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза» является примером медицинской организации с высокой профессиональной культурой и способностью решать глобальные проблемы здравоохранения. За 35 лет его работы более 5,5 млн пациентов из России и других стран получили медицинскую помощь, более 1,3 млн операций было выполнено. Эти внушительные цифры свидетельствуют о высоком уровне доверия пациентов.



ЕКАТЕРИНБУРГСКИЙ ЦЕНТР
МНТК «МИКРОХИРУРГИЯ ГЛАЗА»

СОЗВЕЗДИЕ ПРОФЕССИОНАЛОВ

35
ЛЕТ

Специалисты клиники активно участвуют в научной деятельности, результатами которой являются более 200 патентов РФ. Центр является организатором региональных и международной конференций по офтальмохирургии.

Коллектив клиники не только заботится о здоровье пациентов, но и о своих сотрудниках. В центре действует социальная программа, предоставляющая дотации на оздоровление и материальную помощь. Дополнительной пенсией обеспечено около 90 ветеранов клиники. Есть своя хоккейная команда, музыкальный ансамбль, организованы различные спортивные и культурные мероприятия. Больше 10 лет клиника шефствует над детским садом для слабовидящих детей.

Центр продолжает развивать свои проекты, такие как строительство большой детской глазной поликлиники в Екатеринбурге, обновление представительств и филиалов клиники, а также строительство клиник с операционными блоками в Каменске-Уральском, Нижнем Тагиле и Тюмени. Эти шаги позволяют центру расширить свои возможности и обеспечить качественную медицинскую помощь, что является важным вкладом в сохранение здоровья населения. Залог успеха Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» – это командная работа, абсолютная отдача каждого и ответственное выполнение своих обязанностей, желание добиться лучших результатов и не подвести коллег.



Торжественное открытие Свердловского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» (02.11.1988). Слева направо: Х.Тахчиди, А.Семёнов, С.Фёдоров

Евгений КУЙВАШЕВ,
губернатор Свердловской области:

Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза» заслуженно является одной из лучших профильных клиник России. Он помогает людям восстановить способность видеть мир во всех его красках.

Ежегодно МНТК «Микрохирургия глаза» оперирует почти 50 тыс. уральцев. Более 25 тыс. операций проводится бесплатно в рамках программы обязательного медицинского страхования. Во многом благодаря этому наш регион занимает лидирующие позиции в России по качеству и уровню доступности офтальмологической помощи.

«Микрохирургия глаза» – место, где традиции и прогресс, высокие технологии и человечность гармонично дополняют друг друга. Здесь сконцентрировано всё лучшее, что есть в отечественной и мировой медицине: мощная научная база, самое современное оборудование, а главное – специалисты высочайшего класса, слава и гордость уральской медицины. В клинике работают настоящие профессионалы, люди с добрым сердцем и щедрой душой. Из дня в день коллектив центра бросает вызов недугам, разрабатывает и внедряет инновационные методы лечения, смело смотрит вперед и дарит такую же возможность своим пациентам.

Владимир ЯКУШЕВ,
полномочный представитель Президента России в Уральском федеральном округе:

За 35 лет Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза» стал одним из ведущих профильных учреждений в стране, ни на секунду не останавливаясь в развитии. Он планомерно расширяет свою сеть, создаёт представительства в Уральском регионе. Сегодня их уже 18, и везде помощь оказывается по самым высоким стандартам качества, внедряются самые современные, уникальные технологии лечения зрения, проходит обучение коллег и обмен опытом, продвигается вперед наука. Все эти достижения – общая победа, успех, в котором поучаствовал каждый сотрудник центра. Не сомневаюсь: у «Микрохирургии глаза» впереди большое будущее.

Отдельные слова благодарности я адресую руководителю центра, О.В.Шиловских, который работает в центре со дня его основания и уже много лет успешно ведёт за собой коллектив. Желаю коллективу дальнейшего развития и реализации самых амбициозных планов и успехов в лечении пациентов!

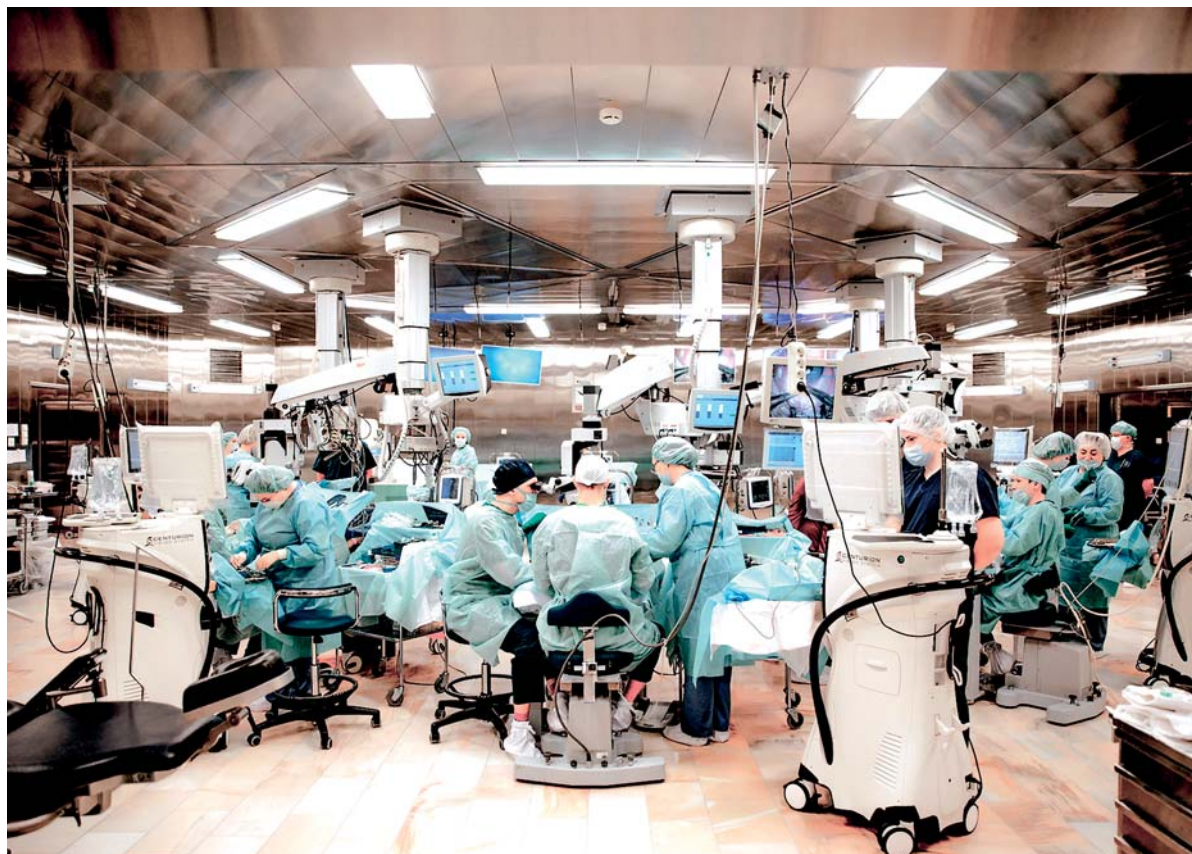
Людмила БАБУШКИНА,
председатель Законодательного собрания Свердловской области:

В течение 35 лет центр показывает пример успешного взаимодействия с медицинским сообществом, бизнесом, органами власти. В век стремительного роста информационных технологий всё большее число людей нуждается в офтальмологической помощи. А благодаря тому, что в центре успешно внедряются новые технологии (более 200 патентов), приобретается самое современное оборудование, работают настоящие профессионалы, лечение проходит успешно. Уверена, что он не только самый лучший в мире, но и самый доброжелательный. Когда-то Святослав Фёдоров сказал, что успешное лечение будет тогда, когда пациент окружен вниманием и добротой. Как раз в центре люди получают это внимание, доброту и высококлассную квалифицированную помощь.

Андрей КАРЛОВ,
министр здравоохранения Свердловской области:

Здоровье нации издавна считается залогом будущего. Профессиональная деятельность людей, связанная со сферой здравоохранения, всегда была и остаётся самым благородным и гуманным делом. Созданный великим академиком Святославом Фёдоровым Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза» с первых шагов стал образцом медицинской организации с высокой профессиональной культурой, способной решать глобальные проблемы здравоохранения. Здесь сконцентрировано всё лучшее, что есть в мировой офтальмологии: наука, современное, высокотехнологичное оборудование, специалисты высочайшего уровня и самое важное, отличные результаты лечения пациентов. Работу коллектива МНТК «Микрохирургия глаза» всегда отличают добросовестное отношение, творческий подход, понимание сути решаемых проблем.

Центр занимает особое место в системе здравоохранения Среднего Урала. Около 70% его пациентов – жители Свердловской области. За время работы центра в нём прошли диагностическое обследование 5,5 млн человек и получили хирургическое лечение более 1,3 млн пациентов. За этими впечатляющими цифрами стоит возвращённая возможность видеть мир.



В главном операционном зале центра

**Христо ТАХЧИДИ,
первый директор центра, академик РАН:**

Со дня основания центра мы пишем историю микрохирургии на Урале. Мы впервые внедрили новые современные технологии в Екатеринбурге, в Свердловской области, на Среднем Урале. Я благодарен судьбе за то, что она мне дала возможность участвовать в этом замечательном проекте, и дважды благодарен судьбе за то, что мои ученики успешно продолжают эту работу. В центр приходит много молодежи, и я надеюсь, она сделает его ещё лучше и научит следующее поколение, чтобы это двигалось бесконечно и чтобы через 200 лет какой-то человек сказал на торжественном вечере: «Вы представляете, 200 лет назад ребята это всё начали, это всё живёт и это всё помогает людям!»

**Ольга КОВТУН,
ректор Уральского государственного медицинского университета Минздрава России, академик РАН:**

Открытие центра в Екатеринбурге стало настоящим технологическим и организационным прорывом в диагностике и лечении офтальмологических пациентов. Сосредоточение современных технологий, квалифицированных специалистов и безупречное качество работы стали визитной карточкой центра, в котором за 35 лет лечение получили более миллиона человек! Генеральный директор центра О.В.Шиловских, талантливый врач и руководитель с огромным опытом – достойный пример для студентов и выпускников нашего вуза.



Диагностические линии центра оснащены самым современным офтальмологическим оборудованием

**Денис МАЦУЕВ,
российский пианист и
общественный деятель,
народный артист РФ, лауреат
Государственной премии РФ:**

Представители МНТК «Микрохирургия глаза» – близкие мне по духу люди. То, что удалось создать С.Н.Фёдорову, продолжатели его дела закрепили и успешно развили.

Я каждые 5 лет приезжаю на юбилей Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» и, надеюсь, что мы увидимся и на 40-летию, и на 45-летию!

**Дмитрий ЛИСС,
художественный руководи-
тель и главный дирижер
Уральского академическо-
го симфонического ор-
кестра, народный артист
России:**

Я 28-й год работаю главным дирижером оркестра в Екатеринбурге и почти столько же времени тесно общаюсь с центром МНТК «Микрохирургия глаза» и с его генеральным директором О.Шиловских. Он входит в совет попечителей нашего оркестра, объединяющий представителей самых успешных организаций нашего города. С Олегом Владимировичем у нас сложились особые отношения, тёплые и доверительные. Мне в принципе очень близки проблемы медиков, поскольку мои родители были врачами, я вырос в атмосфере разговоров о работе, и хорошо представляю проблемы отечественной медицины. Отрадно, что есть люди, которые стараются работать на мировом уровне, вопреки всем трудностям, и добиваются успеха. К таким организациям принадлежит центр «Микрохирургии глаза». Говорю это не умозрительно: лет 15 назад у меня возникла серьёзная ситуация со зрением, и мне была сделана операция в центре на таком уровне, что я сейчас уже не помню, какой глаз у меня пострадал. Веду нормальный образ жизни, занимаюсь спортом. Благодаря своевременному и фантастически профессиональному вмешательству удалось сохранить зрение.

**Алексей ОРЛОВ,
глава города Екатерин-
бурга:**

Когда в далёком 1988 г. был создан офтальмологический центр, это стало настоящим прорывом развития уральской медицины. Сотням пациентов стали доступны самые современные и инновационные методики диагностики и лечения тяжёлых и ранее неизлечимых заболеваний. И сегодня работа центра – это тот золотой стандарт сплава профессионализма и мастерства, к которому стремятся многие медицинские учреждения.

**Валерий ШЕЛЯКИН,
директор ТФОМС Сверд-
ловской области:**

История центра – это история блестящих побед и выдающихся медицинских и человеческих достижений. Это подаренное людям счастье видеть мир таким, какой он есть. Благодаря неравнодушию, сплочённости, целеустремлённости, взаимной поддержке сотрудников МНТК «Микрохирургия глаза» жители Екатеринбурга и Свердловской области сегодня имеют возможность получать качественную, высококвалифицированную медицинскую помощь в соответствии с самыми современными мировыми стандартами. И важность этих привычных и, казалось бы, почти формальных фраз невозможно переоценить!



Главное здание Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза»

**Борис МАЛЮГИН,
заместитель генерального директора НМИЦ МНТК «Микро-
хирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова Минздрава России, предсе-
датель Общества офтальмологов России, член-корреспондент
РАН:**

Мне представляется, что роль Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» в здравоохранении региона является системообразующей. Под этим я понимаю следующее: центр – это сердце офтальмологии региона, окружающие его филиалы – более или менее крупные – сосудистая сеть, структурно ориентированная и пронизывающая основные крупные территориальные образования. Такая организация обеспечивает постоянный приток пациентов, часть из которых, требующая сложных медицинских мероприятий, направляется центростремительно, а затем после их осуществления – центробежно.

Собственно, такой принцип и был заложен С.Фёдоровым при организации системы МНТК «Микрохирургия глаза» с его головной организацией и филиалами. И на Екатеринбургской земле он получил хорошее развитие.

**Валерий АНАНЬЕВ,
генеральный директор НП
«Управление строительства
«Атомстройкомплекс»:**

Тридцать пять лет назад наши строители вместе с финскими коллегами возвели уникальное здание. Кто же знал тогда, что там вырастут такого уровня профессионалы, которые и сейчас легко могут затмить славу своих зарубежных коллег! Сегодня нам довелось участвовать в реконструкции этого центра, строить его новые площади, новые возможности для того, чтобы он развивался, чтобы ни на минуту не прекращал свою деятельность. Это большая честь и большая удача – работать с такими партнёрами.



Музыкальный ансамбль центра – обязательный участник всех корпоративных мероприятий



Хоккейная команда «Микрохирургия глаза» в 2023 г. стала серебряным призёром всероссийского турнира среди врачей «Кубок Гиппократ»

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 43 (2403)

(Продолжение. Начало в № 44 от 10.11.2023.)

Клиренс креатинина можно рассчитать по формулам.

СКД-ЕРІ: СКФ = $141 \times \text{мин}(\text{СКр})^a \times \text{макс}(\text{СКр})^{-1,209} \times 0,993^{\text{Возраст}}$

● СКр – креатинин крови в мг/дл

● α: – 0,329 (Ж) и – 0,411 (М)

● женщинам необходимо в конце умножить полученный результат на 1,018.

MDRD: СКФ = $170 \times (\text{СКр})^{-0,999} \times \text{возраст}^{-0,176} \times 0,762$ (только для Ж) × остаточный азот мочевины (ммоль/л) – 0,17 × уровень альбумина сыворотки (г/л)^{0,318}.

Кокрофта-Голта: СКФ = $((140 - \text{возраст}) \times \text{массу тела в кг}) : \text{СКр (мкмоль/л)}$. Конечный результат мужчины умножают на 1,23, а женщины – на 1,05.

Важно знать! Чтобы перевести концентрацию креатинина крови с ммоль/л в мг/дл, необходимо умножить это значение на 0,0113.

При обнаружении белка в моче и/или снижении скорости клубочковой фильтрации <60 мл/мин следует повторить исследования через 1 мес. При сохраняющихся нарушениях следует осуществлять наблюдение пациента совместно с терапевтом или нефрологом.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, перед назначением АРВП альтернативных схем или схем, применяемых в особых случаях, провести дополнительные исследования с целью оценки их безопасности у отдельных категорий пациентов.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, при назначении режима АРТ, содержащего ИИ или ИП, соблюдение диеты, исключение курения, регулярные физические упражнения для предотвращения набора веса.

В этих случаях рассмотреть возможность выбора препаратов в первую очередь альтернативных схем, а при невозможности – АРВП, назначаемых в особых случаях.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, осуществлять выбор АРВП на индивидуализированной основе, с учётом характеристик препаратов, сопутствующих заболеваний и состояния пациента, данных об эффективности АРВП и их побочных действиях.

В целях бесперебойного лекарственного обеспечения на региональном уровне следует рассмотреть вопрос о планировании финансовых средств для обеспечения расходного обязательства региона в части лекарственного обеспечения социально значимых заболеваний, в том числе путём внесения дополнительного вида расхода (лекарственные средства – АРВП и препараты для профилактики и лечения вторичных и оппортунистических заболеваний) в стоимость расчёта посещения по профилю «инфекционные болезни» ЦСПИД. Для регионов с высокой поражённостью населения ВИЧ-инфекцией приоритетно рекомендуется использование фиксированных комбинаций препаратов для снижения полипрагмазии и повышения приверженности пациентов лечению.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, для оценки эффективности АРТ использовать вирусологические, иммунологические и клинические критерии у всех пациентов, получающих АРТ.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, всем пациентам проводить исследование ВН для оценки вирусологической эффективности.

Вирусологическая эффективность – максимальное подавление вирусной репликации является основной целью АРТ, поэтому снижение количества РНК ВИЧ в плазме до неопределяемого уровня является её важнейшей задачей и показателем вирусологической эффективности. АРТ считается эффективной, если через месяц ВН снижается в 10 и более раз, через 3 месяца терапии – ниже 400 копий/мл, а через 6 месяцев – менее 50 копий/мл.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, переход на АРТ второго ряда при повторном (с интервалом не более 4 недель) выявлении определяемых уровней ВН через 6 и более месяцев АРТ у пациентов, достигших вирусологической супрессии, при условии соблюдения высокой приверженности приёму АРВП.

Кратковременное увеличение ВН до уровня 103 копий/мл на фоне острых инфекционных заболеваний и интоксикаций и т.п. не

рассматривается в качестве объективного признака вирусологической неудачи и требует контрольного определения не ранее, чем через месяц после купирования состояния.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, различать вирусологические критерии неудачи АРТ:

● у начинающих лечение снижение ВН менее чем на 1 lg (в 10 раз) через 1 месяц после начала терапии и не достигших вирусологической супрессии менее 200 копий/мл через 6 месяцев у пациентов, ранее не получавших АРТ

● у пациентов, получавших АРТ и имевших неопределяемую ВН, появление ВН выше 200 копий/мл в 2 повторных анализах, выполненных с интервалом 3 недели или более.

Всплески виремии (blip) следует отличать от низкоуровневой виремии (low level viremia) с помощью повторного определения ВН через 3–4 недели.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, при вирусологической неудаче у наивных и опытных пациентов выполнить анализ на лекарственную устойчивость и произвести адекватную замену схемы лечения (переход на АРТ следующего ряда).

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, проводить исследование показателей иммунитета для оценки иммунологической эффективности.

Иммунологическая эффективность – восстановление иммунной системы – также является важной задачей АРТ. Этот процесс происходит медленно и существенно зависит от степени иммунодефицита на момент начала АРТ. У пациентов, начинающих лечение на фоне тяжёлого иммунодефицита (CD4<200 мкл-1), восстановление иммунного статуса может происходить в течение недель, месяцев, а иногда и лет.

Не рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, менять терапию пациентам с недостаточной иммунологической эффективностью АРТ, если достигнут вирусологический эффект.

В этой ситуации следует провести анализ причин лейкопении/лимфопении и провести коррекцию:

● при выявлении воздействия препаратов, используемых для лечения сопутствующих заболеваний и состояний, провести их замену или отменить

● при выявлении побочного действия АРВП провести их замену

● провести тщательное обследование с целью выявления вторичных и сопутствующих заболеваний и назначить лечение, избегая назначения препаратов, вызывающих лейкопению/лимфопению

● обратить внимание на коррекцию факторов риска (вредные привычки, гипертония, дислипидемия и др.).

Кроме того, следует учитывать, что обострение имеющихся у пациента вторичных заболеваний или появление новых в начальный период проведения АРТ может быть проявлением воспалительного синдрома восстановления иммунной системы (ВСВС). У пациентов с тяжёлым иммунодефицитом признаки клинического прогрессирования ВИЧ-инфекции в течение первых 3–6 месяцев АРТ обычно не рассматривают как признак её неэффективности.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, прово-

дить оценку клинической эффективности АРТ при каждой явке на диспансерный осмотр.

Клинические критерии эффективности лечения – оценка прогрессирования ВИЧ-инфекции и течения вторичных заболеваний – являются наиболее доступными для практического врача и объективными в долгосрочном плане.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, при подтверждении вирусологической неэффективности АРТ (вирусологическая неудача) рассмотреть вопрос о смене терапевтической схемы и переходить на препараты второго ряда при неэффективности АРТ первого ряда.

Основной причиной вирусологической неудачи является формирование штаммов ВИЧ, устойчивых к АРВП. Продолжение АРТ в этой ситуации, как правило, имеет низкий клинический эффект, не предотвращает прогрессирование болезни и приводит к формированию множественной резистент-

ности со значительным ограничением терапевтических возможностей в будущем.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, при получении клиничко-лабораторных данных, подтверждающих неэффективность проводимой терапии, провести тест на наличие мутаций резистентности ВИЧ к АРВП – генотипирование.

Исследование резистентности проводится на фоне АРТ, в крайнем случае, в течение 2 недель после прекращения приёма всех препаратов схемы (следует учитывать длительный период полувыведения ННИОТ). При ВН от 500 до 1.000 копий/мл плазмы мутации могут остаться невыявленными с помощью обычных методов (не высокочувствительных).

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, осуществлять выбор АРВП на основании результатов исследования мутаций устойчивости ВИЧ с таким расчётом, чтобы в новой схеме было не менее двух активных препаратов.

Наличие мутаций резистентности определяется с помощью методов молекулярной диагностики (секвенирование). Наличие мутаций ВИЧ не всегда предполагает развитие резистентности – вторичные мутации не влияют на уровень лекарственной устойчивости. Для большинства АРВП необходимо накопление нескольких первичных мутаций ВИЧ для формирования устойчивости к лечению. Тест на резистентность позволяет не только выявить сформировавшиеся у ВИЧ мутации, но и определить перекрёстную устойчивость к другим АРВП и выявить активные препараты. Исследование устойчивости ВИЧ к АРВП следует проводить на фоне АРТ или не позднее 4 недель после её прекращения. При ВН<1000 копий/мл результаты исследования могут быть сомнительными.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, при прерывании режима АРТ на основе ННИОТ рассмотреть повторный старт лечения без ННИОТ-содержащих схем, если нет возможности исследования устойчивости вируса к ННИОТ.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, при невозможности исследовать устойчивость ВИЧ к АРВП назначить два новых НИОТ, которые пациент не получал в схеме первого ряда, и третий препарат из другого класса, чем был в схеме первого ряда.

Характерной особенностью ВИЧ является перекрёстная устойчивость, т.е. нечувствительность к препаратам, с которыми вирус никогда не встречался; она ограничена одним и тем же классом препаратов. Это происходит вследствие того, что для разных препаратов из одной группы (одного класса) первичные мутации являются идентичными. При отсутствии результатов исследования устойчивости молекулярными методами

следует заменить оба НИОТ и назначить третий препарат из другого класса.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, при составлении схем АРТ третьего и последующих рядов, когда выбор эффективных препаратов существенно ограничен, выбирать оптимальный режим терапии с учётом индивидуальных особенностей, предшествующего опыта применения АРТ и теста на резистентность. У пациентов с множественной устойчивостью ВИЧ к АРВП оптимальным выбором терапии является включение в схему АРТ препаратов новых классов (ингибиторы слияния, ингибиторы рецепторов CCR5 – маравирок). Возможно применение АРВП в составе разрешённых к применению ФКД.

Множественная резистентность ВИЧ к АРВП не изменяет цели и задачи АРТ.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, для оценки безопасности проводимой АРТ проводить регулярные плановые обследования для исключения развития непереносимо-

сти, проявления токсичности – ранней и отдалённой, а также межлекарственных взаимодействий.

При возникновении нежелательных явлений (любые отклонения от нормы в состоянии пациента, включая лабораторные) следует провести внеплановые обследования с целью уточнения их связи с течением ВИЧ-инфекции и проводимой терапией.

При развитии непереносимости какого-либо из АРВП необходимо провести корректирующие мероприятия, а при отсутствии эффекта произвести его замену в соответствии со спектром побочных явлений.

При возникновении нежелательных явлений лёгкой и умеренной степени необходимо продолжить АРТ под наблюдением, назначить симптоматическое лечение. При длительном персистировании умеренных или развитии тяжёлых побочных явлений следует отменить АРТ, провести лечение побочного явления и решить вопрос о замене препарата, вызвавшего побочное действие. Продолжение АРТ на фоне развившихся тяжёлых нежелательных явлений может угрожать жизни пациента.

Не рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, снижать терапевтические дозы препаратов за исключением случаев, оговорённых в рекомендациях, чтобы не допустить развитие резистентных штаммов вируса.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, для профилактики формирования резистентного штамма ВИЧ при отмене ННИОТ использовать поэтапный подход, предусматривающий продление курса НИОТ на 2–3 недели (битерапия); в качестве альтернативного варианта можно ННИОТ заменить на ИП/г за месяц до одномоментной отмены всей схемы АРТ.

Комментарии: после прекращения приёма ННИОТ его молекулы длительно выводятся из организма (до 4 недели), создавая концентрации в зоне низкого селективного давления, что благоприятствует формированию устойчивости ВИЧ ко всей группе ННИОТ (перекрёстная резистентность). Учитывая данную особенность препаратов из группы ННИОТ, при необходимости прервать их приём (например, в связи с развитием побочных эффектов, невозможностью сформировать достаточный уровень приверженности к данной схеме) следует отменить ННИОТ и продолжить НИОТ (другие препараты схемы) во избежание формирования устойчивости к ННИОТ.

Если при проведении стартовой (первой линии) терапии достигнуты клиническая, иммунологическая и вирусологическая эффективность лечения, частичное или полное изменение схемы лечения осуществляется в пределах первой линии АРТ.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, рас-

ценивать замену препарата(ов) в схеме АРТ или всей схемы АРТ на фоне достигнутой клинической, иммунологической и вирусологической эффективности как оптимизацию лечения.

Изменение эффективной (неопределяемая ВН на фоне высоких показателей CD4 и отсутствия клинической манифестации) и хорошо переносимой АРТ, схема которой составлена с допустимым сочетанием препаратов и не противоречит клиническим рекомендациям, проводится в рамках оптимизации АРТ, показаниями для которой являются:

- большая лекарственная нагрузка (с целью снижения количества таблеток и кратности приёма)
- приём препаратов с высокой долговременной токсичностью
- изменения (в том числе вероятные) состояния пациента, требующие коррекции терапии (беременность, пожилой возраст и др.)
- появление заболеваний, на течение или лечение которых может неблагоприятно влиять проводимая АРТ
- возможность назначить более экономичный режим АРТ
- желание пациента получать более простой режим АРТ.

В настоящее время для оптимизации АРТ применяют 2 подхода:

- замена отдельных препаратов в схеме (в пределах одного класса или со сменой класса)
- переход на редуцированную схему.

В случае замены отдельных препаратов в схеме следует учитывать предшествующий вирусологический анамнез (вирусологическая неэффективность, резистентность в прошлом) и при необходимости проводить тест на резистентность ВИЧ к АРВП.

Возможным вариантом оптимизации АРТ является её упрощение путём уменьшения количества активных препаратов в схеме терапии (редуцированные схемы АРТ). АРТ может проводиться в виде битерапии – ИП/г + ЗТС, ИИ+ЗТС.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, в качестве редуцированной схемы АРТ в рамках оптимизации лечения использовать битерапию: ATV/г+ЗТС, LPV/г +ЗТС; DTG+ЗТС, DRV/г+ЗТС.

Редуцированные схемы в большей степени показаны для пациентов с непереносимостью НИОТ. Условием назначения редуцированных схем является наличие у пациента совокупности факторов:

- неопределяемый уровень ВН не менее 6 месяцев
- CD4>500 мкл⁻¹
- отсутствие клинических проявлений вторичных заболеваний в течение последних 6 месяцев
- отсутствие резистентности к ИП, ИИ, множественной резистентности
- отсутствие хронического вирусного гепатита В
- отсутствие беременности.

Лечение вторичных и сопутствующих заболеваний при ВИЧ-инфекции. Терапия и схемы лечения вторичных заболеваний, наиболее часто регистрируемых у ВИЧ-инфицированных больных. Тяжесть состояния пациента может изначально определяться наличием вторичных и сопутствующих заболеваний, лечение которых в большинстве случаев имеет приоритет перед началом АРТ и при лечении больных ВИЧ-инфекцией играет важную роль.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, помимо АРТ у пациентов с количеством CD4 <350 мкл⁻¹ проводить первичную профилактику (превентивное лечение) вторичных (оппортунистических) инфекций после исключения их наличия.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, применение профилактических схем противотуберкулёзных препаратов при числе CD4<350 мкл⁻¹ для первичной профилактики туберкулёза.

Первичная профилактика туберкулёза проводится согласно действующим нормативным документам (в настоящее время «Инструкция по химиопрофилактике туберкулёза у взрослых, больных ВИЧ-инфекцией», утверждённая 14.03.2016).

Рекомендована всем ВИЧ-инфицированным с установленной ЦМВ-инфекцией при манифестной ЦМВ-инфекции следующая терапия:

- ганцикловир, 5 мг/кг 2 раза в сутки в/в медленно в течение часа, 21 день
- валганцикловир, 900 мг 2 раза в сутки внутрь, 21 день.

Рекомендована всем ВИЧ-инфицированным с установленной ЦМВ-инфекцией при активной ЦМВ-инфекции и в качестве профилактики активной ЦМВ-инфекции (при уровне CD4<100 мкл⁻¹) следующая терапия:

- валганцикловир, 900 мг 1 раз в сутки внутрь в течение месяца
- ганцикловир, 5 мг/кг 1 раз в сутки в/в медленно в течение часа 1 месяца.

Рекомендовано всем ВИЧ-инфицированным с установленной инфекцией, вызванной varicella-zoster, следующая терапия:

- валацикловир 1000 мг 3 раза в сутки внутрь не менее 10 дней
- фамцикловир 500 мг 3 раза в сутки внутрь не менее 10 дней
- ацикловир 800 мг 5 раз в сутки внутрь или ацикловир по 750-1000 мг 3 раза в сутки в / в капельно не менее 10 дней.

Рекомендовано проводить первичную профилактику (превентивное лечение) ПЦП при числе CD4<200 мкл⁻¹ (менее 15%) и лечение по указанным схемам.

Профилактика проводится до достижения CD4>200 мкл⁻¹ и неопределяемой ВН ВИЧ более 3 месяцев. При рО₂<70 мм рт.ст. или альвеолярно-артериальном градиенте по кислороду > 35 мм рт.ст. назначается преднизолон 1 мг/кг с последующим уменьшением дозы, а также оксигенотерапия.

Рекомендовано проводить первичную профилактику (превентивное лечение) токсоплазмоза при числе CD4<200 мкл⁻¹ (менее 15%).

Профилактика (при уровне CD4 <200 мкл⁻¹) – ко-тримоксазол [сульфаметоксазол+триметоприм] 80/400 мг 1 раз в сутки ежедневно или 160/800 мг 1 раз в сутки 3 раза в неделю.

При непереносимости ко-тримоксазола [сульфаметоксазол+триметоприм]: дапсон 100 мг 1 раз в сутки внутрь ежедневно.

Профилактика проводится до достижения CD4>200 мкл⁻¹ и неопределяемой ВН ВИЧ в течение 3 месяцев.

Лечение токсоплазмоза (чаще диагностируют церебральную форму) рекомендуется при малейшем подозрении на заболевание, не дожидаясь результатов обследования.

Схема выбора:

Ко-тримоксазол [сульфаметоксазол+триметоприм], 25/5 мг/кг внутрь. Или ко-тримоксазол [сульфаметоксазол+триметоприм] в/в капельно. Начальная доза составляла 50/10 мг/кг/день или 75/15 мг/кг/день в два приёма, до клинического улучшения (обычно 3-5 дней), затем 37,5/7,5 мг/кг/день в сутки не менее 6 недель (до элиминации не менее 75% очагов на МРТ головного мозга). После окончания лечебного курса проводится вторичная профилактика токсоплазмоза по схеме по триметоприму 160/800 мг 2 раза в сутки ежедневно до достижения CD4>200 мкл⁻¹ и неопределяемой ВН ВИЧ в течение 6 месяцев.

Химиопрофилактику церебрального токсоплазмоза головного мозга назначают по иммунологическим показателям при количестве CD4<100 мкл⁻¹ и при наличии антител к токсоплазме класса IgG.

Приоритетные схемы: ко-тримоксазол [сульфаметоксазол+триметоприм] в дозе по триметоприму 160/800 мг 1 раз в сутки 3 раза в неделю или 80/400 1 раз в сутки ежедневно. Альтернативная схема: дапсон 100 мг 1 раз в сутки ежедневно. Превентивную терапию церебрального токсоплазмоза прекращают при повышении количества CD4 на фоне АРТ>200 мкл⁻¹ в течение 3 месяцев.

Всем пациентам с ВИЧ-инфекцией и подтверждённой саркомой Капоши рекомендовано назначение АРТ, которая является основным методом.

Дапсон 100 мг 1 раз в сутки внутрь + триметоприм 5 мг/кг 3 раза в сутки перорально в течение 21 дня, позволяющих предотвратить прогрессирование заболевания и добиться клинического улучшения.

При тяжёлой форме саркомы Капоши, протекающей с вовлечением в патологический процесс внутренних органов, рекомендуется доксорубин или даунорубин (липосомальный) 40 мг/м² каждые две недели с индивидуальным подбором дозы.

Рекомендовано всем ВИЧ-инфицированным пациентам при наличии кандидозного стоматита:

Схема выбора: флуконазол 200 мг внутрь в первые сутки, затем 100 мг внутрь 1 раз в сутки до достижения клинического эффекта (7-14 дней).

Альтернативные схемы:

- итраконазол 100 мг 2 раза в сутки
- позаконазол 400 мг 2 раза в сутки в первые 1-3 дня лечения, далее – 400 мг в сутки
- вориконазол 200 мг внутрь 2 раза в сутки или в/в насыщающая доза 6 мг/кг 2 раза в сутки, поддерживающая доза 3-4 мг/кг 2 раза в сутки
- каспофунгин 50 мг в сутки в/в
- микафунгин 150 мг в сутки в/в
- амфотерицин В 0,3 мг/кг в сутки в/в капельно

Профилактика рецидивов:

- флуконазол 100-200 мг внутрь ежедневно или 200 мг 3 раза в неделю до повышения количества CD4>200 мкл⁻¹.

Рекомендовано всем ВИЧ-инфицированным пациентам при наличии кандидозного эзофагита:

Лечение. Схема выбора

- Флуконазол 400 мг в первые сутки, далее 200 мг в сутки внутрь в течение 2-3 недель.

Альтернативные схемы

- Итраконазол 100-200 мг 2 раза в сутки
- позаконазол 400 мг 2 раза в сутки в первые 3 дня лечения, далее – 400 мг в сутки
- вориконазол 200 мг внутрь 2 раза в сутки или в/в насыщающая доза 6 мг/кг 2 раза в сутки, поддерживающая доза 3-4 мг/кг 2 раза в сутки
- каспофунгин 50 мг в/в 1 раз в сутки
- микафунгин 150 мг в/в 1 раз в сутки
- амфотерицин В 0,3-0,7 мг/кг в сутки в/в капельно, далее доза подбирается индивидуально в зависимости от тяжести состояния
- амфотерицин В [липосомальный] 4 мг/кг в сутки в/в капельно.

Рекомендовано проводить профилактику (превентивное лечение) и лечение нетуберкулёзных микобактериозов (M. avium complex, M. genavense, M. kansasii) при уровне CD4<50 мкл⁻¹ комбинацией антибактериальных препаратов для системного использования и противотуберкулёзных препаратов в два этапа – индукционная и поддерживающая терапия не менее 12 месяцев.

Индукционная терапия (не менее 8 недель)

- Кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки + этамбутол 15-20 мг/кг 1 раз в сутки + рифабутин 5 мг/кг 1 раз в сутки

по решению врачебной комиссии при непереносимости кларитромицина возможно включение в комбинацию азитромицина 500 мг 1 раз в сутки

при генерализованном микобактериозе возможно использование в схеме четвёртого препарата – амикацина 15 мг/кг в сутки, либо левофлоксацина 500-1000 мг 1 раз в сутки, либо моксифлоксацина 400 мг в сутки.

Поддерживающая терапия

- Кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки, этамбутол 15-20 мг/кг 1 раз в сутки.

Профилактика (для всех пациентов при уровне CD4<50 мкл⁻¹)

- Азитромицин 1250 мг 1 раз в неделю либо кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки.

Профилактика проводится до достижения CD4>100 мкл⁻¹ и неопределяемой ВН ВИЧ более 3 месяцев.

Рекомендовано всем ВИЧ-инфицированным пациентам при подтверждении криптококковой инфекции с поражением ЦНС следующее лечение.

Рекомендовано всем ВИЧ-инфицированным пациентам назначение иммуноглобулинов при подтверждении: иммунодефицита (с заместительной целью), идиопатической тромбоцитопении с аутоиммунным механизмом развития, тяжёлых бактериальных и вирусных вторичных и сопутствующих заболеваний, аутоиммунных периферических нейропатий.

Дозы препаратов и курс лечения зависят от степени иммунодефицита, тяжести состояния пациента, а также препарата группы иммуноглобулинов. Иммуноглобулин человека нормальный вводят в/в в виде инфузии. Повторное введение осуществляют не ранее чем через 24 часа.

Хирургическое лечение. Не показано для лечения ВИЧ-инфекции. Лечение хирургической патологии регламентировано соответствующими клиническими рекомендациями.

Иное лечение. В настоящее время не существует альтернативных АРТ способов лечения ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфекция не предполагает специальной диетотерапии. Обезболивание регламентировано соответствующими клиническими рекомендациями и при наличии показаний.

Реабилитация. Реабилитация пациентов проводится по стандартам лечения и реабилитации тех вторичных заболеваний, которые выявляются у пациента в зависимости от поражения органов/систем организма.

Профилактика. Профилактика ВИЧ-инфекции осуществляется органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, общественными объединениями путём разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление ВИЧ-инфекции.

Профилактика ВИЧ-инфекции обеспечивается путём:

- разработки и реализации программ профилактики ВИЧ-инфекции
- осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению ВИЧ-инфекции, диспансерному наблюдению за лицами с ВИЧ-инфекцией.

Рекомендован в целях профилактики ВИЧ-инфекции комплекс следующих мероприятий:

- информирование населения по вопросам ВИЧ-инфекции и ассоциированных с ней заболеваний
- выявление у пациентов признаков, свидетельствующих о наличии рискованного поведения, и информирование таких пациентов о средствах и способах изменения степени риска и необходимости регулярного медицинского освидетельствования на ВИЧ-инфекцию, а также мотивационное консультирование таких лиц в целях формирования у них приверженности здоровому образу жизни, отказа от рискованного поведения
- мотивирование обслуживаемого контингента на обследование на ВИЧ-инфекцию, в том числе информирование граждан о возможности медицинского освидетельствования на ВИЧ-инфекцию с предоставлением контактной информации медицинских организаций, в которых возможно осуществить добровольное, в том числе анонимное, освидетельствование на ВИЧ-инфекцию
- обследование на ВИЧ-инфекцию по клиническим показаниям
- проведение диспансерного наблюдения за больными ВИЧ-инфекцией
- организация и проведение обследования населения на ВИЧ-инфекцию, в том числе скринингового.

Контактными лицами при ВИЧ-инфекции считаются медицинские работники в случае возникновения риска инфицирования ВИЧ при оказании помощи лицам с ВИЧ/СПИДом, имевшие возможность инфицироваться, исходя из известных механизмов, путей и факторов передачи возбудителя инфекции.

В рамках оказания врачом-инфекционистом медицинской помощи лицам, контактировавшим с ВИЧ-инфекцией, проводится комплексная оценка вида и типа контакта, результатов лабораторных исследований источника и контактного лица, клинического осмотра и консультирования пострадавшего лица. При необходимости к работе с пострадавшими могут привлекаться клинический, медицинский психолог, врач-психиатр-нарколог, врач-психотерапевт, врач-акушер-гинеколог, врач-дерматовенеролог, врач-эпидемиолог, врачи иных специальностей.

Комплексная оценка включает:

- оценку типа контакта
- оценку необходимости назначения ПКП ВИЧ

● тестирование на ВИЧ контактного лица и источника инфекции (если возможно); если источник инфицирован ВИЧ, выясняют, получал ли он АРТ. Если пострадавшая – женщина, необходимо провести тест на беременность и выяснить, не кормит ли она ребёнка грудью.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, и/или врачам МО, ответственным за наблюдение контактных, и/или врачам МО, где произошла аварийная ситуация, для экстренной профилактики заболевания лицам, подвергшимся риску заражения ВИЧ-инфекцией, назначать как метод постконтактной профилактики (ПКП) АРВП для предотвращения инфицирования ВИЧ.

Эффективность ПКП не составляет 100%. Зафиксированы случаи развития ВИЧ-инфекции без какого-либо убедительного объяснения неэффективности ПКП. По ПКП не проводилось рандомизированных исследований. Имеются данные исследований «случай/контроль», данные наблюдений и моделей на обезьянах.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, и/или врачам МО, ответственным за наблюдение контактных, и/или врачам МО, где произошла аварийная ситуация, назначать ПКП следующим контингентам:

- медработникам и другим лицам, пострадавшим (которые пострадали) при оказании помощи пациентам
- при следующих видах контактов, при которых обосновано проведение ПКП ВИЧ, – контакт с кровью, окрашенной кровью слюной, грудным молоком, выделениями из половых органов, спинномозговой, амниотической, перитонеальной, синовиальной, плевральной и перикардальной жидкостями
- при следующих типах контакта, требующих проведения ПКП ВИЧ:

- через слизистые оболочки (попадание брызг в глаза, нос или полость рта)
 - парентеральный.
- ПКП ВИЧ не требуется в следующих случаях:
- при доказанном положительном ВИЧ-статусе контактного лица
 - при доказанном ВИЧ-отрицательном статусе источника
 - при контакте с биологическими жидкостями, не представляющими существенного риска: слёзная жидкость, слюна без примеси крови, моча, пот.

(Окончание следует.)

Навигация – сложнейшая морская наука о способах выбора пути и методах движения. Владеть ею должны, по сути, не только в судоходстве, но и все руководители, ведь именно они определяют маршрут движения своего коллектива. Так, точностью выбора пути отличается главный врач Якутского республиканского онкологического диспансера, заслуженный врач Республики Саха (Якутия), отличник здравоохранения РФ, отличник здравоохранения Республики Саха (Якутия), хирург–онколог высшей категории, кандидат медицинских наук Татьяна НИКОЛАЕВА. Это единственное медицинское учреждение, оказывающее специализированную и высокотехнологичную помощь взрослому населению республики по профилю «онкология».

Ежегодно здесь принимают более 14 тыс. пациентов со всей Якутии, активно сотрудничают с крупнейшими российскими научно-исследовательскими центрами, проводят выездную работу в труднодоступных и отдалённых районах Якутии. О направлениях деятельности организации мы попросили рассказать главного врача диспансера.

– Наш коллектив стремится к реализации передовых практик, помогающих сделать онкологическую помощь для населения доступней и качественней. Сегодня оснащение Якутского республиканского онкологического диспансера соответствует международным стандартам, причём за последние 5 лет онкологическая служба республики совершила прорыв в лечении злокачественных новообразований.

Произошло это благодаря финансированию в рамках федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» и при колоссальной поддержке правительства Якутии в лице главы Айсена Николаева.

Национальный проект «Здравоохранение» сыграл ключевую роль в тотальном перевооружении онкологического диспансера. Наша диагностическая база вышла на новый уровень благодаря масштабной технологической модернизации и поставкам современного оборудования, этот процесс дал импульс к внедрению самых совершенных высокотехнологичных методов ранней диагностики и лечения.

– А более конкретно, какие изменения произошли?

– Этот процесс напрямую связан с организацией в онкодиспансере новых структурных подразделений: молекулярно-генетической и патологоанатомической лабораторий, отдела централизованного разведения химиопрепаратов, отделения торакоабдоминальной хирургии и отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения, причём внедрены сложнейшие иммуногистохимические и молекулярно-генетические исследования опухолей для уточнения наличия различных видов мутаций генов.

Онкохирургическая служба вышла на новый уровень в освоении современных оперативных вмешательств. Так, в практику введены одномоментные реконструктивно-пластические операции при раке молочной железы с использованием кожно-мышечного лоскута или искусственных имплантатов, отсроченные оперативные вмешательства по восстановлению формы молочной железы.

Высокая точность

– Какие эндоскопические операции вы проводите?

– Прежде всего, это проведение видеоэндоскопических операций на органах грудной и брюшной полости, малого таза, успешно применяется фотодинамическая и внутрипросветная терапия.

Широкий спектр вмешательств выполняется в рамках высокотехнологичной медицинской помощи: видеоторакоскопические операции при опухолях лёгкого, лапароскопические резекции поперечно-ободочной кишки и прямой кишки, резекции желудка, видеоэндоскопические операции на женских половых органах, расширенные операции на органах малого таза с парааортальной лимфодиссекцией, комбинированные и симулированные – при злокачественных опухолях брюшной полости и малого таза, вмешательства на печени, предстательной железе, мочевом пузыре с формированием искусственного резервуара, органосохранные операции при онкогинекологической патологии.

так называемого генетического портрета опухоли.

В 2022 г. в клиническую практику внедрён неинвазивный диагностический метод определения мутаций циркулирующих опухолевых клеток у пациентов с раком лёгкого. Метод также позволяет диагностировать мутацию, связанную с устойчивостью к ингибиторам тирозинкиназы и ответственную за резистентность к терапии ингибиторами. Выявление мутации позволило оптимизировать тактику лечения, выявить опухоли, не чувствительные к проводимой терапии и своевременно назначить пациенту другой режим химиотерапии.

Специалистами Якутского диспансера в 2020 г. был разработан уникальный регионспецифический онлайн-проект «Онкопоиск», главная цель которого – ранняя диагностика злокачественных новообразований.

На web-платформе онкопоиска.рф любой желающий может пройти анкетирование по 6 основным видам рака, которые являются самыми распространёнными причинами смерти населения Республики Саха (Якутия): раку лёгкого, печени, молочной железы, колоректальному, шейки матки, предстательной железы. По результатам опроса программа

Наш диспансер – уникальный крупный объект, для функционирования которого необходимы квалифицированные кадры смежных специальностей для обслуживания медицинского и инженерного оборудования. В рамках действующего научно-образовательного консорциума с региональным Министерством здравоохранения дополнительно было подписано соглашение о партнёрстве с центром оценки и развития компетенций СВФУ для привлечения молодых кадров в новый онкоклинический центр.

Штатное расписание в сравнении с 2017 г. увеличено в 2 раза. В данный момент в диспансере работает

Наши интервью

Стратегия движения



Т.Николаева

– Что бы вы отметили особенно?

– Внедряются новые оперативные вмешательства с применением флуоресцентной визуализации. Эта технология обеспечивает хирургу условия, при которых он имеет возможность максимально точно определить участок, пораженный опухолью и удалить его так, чтобы снизить риск возникновения рецидива, при этом сохранив максимально здоровые окружающие ткани.

Впервые в Республике Саха (Якутия) внедрено выполнение эндоскопической трансбронхиальной пункционной биопсии под контролем УЗИ. Особым достижением является применение малоинвазивного хирургического лечения при ЗНО органов грудной клетки и средостения, колоректальном раке, опухолях женской половой системы и раке почки.

Получение в 2022 г. аппарата для экстракорпоральной коррекции гомеостаза в отделении анестезиологии и реанимации позволило нам проводить своевременную дезинтоксикационную терапию для коррекции острой почечной недостаточности при перитоните, сепсисе. Ранее нам приходилось переводить пациентов в другие медицинские учреждения.

С целью комплексного купирования хронического болевого синдрома и улучшения качества жизни пациентов со злокачественными заболеваниями внедрены селективные блокады периферических нервов, а также проводится нейрוליлиз чревного сплетения при опухолях гепатобилиарной зоны.

Существенные успехи появились в лекарственной противоопухолевой терапии, что улучшило результаты лечения. Продолжается активное внедрение в рутинную практику применения новых инновационных лекарственных препаратов с учётом биологии опухоли,

Новый корпус

– Реконструкция радиотерапевтического отделения в 2018 г. стала важнейшим событием в развитии регионального здравоохранения. В ходе реконструкции построен новый корпус, площади которого увеличились в 2,5 раза, а онкологические пациенты стали получать высококачественное радиологическое лечение на самом современном оборудовании, не выезжая за пределы республики.

Активно проводится лучевая терапия с системой контроля дыхания ABC (Active Breath Coordinator) при раке левой молочной железы, использование такой модели лечения направлено на уменьшение лучевой нагрузки на здоровые ткани (левое лёгкое, сердце, пищевод и т.д.).

В радиотерапевтическом отделении практически в 2 раза увеличено количество случаев химиолучевой терапии, когда лучевая терапия применяется одновременно с конкурентной химиотерапией при различных локализациях злокачественных новообразований (раке лёгкого, пищевода, раке шейки матки, злокачественных новообразований головы и шеи), в 2020 г. – 178 случаев, в 2021 г. – 237, в 2022 г. – 209.

Дальнейшее совершенствование и внедрение новых высокотехнологичных радиотерапевтических методов лечения позволит повы-

отбывает людей, нуждающихся в целенаправленном обследовании, и предлагает пройти медицинский осмотр.

Открытие центров

В рамках реализации президентского проекта «Здравоохранение» с 2019 г. на территории республики открыты 18 центров амбулаторной онкологической помощи на базе центральных районных больниц, которые Якутский онкологический диспансер курирует по диагностике и лечению онкологических пациентов.

Диспансер поддерживают тесную связь в организации лечения с НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина Минздрава России и МНИОИ им. П.А.Герцена – филиалом НМИЦ радиологии Минздрава России. Методики лечения онкологических заболеваний выполняются в соответствии с общероссийскими стандартами и дают возможность лечить онкозаболевания на ранних и поздних стадиях.

– Вы доцент факультета последипломного обучения врачей Медицинского института Северо-Восточного федерального университета им. М.К.Аммосова. Сотрудничаете с медицинским институтом?

– Конечно. В 2019 г. на базе медицинского института была создана кафедра онкологии. Профессорско-преподавательский состав, во главе с министром здравоохранения Якутии Леной Николаевной Афанасьевой, состоит из ведущих специалистов Якутского республиканского онкологического диспансера, имеющих учёную степень.



Строительство нового онкологического центра

сить качество оказания специализированной медицинской помощи онкологическим больным и снизить риск постлучевых осложнений.

– Расскажите немного о новых проектах.

– При непосредственной поддержке регионального Министерства здравоохранения запущен ряд проектов. Их цель – повысить шансы раннего выявления рака, а также максимально приблизить специализированную и высокотехнологическую медицинскую помощь к жителям республики.

В 2021 г. была продолжена работа по увеличению доли целевого приёма на обучение за счёт ассигнований федерального бюджета. Целевой прием хорошо зарекомендовал себя в качестве одной из мер привлечения и закрепления молодых специалистов в отрасли.

Министерством здравоохранения республики проводится планомерная и многолетняя работа по совершенствованию кадрового потенциала с целью подготовки к строительству онкоклинического центра.

свыше 500 сотрудников, при вводе нового онкоцентра коллектив увеличится до 1000.

Наши доктора учатся, постоянно проходят стажировки не только в лучших профильных центрах России, но и за рубежом. Благодаря этому сегодня мы можем оказывать помощь почти по всем локализациям злокачественных новообразований здесь, в республике.

Важные подходы

– Какое событие по итогам 2023 г. для вас самое значимое?

– Конечно, это строительство нового онкоклинического центра площадью более 26 тыс. м², на 210 коек с радиологическим отделением и хозблоком. Строительство финансируется в рамках федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» государственной программы республики «Развитие здравоохранения Республики Саха (Якутия) на 2020–2024 гг.» и стало возможно благодаря колоссальной поддержке правительства республики под руководством Айсена Николаева.

В составе нового онкоклинического центра будут открыты 4 отделения хирургического профиля, где планируется выполнение до 4 тыс. операций в год, включая высокотехнологичную медицинскую помощь, вместо 2 тыс. операций в настоящее время.

Операционный блок будет оснащён 6 интегрированными операционными с самым современным оборудованием для выполнения высокотехнологичных операций. Видеоэндоскопические оперативные вмешательства будут выполняться с визуализацией в 4K и 3D изображении, что является золотым стандартом в современной хирургии.

Безусловно, увеличатся объёмы оказания амбулаторной медицинской помощи на базе поликлинического отделения. Если сейчас поликлиника рассчитана на приём 144 пациентов в смену, то в новом онкоцентре поликлиника будет принимать 210 пациентов. По итогам 2022 г. мы приняли свыше 14 тыс. пациентов, а в новом здании планируем принимать свыше 18 тыс. в год.

Онкологический центр будет обеспечен парком диагностического оборудования экспертного класса, в том числе «тяжёлой техникой». Это позволит выполнять все виды диагностики злокачественных новообразований на самом современном уровне с высокой точностью. Впервые на базе республиканского онкоцентра будет установлен современный ангиографический комплекс в гибридной операционной для выполнения самых сложных малоинвазивных оперативных вмешательств. Мы возлагаем большие надежды на новый онкологический центр, ведь он будет играть ведущую роль в развитии, совершенствовании и мониторинге онкологической службы нашей республики.

Елена СЛУТИНОВА
внешт. корр. «МГ».

Профсоюз работников здравоохранения РФ во все времена, какими бы сложными и непостижимыми они ни были, выступал за сплочение медицинских работников. Лозунг «Вместе – мы сила» не потерял актуальности и сегодня. Неизменным остаётся курс на консолидацию профессионального сообщества, которая делает возможным решение сложных и амбициозных задач. С председателем Профсоюза работников здравоохранения РФ Анатолием ДОМНИКОВЫМ побеседовал главный редактор «МГ» Алексей ПАПЫРИН.

– Анатолий Иванович, в октябре завершилась реализация Президентского гранта «Защита трудовых прав работников здравоохранения на достойную оплату и условия труда». Что показала работа, проведённая в рамках выполнения этого проекта? Как часто удавалось выявить факты нарушений в оплате труда?

– Проанализировано было положение дел в 64 регионах, проверками охвачено около 600 тыс. медицинских работников. Выявлено около 236 тыс. нарушений. Фактически – 70% из них были устранены. Экономический эффект от проделанной работы немаленький – 62 млн руб.

Значительная часть нарушений была связана с оформлением трудовых отношений, с несоответствием наименований должностей утверждённой номенклатуре; с реализацией механизма учёта мнения профсоюзного органа при принятии руководителем локальных нормативных актов; установлением заниженных компенсационных выплат, а также оформлением и оплатой сверхурочной работы, в выходные и нерабочие праздничные дни. В ряде учреждений размеры выплаты за вредные и опасные условия труда не учитывали подклассы вредности. При установлении стимулирующих выплат назову и крайне актуальную тему – отсутствие объективности назначения этих выплат без учёта утверждённых показателей и критериев. Выделим ещё один вопрос: есть постановление Конституционного суда об оплате в двойном размере работы в праздничные и выходные дни, которое должно распространяться не только на оклад, но и на всю сумму выплат. Однако проверка показала, что не все лечебные учреждения выполняют это требование.

Следует отметить, что значительная часть нарушений носила несистемный характер и была устранена в ходе работы наших бригад, которые состояли из экспертов профсоюза, органов управления здравоохранением, представителей Министерства здравоохранения РФ и ЦК профсоюза.

И это важно, что подобный масштабный проект мы осуществили с привлечением специалистов Министерства здравоохранения РФ.

– В стране непростая экономическая ситуация. На ваш взгляд, продолжится ли работа по повышению в отрасли заработной плат?

– Об этом в первую очередь говорит Президент страны. И, если он на этом акцентировал внимание, значит, вопросы будут решаться. Другая сторона вопроса – возможность чисто «физическая», финансовая. Причём зарплата – это такая вещь, которой всегда не хватает. Конечно, хотелось бы, чтобы она росла постоянно и более высокими темпами. И ещё чтобы все виды расчёта исходили бы из ставок. Тогда ситуация с реальной заработной платой будет выглядеть совершенно по-другому.

Именно на эти принципиальные моменты направлена новая модель системы оплаты труда медицинских работников, утверждённая Правительством страны.

Как известно, реализация проекта о введении новой модели единой для медицинских работников системы оплаты труда отложена до 2025 г.

Но проблемы в сфере заработной платы в отрасли необходимо решать и в этот период. Мы с Министерством здравоохранения РФ определили основной тренд движения в части совершенствования региональных систем оплаты труда – увеличение гарантированной части заработной платы медицинских работников. Оптимальная структура зарплаты выглядит так: 55-60% – окладная часть, потом компенсационные выплаты 10-15%, а остальные 25-30% – стимулирующие. Анализ ситуации в разных

условиях для того, чтобы он остался работать. Выделить жильё, участки под строительство дома, повышать заработную плату, дать возможность для профессионального роста...

– Может, дело в том, что медицинским вузам надо готовить больше специалистов?

– У нас в стране выпускается достаточное количество кадров (что касается и среднего медперсонала, и врачей). Я считаю, что медицинская школа – это очень серьёзно. Она даёт качественное

вступило 130 тыс., не говоря уже о других работниках здравоохранения. Во многом это произошло из-за улучшения информационной и молодёжной работы. В этом же разделе и наши достижения в цифровизации. В итоге всего за год произошло многократное повышение охвата аудитории профсоюза, увеличение числа подписчиков «ВКонтакте» на 420%, стремительный рост личного бренда профлидеров и количества упоминаний нашей организации в СМИ.

медиков и детского отдыха. Профсоюз доставил жителям новых территорий и мобилизованным бойцам тысячи тонн гуманитарных грузов, а наши организации на местах помогают военнослужащим и их семьям материально, устанавливают социальные выплаты, отправляют медбригады для квалифицированного врачебного обслуживания.

Возвращаясь к теме оргукрепления, надо заметить, что с 2023-го мы два раза в год анализируем состояние профсоюзного членства

Экспертный уровень

Анатолий ДОМНИКОВ

Только комплексный подход обеспечит решение всех наших проблем



После ответов на вопросы А. Домников вручил приветственный адрес А. Папырину, передавал тёплые поздравления коллективу «МГ» с юбилеем

территориях, в командировках, очень редко показывает такую пропорцию. Чаще, с точностью «до наоборот», – всего лишь 30% – гарантированная часть, а остальное – стимулирующие. Причём последние не всегда устанавливаются прозрачно, объективно, а в ряде случаев – и субъективно. Мы, как профсоюз, с этим согласиться не можем. И откровенно, что Министерство здравоохранения нас в этом полностью поддерживает.

А возвращаясь к теме 2025 г. – введению новой модели системы оплаты труда, мы надеемся, экономическая ситуация в стране позволит это сделать.

– С недавних пор в РФ один за другим формируются и реализуются федеральные национальные проекты в сфере здравоохранения. Каковы плюсы и минусы проектного подхода, обеспечивает ли он гармоничное развитие медицинской отрасли и привлечение специалистов в наиболее проблемные направления?

– Это хороший способ решить самые наболевшие проблемы и обеспечить приоритетное развитие перспективных направлений. Профсоюз активно участвовал в формировании в 2018 г. нацпроекта «Здравоохранение» и федеральных проектов в его структуре, в том числе направленных на развитие отдельных звеньев отрасли. Но, к сожалению, ориентированные, как вы правильно отметили, на преимущественно конкретные аспекты организации здравоохранения, они не содержат комплексных мер по реализации кадровой политики в отрасли. Даже федеральный проект «Обеспечение системы здравоохранения медицинскими кадрами» направлен в основном на подготовку кадров, повышение квалификации, развитие новых технологий и специальностей. Что, конечно, очень актуально в условиях стремительного развития техники, более широкого её использования при диагностике и оказании медицинской помощи. Но, если выпускник и уже работающий сотрудник не будут замотивированы, проблема дефицита кадров останется, несмотря на увеличение выпуска специалистов, совершенствование их подготовки. Мы об этом постоянно говорим на всех площадках, в том числе в качестве постоянных экспертов Общероссийского народного фронта. Другими словами, чтобы решить проблему кадрового обеспечения, нужно не только подготовить специалиста, пригласить его работать в город или село, где в нём особенно нуждаются, но создавать шаг за шагом там

образование, и эти специалисты точно востребованы. Второе, мы говорим о дефиците кадров в государственной системе здравоохранения, но у нас не первый год развивается частная медицина, где проблема с кадрами менее ошутима.

И снова приходится говорить о методах оценки труда медицинских работников. Повторюсь – так сегодня регламентировано, что за зарплату медиков отвечает каждый субъект РФ. Врач в одной стране за одну и ту же работу с одинаковой квалификацией получает зарплату, которая в регионах отличается в четыре и более раз! Необходимо её шаг за шагом выравнивать. Над механизмами этого мы сейчас работаем с Минздравом России, что позволит плавно и без потрясений добиться того, чтобы зарплата не отличалась, как сегодня, в разы. Именно это является основной целью профсоюзного проекта, подержанного Минздравом России, направленного на совершенствование региональных систем оплаты труда медицинских работников. Совершенно очевидно, что только конкурентоспособная зарплата может побудить специалиста вернуться в профессию. Кроме того, к сожалению, не только низкие зарплаты, но ещё и чрезмерные нагрузки обуславливают сравнительно новую проблему – профессиональное выгорание. Сегодня это тоже наша забота.

– Назовите самые запоминающиеся события в работе профсоюза в 2023 г.?

– Первое – перелом негативной тенденции в статистике членства в профсоюзе. Благодаря новым подходам мы преодолели застой и усилили наши ряды: за прошлый год в организацию только молодых специалистов

Второе – прорыв в социальном партнёрстве в сфере оплаты труда. Профсоюзный проект по совершенствованию систем оплаты труда фактически определил новый формат взаимодействия с министерством, а совместные зональные совещания позволили получить ответы на сложные вопросы от руководства регионального здравоохранения и организаций профсоюза.

– Количество организаций выросло за последние годы не только в «старых» субъектах Федерации, но и на новых территориях. Как удалось добиться таких результатов?

– Укрепление мотивации сегодня – это главный стратегический ресурс развития профсоюза.

Именно поэтому президиум профсоюза объявил 2023 – годом организационного укрепления. В наши ряды влилось за этот период порядка 200 тыс. новых членов, создавались новые первичные профсоюзные организации, креп её авторитет.

Тенденция нарастания влияния профсоюза особенно заметна в Донецкой и Луганской народных республиках, где в конце 2022 г. были созданы наши республиканские организации. Полным ходом идёт формирование структурных подразделений в Запорожской и Херсонской областях. В контексте этих усилий профсоюз активно участвует в гуманитарных акциях, при этом практически каждая региональная организация отвечает за конкретный населённый пункт на освобождённых территориях. Центральный комитет и наши коллеги по всей стране направляют средства и оказывают самую разную поддержку – от медоборудования и школьных принадлежностей до трудоустройства эвакуированных

среди работающих и обучающихся, с последующим рассмотрением этого вопроса на заседаниях президиума профсоюза и постоянно действующих комиссий ЦК профсоюза. При этом пристальное внимание уделяем работе с молодёжью, как среди обучающихся, так и среди работающих. Профсоюз провёл анкетирования (социологические исследования), связанные с мотивацией профсоюзного членства среди обучающейся молодёжи и работников медицинских организаций. После этого наши специалисты разработали методические рекомендации по повышению профсоюзного членства, провели серию обучающих семинаров и два этапа стратегического форума по мотивации профсоюзного членства.

Мы ведём контроль за реализацией «дорожных карт» региональными, межрегиональными организациями профсоюза, в которых профчленство ниже 50%, – такой показатель нас удовлетворить не может!

Большой интерес вызывают окружные совещания по вопросам мотивации профчленства, цикл которых мы завершаем в этом году. Участие в этих совещаниях председателей первичных профсоюзных организаций, где они делятся практическим опытом, тоже позволяет организационно укреплять профсоюз.

Активно работает постоянно действующая организационно-уставная комиссия, члены которой выезжают в регионы с низким показателем профчленства для оказания практической помощи.

– Для дальнейшего поднятия престижа общественной организации какие качества профсоюзным лидерам особенно нужны в наше время?

– Для реализации целей и задач профсоюза необходимо иметь выборные профсоюзные органы и авторитетных профсоюзных лидеров. Они должны обладать яркой харизмой, жизненным опытом, высоким, и желательно не одним, а двумя, а то и тремя высшими образованиями, кандидатскими и докторскими степенями, и, конечно, желанием совершенствовать свои знания. Что касается профсоюзных лидеров, то они представляются не просто исполнителями, а управленцами, дипломатами, умелыми переговорщиками, так как от этих качеств во многом зависит авторитет и имидж нашей организации как в отрасли, так и в обществе и государстве в целом, а главное – социально-экономическая защищённость работников.



(Полный текст интервью читайте на сайте www.mgz.ru)

В рамках федеральной программы «Приоритет – 2030» создан консорциум «Инженерия здоровья», который насчитывает 11 участников (см. «МГ» № 36 от 13.09.2023). В их число входит Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова (КБГУ), где имеется сильная группа по супертермопластам. Из них разрабатываются имплантаты для замещения дефектов костной ткани.

Раз в два года в Эльбруском учебно-научном комплексе КБГУ в гибридном формате проводится конференция по аддитивным технологиям, современным материалам и физическим методам в медицине (см. «МГ» № 39 от 6. 10. 2021). Нынешний форум длился два дня и собрал более 600 российских и зарубежных представителей науки и практической медицины (около 100 специалистов участвовали в форуме очно, и более 500 – в онлайн-формате). Число участников и слушателей по сравнению с предыдущей конференцией удвоилось.

Как и в прошлый раз, его организаторами были КБГУ и НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения Москвы. Программа конференции отличалась мультидисциплинарной направленностью и включала в себя аддитивные технологии, нейронауки, 3D-биопринтинг, экспериментальное, математическое моделирование, инновационные и клеточные технологии. Практическая медицина была представлена нейрохирургией, челюстно-лицевой хирургией и стоматологией, хирургией и урологией, офтальмологией и иммунологией.

От лица правительства Кабардино-Балкарской Республики с приветственным словом выступил министр здравоохранения региона Рустам Калибатов, который отметил необходимость тесного взаимодействия практической медицины и фундаментальной науки.

«КБГУ – классический университет, но несмотря на это 47% наших студентов – медики, которые обучаются в Медицинской академии, Институте стоматологии и челюстно-лицевой хирургии и медицинском колледже. Поэтому очень важно развиваться, связывать медицинское направление с другими, которые реализуются в университете. Хочу отметить, что в последние несколько лет, в том числе в рамках участия в программе «Приоритет – 2030», мы переориентировали свои направления научных исследований именно на решение

Обсуждения

Начинают с Эльбруса

III Международная научно-практическая конференция «Фундаментальная наука для практической медицины»



Участники конференции

проблем региона и на развитие тех направлений, которые сейчас наиболее востребованы в стране, поэтому мы активно развиваем аддитивные технологии и искусственный интеллект в медицине», – сказала и.о. проректора КБГУ по НИР Светлана Хаширова.

«Площадка на базе КБГУ в Приэльбрусье создаёт удивительную атмосферу, которая позволяет неформально и весьма эффективно обсуждать важные проблемы, настоящее и будущее медицины, и это чрезвычайно важно. Проведение этой конференции у подножия двуглавого Эльбруса сопоставимо с двумя такими колоссальными направлениями, как практическая медицина и фундаментальная наука. Мы находимся у его подножия и надеемся, что получим здесь знания, которые позволят сделать шаг вперёд», – отметила главный детский нейрохирург Департамента здравоохранения Москвы и ЦФО, руководитель отделения нейрохирургии и нейротравмы НИИ неотложной детской хирургии и травматологии доктор медицинских наук Жанна Семёнова.

«Особенно интересно послушать доклады медицинских сообществ, ведь именно практикующие

медики формируют актуальные задачи перед учёными разных направлений. То есть, если нужен материал для решения задач по нейрохирургии, то такой материал, такие изделия мы постараемся сделать. Аддитивные технологии очень важны – это ход к персонализированной медицине, каждое изделие делается персонально для человека. Поэтому аддитивные технологии, материалы для них – это то, что будет развиваться в ближайшее время очень активно», – подчеркнул главный научный сотрудник НИИ «Курчатовский институт» член-корреспондент РАН Сергей ЧВАЛУН.

На конференции были представлены 127 докладов российских и зарубежных учёных из 62 организаций. Более 30% презентаций были сделаны молодыми учёными, аспирантами, студентами, продемонстрировавшими широкую научную эрудицию, высокий творческий потенциал. В процессе работы конференции сформировались творческие связи между исследователями, состоялся конструктивный обмен мнениями о перспективах развития практической медицины, в том числе для реализации передовых, инновационных технологий в России и мире.

Мультидисциплинарность – современный тренд, который нашёл своё отражение в наибольшей степени в жизнеобеспечивающих направлениях науки, в частности, в медицине. Новые технологии позволяют лучше диагностировать, лечить по-новому и быть более эффективными. Сегодня перед клиницистами стоит задача освоения этого колоссального технологического парка. На секциях по офтальмологии, урологии, ортопедии, нейрохирургии была показана особая роль аддитивных технологий, позволяющих с абсолютной точностью выполнять поставленные задачи, причём делать это менее инвазивно, менее агрессивно и максимально эффективно. Вместе с тем одна из ключевых задач, стоящих перед отечественными разработчиками и врачами, – это внедрение своих собственных отечественных технологий, обеспечение технологического суверенитета.

По мнению экспертов (председателей секций), содержание докладов отражал высокий уровень исследований, проведённых с участием российских учёных и из зарубежья. Как пленарные, так и секционные доклады были встречены с большим интересом и сопровождались

оживлённой дискуссией. Среди молодых учёных был проведён конкурс устных и стендовых докладов, лучшие из которых были отмечены дипломами и ценными призами. Девять человек представляли Университет МИСИС (Москва). Их доклады были на разные темы: от нейроиригаторов и спинальной хирургии до биопечати тканей и пластырей для доставки лекарственных препаратов.

Важнейшими положительными итогами III Международной научно-практической конференции «Фундаментальная наука для практической медицины» стало заключение соглашения между Московским центром инновационных технологий в здравоохранении и КБГУ о развитии полимерных материалов медицинского назначения, а также ряд рамок соглашений, заключённых между организациями – участниками конференции. Как сказал директор Центра биомедицинской инженерии Университета МИСИС кандидат физико-математических наук Фёдор Сенатов, «Эльбрус – чудесное место для конференций, налаживания контактов и общения с коллегами».

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.

Деловые встречи

Осенние конгрессы в Вероне и Пизе

В Италии прошли два хирургических форума – XXXIV конгресс Международной ассоциации хирургов, гастроэнтерологов и онкологов (International Association of Surgeons, Gastroenterologists and Oncologists; IASGO) и согласительный съезд REDISCOVER, посвящённый периоперационной тактике лечения хирургических больных с погранично-резектабельным и местнораспространённым раком поджелудочной железы (РПЖ). В двух собраниях активное участие приняли российские специалисты.

В Вероне во дворце Гран Гуардиа на IASGO-2023 были обсуждены последние разработки в области хирургической онкологии для улучшения ухода за пациентами, стандартов качества, в молекулярной биологии и биотехнологии. Отмечено, что лечение раковых заболеваний меняется благодаря определению характеристик молекулярно-биологических профилей опухолей с использованием секвенирования следующего поколения. Последние открытия в генетике открывают новые перспективные направления в онкологической

терапии. Достигнут прогресс в разработке молекулярно-таргетной терапии. Точная медицина направлена на разработку и оптимизацию путей ранней диагностики, оценку прогноза и адаптацию терапевтических вмешательств. Алгоритмы искусственного интеллекта теперь могут успешно прогнозировать риск развития рака и желудочно-кишечных заболеваний.

Всё больше данных свидетельствует о том, что образ жизни играет фундаментальную роль в самочувствии и здоровье пациентов. Нормальная масса тела и постоянная физическая активность предотвращают желудочно-кишечные, метаболические и опухолевые заболевания и контролируют их наличие. Аналогичным образом правильное питание противодействует побочным эффектам химиотерапии и способствует более быстрому восстановлению после операции. Недавно созданный консорциум междисциплинарных клинических исследований IASGO для лечения онкологических заболеваний стремится улучшить диагностику и повысить осуществимость и эффективность лечения. Его деятельность также направлена на то, чтобы сделать современные методы

лечения более доступными, улучшить качество жизни пациентов и соблюдение ими режима лечения с последующим наблюдением и, таким образом, оптимизировать использование ресурсов.

На конгрессе в Вероне один из лучших докладов сделал Филипп Башелье (Philippe Bachellier, Франция), имеющий, вероятно, самый большой опыт артериальных резекций при РПЖ. С большим сообщением выступил автор этих строк по результатам хирургического лечения местнораспространённого рака в Ильинской больнице. Она является одной из нескольких клиник в мире (по одной во Франции, Италии, Германии, США и России), имеющих наибольший опыт в этой области хирургии поджелудочной железы.

На согласительный съезд REDISCOVER в Пизе нас с директором Московского клинического научного центра им. А.С. Логинова, главным онкологом Департамента здравоохранения Москвы, академиком РАН Игорем Хатковым пригласил в качестве экспертов президент 125-го (!) конгресса Итальянского общества хирургов профессор Пизанского университета Уго Боджи (Ugo Boggi).

На съезде эксперты со всего мира обсуждали вопросы изменения рекомендаций и классификации местнораспространённого РПЖ, а также технические аспекты артериальных и венозных резекций при неметастатическом РПЖ. Большое впечатление произвели уровень организации события, качество обработки литературных данных командой молодых хирургов и желание экспертов добиться консенсуса по обсуждаемым вопросам.

Мы поделились результатами лечения 102 пациентов, использования метода Arterial resection and reconstruction first, рядом инновационных решений для панкреатодуоденальной резекции с резекцией верхней брыжеечной и печёночных артерий, а также уникальной серией резекций верхней брыжеечной вены со всеми её притоками без реконструкции при «низких» местнораспространённых РПЖ. Наш метод и технические решения были встречены с нескрываемым интересом, о чём свидетельствуют отзывы и письма, полученные от участников съезда.

Съезд вёл Уго Боджи, а Орасио Асбун (Horacio J. Asbun, MD, Бап-

тистский госпиталь и Институт рака в Майами, США) руководил обсуждением вопросов. Интересный доклад снова сделал Ф.Башелье, а представитель пациентских организаций кардиолог Мария Джованна Тривелла (Maria Giovanna Trivella) была поразительно точной в формулировке вопросов по спорным аспектам, касающимся безопасности больных.

Форум украсило присутствие живой и всеми узнаваемой легенды мировой хирургии 87-летнего Джона Кэмерона (John Cameron) – заслуженного профессора хирургии Медицинской школы Джонса Хопкинса (США).

Встреча в Пизе запомнится незабываемым обменом опытом с новыми и старыми друзьями и коллегами. Впечатляет список участников, каждый из которых признанный лидер своей больницы, страны, континента.

Вячеслав ЕГОРОВ,
руководитель онкологической
службы и центра
гепатопанкреатобилиарной
хирургии Ильинской больницы,
профессор кафедры хирургии
с курсами онкохирургии,
эндоскопии, хирургической
патологии, клинической
трансплантологии и
органоного донорства
Института последипломного
профессионального образования
ФМБА России.

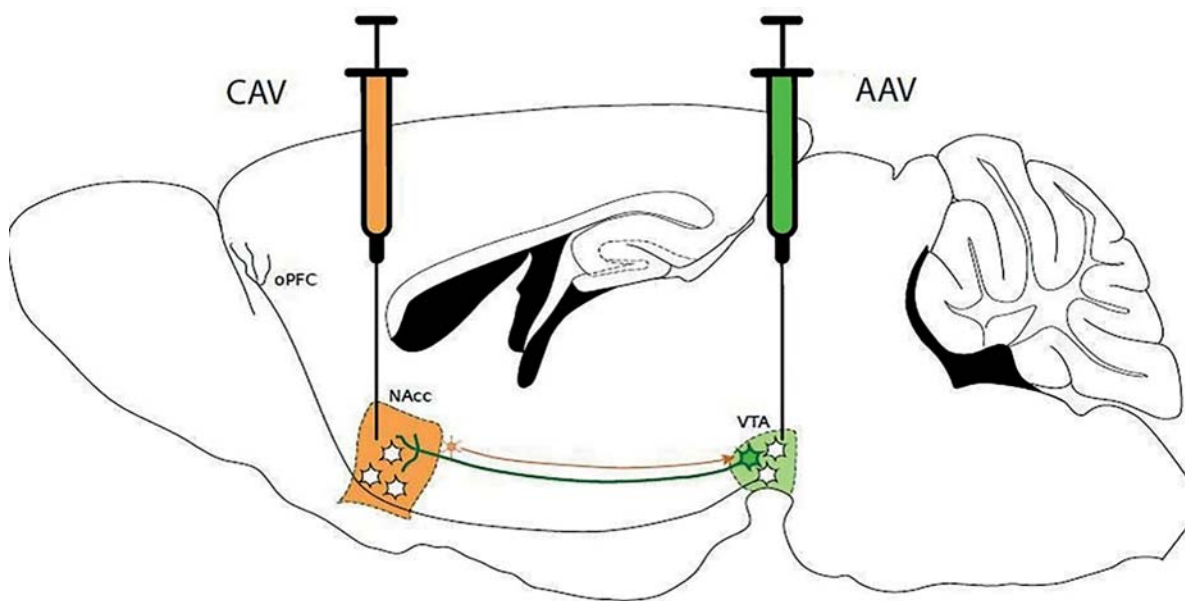
По данным одного из сайтов, занимающегося подбором персонала, работники чаще склонны «заедать» испытываемый ими в офисе или на производстве стресс, потребляя сладости, чипсы и выпечку. А потом испытывают недовольство собой в связи с избыточным весом, в результате чего оказываются в порочном круге.

Все живые организмы, включая человека, постоянно находятся под различными стрессами, о чём громко заявил австриец Г.Селье, вынужденно оказавшийся в Канаде. Он заявил, что стресс вызывает увеличение надпочечников, выбрасывающих в кровь адреналин, доводящий сердечную мышцу до инфарктного некроза. Если нет возможности как-то справиться с «давлением», то в результате адаптации развивается хронический стресс, тоже не сулящий ничего хорошего. Естественно, что в 50-е годы автор нашумевшей гипотезы не мог «заглянуть» в мозг, который в то время был «чёрным ящиком» для исследователей. Модификацией подобного рода взглядов стал «коупинг», помогающий человеку как-то справляться с тяготами жизни, о чём пространно писала автор «50 оттенков серого».

Сегодня в распоряжении нейробиологов имеются не только томографы, но и последовательности геномов людей и их далёких предков. В одном из шанхайских университетов проанализировали геномы 3154 человек, благодаря чему авторы пришли к выводу, что 800-900 тыс. лет назад число репродуцирующих пар наших предков сократилось чуть ли не до тысячи. Несколько лет назад были начаты проекты, целью которых было создание карт мышиного мозга и его связей, а затем и человека, которые успешно завершились в 2023 г. Известно, что связи между нейронами осуществляются посредством дендритов, по которым сигналы приходят к нервным клеткам, и «осевым» аксонам, по которым импульсы уходят к синапсам. Для быстрого прохождения сигналов

Исследования

Мыши в стрессе



Слева большая (поднятая) обонятельная луковица мозга мыши, справа мозжечок, между ними показана локализация VTA и NAc

аксоны покрываются миелиновой оболочкой. В Университете штата Вашингтон в Сиэтле выяснили, что миелинизация идёт быстрее в утробе матери, нежели после рождения ребёнка. Статью учёных представил журнал PNAS. В ней подчёркивается важность работы в связи с изучением развития таких состояний, как шизофрения, аутизм и депрессия, развивающаяся под влиянием стрессов.

В Льежском университете (Бельгия) установили, что на усиление связей между задним отделом зрительного бугра и теменной корой, считающейся ассоциативной, действует синий свет. Таламус является подкорковым хабом «сбора» сенсорной информации, в том числе и той, что идёт от нейронов обонятельной луковицы (Bulbus olfactorius).

Поступают в таламус и импульсы от мышц, иннервируемых двигательными, или мотонейронами, жизнеспособность которых поддерживается дофамином. Это производное аминокислоты тирозина, и его нехватка ведёт к паркинсонизму. Дофамин синтезируется нейронами чёрной субстанции, лежащей в среднем мозге вне пределов больших полушарий. Их отростки «подпикивают» клетки двух подкорковых образований (VTA и NAc). Они очень важны для поддержания устойчивого эмоционального состояния, позволяющего человеку и животным справляться со стрессами.

Активность нейронов проявляется в токах ионов, идущих в клетку и из неё через поры белковых каналов, пронизывающих

её мембрану. Каналы открываются действием возбуждающих и тормозящих веществ, к первым из которых относятся адреналин и глутаминовая аминокислота (Glu). И.Павлов писал об «охранительном» торможении, которое, как выяснилось, вызывается гамма-аминомасляной кислотой (ГАМК). Естественно, что Glu и ГАМК действуют на разные каналы мембран, тем самым регулируя состояние VTA и NAc в развитии стрессовых состояний мозга тех же мышей. Можно добавить, что риск развития шизофрении, как выяснили в Гарварде, определяется геном (Grin), мутация которого вызывает дисрегуляцию дофаминовых нейронов (Ne). Она проявляется в снижении активности лобной коры и в то же время гиперактивности гиппокампа, то

есть нейронов извилины морского конька, являющегося «хранилищем» памяти, в том числе и связанной со страхом. Это вызвано снижением функции каналов Glu в синапсах и повышением дофаминовых, тем самым подтверждая ценность мышиной модели развития шизофрении.

Всё это объясняет ценность работы, осуществлённой исследователями Корейского университета в Сеуле. Результаты её показывают существенное различие состояний мышиного мозга при остром и хроническом стрессе в связи с активностью нейронов бокового отдела при остром стрессе «поводка» (LHb – Lateral Habenula). При остром стрессе их активность повышена, что подавляет функцию клеток одного из подкорковых ядер неподалёку от VTA. Нейроны последнего возбуждаются, посылая сигналы к NAc, что свидетельствует о возбуждении дофаминовой системы мозга, находящегося в стрессовом состоянии. Тем самым отчасти подтверждаются результаты, полученные в Гарварде. При хроническом стрессе активность клеток LHb тоже повышена, но VTA падает. Столь детального проникновения в особенности развития разных стрессовых состояний учёным сделать не удалось. Показано также, что при хроническом стрессе уменьшается количество информационной РНК (mRNA), отвечающей за синтез фермента декарбоксилазы аминокислот (AADC – Amino Acid DeCarboxylase), отвечающего за поддержание уровня активных аминов в клетках LHb. Амины способствуют возбуждению глутаминовых нейронов LHb, которые стимулируют нейроны, синтезирующие ГАМК, а она «блокирует» дофаминовые клетки. Без их дофамин активность VTA естественным образом снижается. Такие вот тайны мозговых систем...

Игорь ЛАЛЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Communications
Biology, Nature, Nature
Communications, Neuron,
PNAS, Science.

Особый случай

Встань и иди!

Пациент с прогрессирующей болезнью Паркинсона теперь снова может почти нормально ходить благодаря электродам, имплантированным в его спинной мозг.

«Эта новейшая технология позволит изменить правила игры и даёт шанс восстановить движение у людей с прогрессирующей болезнью Паркинсона», – говорит Дэвид Декстер, директор по исследованиям компании Parkinson's UK, подчёркивая, что процедура инвазивна и необходимы дополнительные исследования.

Марк, 62-летний пациент, живущий во Франции, болеет этим расстройством головного мозга около 30 лет. Как и более чем 90% пациентам с прогрессирующей болезнью Паркинсона, Марку было очень трудно ходить.

К сожалению, болезнь Паркинсона по-прежнему остаётся неизлечимой, и учёным ещё многое неизвестно о причинах этого заболевания, что затрудняет лечение. Симптомы болезни могут серьёзно повлиять на жизнь пациентов, иногда приковывая их к постели или инвалидному креслу. Так, пациенты страдают от так

называемых эпизодов замораживания, во время которых они временно теряют ориентацию в пространстве и могут упасть. «Если перед вами возникает препятствие или кто-то неожиданно проходит перед вами, вы «замираете» и падаете», – рассказывает Марк в интервью агентству AFP. Когда появилась возможность прооперироваться в Швейцарии, Марк ухватился за этот шанс.

Команда швейцарских врачей, возглавляемая хирургом Джоселин Блох и нейробиологом Грегуаром Куртином, имплантировала сложную систему электродов, называемую «нейропротез», в критические точки спинного мозга Марка.

В ходе предыдущих экспериментальных операций учёные применяли имплантаты в спинном мозге для пациентов с параличом нижних конечностей, что давало им возможность встать на ноги. У Марка и других пациентов с болезнью Паркинсона связь между головным и спинным мозгом нарушена из-за прогрессирующего исчезновения нейронов, которые вырабатывают нейромедиатор дофамин. Следовательно, ней-

ропротез должен не только давать электрическую стимуляцию для ускорения ходьбы, но и брать на себя роль мозга, правильно рассчитывая время стимуляции, чтобы движения соответствовали воле пациента.

«Идея заключается в том, что мы измеряем остаточные движения, то есть намерение ходить с помощью небольших датчиков, которые расположены в ногах», – рассказывает Грегор Куртин, исследователь из Швейцарского федерального технологического института в Лозанне. – Благодаря этому мы знаем, хочет ли человек идти или остановиться, и можем соответствующим образом настроить стимуляцию».

Нейропротез был сначала протестирован на приматах, а затем имплантирован Марку, который пользовался им примерно по 8 часов в день в течение почти 2 лет. Марк рассказывает, что теперь ему гораздо легче ходить – он даже планирует поездку в Бразилию, но ходьба по-прежнему требует концентрации, особенно при подъёме по лестнице.

Команда швейцарских учёных расширила свой эксперимент на группу из шести пациентов с болезнью Паркинсона, стремясь узнать, как это может помочь другим, учитывая, что болезнь поражает людей по-разному.

Марина КЫН.

Ситуация

Брексит усугубил дефицит лекарств

Последствия Брексита, такие как усиление бюрократических проволочек и образование таможенных барьеров, очевидно, усугубляют нехватку лекарств в Великобритании. Нехватка лекарств «острее, чем когда-либо», цитирует нескольких экспертов в области здравоохранения страны газета Independent.

По данным Ассоциации производителей лекарств, в сентябре в Великобритании было зарегистрировано дефицит 102 препаратов. Это вдвое больше, чем в предыдущий пик нехватки лекарств в феврале 2022 г.

Анализ показывает, что основным фактором серьёзных проблем с поставками лекарственных препаратов является выход Великобритании из ЕС. Британская служба здравоохранения NHS вынуждена оплачивать импорт некоторых лекарств по завышенным ценам.

Это касается, в частности, жизненно важных антибиотиков, препаратов заместительной гормональной терапии и лекарств от синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), а также антидепрессантов и гипотензивных средств.

Несмотря на торговое соглашение между Великобританией и ЕС,

после Брексита расходы англичан на лекарства выросли из-за необходимости соблюдения таможенных процедур и других законов. После выхода Великобритании из ЕС некоторые процессы регулирования лекарственных средств перестали действовать в стране, что затруднило сотрудничество. Кроме того, из-за короткого срока годности лекарств фармацевты не могут создавать большие запасы.

По словам Мартина Макки из Лондонской школы гигиены и тропической медицины (LSHTM), здоровье пациентов Соединённого Королевства находится под угрозой из-за очень тревожной нехватки лекарств. Марк Даян из аналитического центра Института Наффилда признаёт, это является общеевропейской проблемой из-за производственных проблем в Китае и роста цен. Но в Великобритании Брексит ещё больше усугубляет ситуацию.

«Соединённое Королевство не так представлено в цепочке поставок, как раньше», – говорит Даян. Некоторые компании, которые раньше имели распределительные центры в Великобритании, теперь переместили их в страны ЕС, такие как Германия.

Кира МАРИНИНА.

В Нью-Йорке команда хирургов провела первую в мире пересадку целого глаза. Медицинское сообщество считает это прорывом в медицине, хотя пока неизвестно, сможет ли мужчина полноценно видеть донорским глазом. Уникальная операция включала удаление у донора части лица и всего левого глаза целиком, включая систему кровоснабжения и зрительный нерв, и трансплантацию органов 46-летнему Аарону Джеймсу, электрику из Арканзаса, который в июне 2021 г. пострадал от удара электрическим током напряжением 7200 вольт. Он получил обширные травмы, включая потерю левого глаза, левой руки выше локтя, носа и губ, передних зубов, части левой щеки и подбородка. Его направили в NYU Langone Health, ведущий медицинский центр по пересадке лица, где в конце мая была проведена операция.

Пересадка целого глаза всё ещё считается недостижимой целью для медицинской науки, хотя исследователи и добились определённых успехов в операциях на животных, и им удалось частично восстановить зрение, такие вмешательства никогда ранее не проводилось у живого человека. «Это неизведанная территория, но мы жаждем её исследовать», – рассказывает Эдуардо Родригес, руководивший операцией.

У Родригеса это была пятая пересадка лица, и трансплантологи смогли сократить время операции, проведя её за 21 час. Подобные вмешательства проводятся с 2012 г., и они обычно продолжались 36 часов. Родригес добавляет, что пересадка лица больше не является экспериментальной процедурой и должна рассматриваться как «стандарт лечения» в некоторых случаях серьёзного обезображивания лица.

По словам офтальмолога, специалиста по сетчатке глаза Вайдехи Дедания, пересаженный левый глаз выглядит очень здоровым. У него хорошее кровоснабжение, поддерживается давление, хотя Джеймс пока не может видеть. «Но у нас есть надежда», – считает она.

«Это огромный успех», – хвалит своих коллег Киа Вашингтон, профессор хирургии Университета Колорадо Аншутц, которая более 15 лет специализируется в той же области медицины.

Бывает и такое

Первая в мире полная пересадка глаза



«Трансплантация человеческого глаза в NYU Langone Health представляет собой ключевой момент в нашем общем стремлении восстановить зрение и даёт надежду бесчисленному количеству людей

по всему миру», – говорит Дэниел Пелаез из Института глаза Баскома Палмера при Университете Майами.

Джеймс, чей правый глаз остался нетронутым, считался идеальным кандидатом для трансплантации, поскольку необходимость пересадки лица означала, что ему в любом случае потребуются иммуносупрессоры. Поэтому попытка пересадки глаза имела смысл, даже если бы она пред-

счастливым пациент. – Я хочу прямо сейчас выйти к людям, и не надевать маску и прикрывать лицо».

Учитывая время, прошедшее с момента операции, профессор Вашингтон отмечает, что она не уверена, что у Джеймса восстановится зрение на пересаженном глазе, но она не исключает такой возможности.

Трансплантологи рассказали, что для восстановления нервов

они использовали взрослые стволовые клетки, полученные из костного мозга.

По словам Вашингтон, процесс восстановления зрения может включать в себя применение других передовых подходов, включая генную терапию, позволяющую задействовать врождённую способность зрительного нерва к заживлению, использование устройства, называемого оболочкой нерва, для защиты ткани, или применение приспособлений, которые улавливают сигналы и обходят повреждённый путь.

«Мы добились большого прогресса в методах лечения, способствующих регенерации зрительного нерва, которые могут сопровождать пересадку глаза», – говорит Джеффри Голдберг, возглавляющий отделение хирургии глаза в институте Byers Eye при Стэнфордском университете. Эти дополнительные методы лечения позволят донорскому глазу подключиться к мозгу и восстановить значимую зрительную функцию у слепых пациентов во всём мире.

Взгляд

Ещё один подход к лечению рака

Доклинические исследования, опубликованные в журнале *Journal for ImmunoTherapy of Cancer*, дают надежду на новый многообещающий вариант лечения пациентов с раком поджелудочной железы. Исследователи из онкологического центра Масси и Института молекулярной медицины Университета Вирджинии (США) предполагают, что при использовании в форме, которая может быть доставлена непосредственно в опухолевую клетку, полиинозин-полицитидиловая кислота (pIC) подавляет рост опухоли, вызывает гибель раковых клеток и повышает выживаемость на животных моделях с наиболее распространённой формой от рака поджелудочной железы.

Исследователи также пришли к выводу, что при использовании отдельно или в комбинации со стандартными препаратами, такими как гемцитабин, pIC безопасна и нетоксична для здоровых клеток поджелудочной железы. Этот подход может иметь значительный потенциал для улучшения выживаемости людей с протоковой аденокарциномой поджелудочной железы – одного из наиболее трудно поддающихся эффективному лечению видов рака, годовичная выживаемость при котором составляет 24%, а пятилетняя – всего 9%.

Исследователи, возглавляемые заведующим кафедрой исследований рака в Масси и директором Института молекулярной медицины Университета Вирджинии профессором Полом Фишером, пишут, что комбинация лечения значительно повышает выживаемость иммунокомпетентных мышей с протоковой аденокарциномой.

Это исследование является продолжением новаторской работы, первоначально проделанной Фишером и его коллегами по определению путей усиления противораковой активности полиинозин-полицитидиловой кислоты. Предыдущие клинические испытания с применением pIC показали ограниченную активацию иммунного ответа и отсутствие заметных противоопухолевых эффектов при меланоме или других видах рака. Однако при доставке в цитоплазму опухолевой клетки с использованием полиэтилена (PEI), синтетического водорастворимого полимера, pIC может успешно проникать в клетку и стимулировать гибель опухолевых клеток.

Данная работа, написанная в соавторстве с Луни Эмдад, доцентом кафедры молекулярной генетики человека Института молекулярной медицины Университета Вирджинии, и другими учёными, демонстрирует значительную реакцию у животных с протоковой аденокарциномой поджелудочной железы, когда по-

лиинозин-полицитидиловая кислота эффективно доставляется в опухолевые клетки с помощью полиэтилена.

«Предыдущие лабораторные и доклинические исследования показали, что этот метод также эффективен при терапии других видов рака, включая рак молочной железы, меланому и рак печени», – говорит Фишер.

Изучая этот метод на мышах с неповреждённой иммунной системой, учёные обнаружили, что он исключительно хорошо работает при протоковой аденокарциномой поджелудочной железы, значительно продлевая жизнь при самостоятельном применении и ещё больше усиливаясь при сочетании с гемцитабином. Ничего подобного ранее не наблюдалось при применении исходной молекулы pIC без использования PEI или других терапевтических методов при раке поджелудочной железы данного вида.

Исследование также демонстрирует механизм эффективности pIC и важную роль иммунной системы в этом процессе. pIC активирует Stat1, молекулу, стимулирующую экспрессию генов, которые, в свою очередь, активируют хемокины – белки, стимулирующие миграцию иммунных клеток, – чтобы усилить реакцию иммунной системы на раковые клетки. Реакция преобразует ассоциированные с опухолью макрофаги M2 в макрофаги M1, превращая молекулярный

механизм, который отвечал за создание раковых клеток, в систему, которая атакует рак.

Поскольку профили токсичности как гемцитабина, так и pIC известны, учёные могут быть уверены в том, что этот подход безопасен, и приступить к проверке его эффективности в исследованиях на людях.

«Протоковая аденокарцинома поджелудочной железы – это чрезвычайно разрушительная болезнь. Наши данные о выживаемости подопытных мышей настолько обнадеживают, что мы уверены в значительном успехе лечения пациентов», – говорит Эмдад.

Другим многообещающим выводом исследования является наблюдение, что предварительная терапия pIC у мышей до развития рака замедлила рост опухоли примерно на 60%, что позволяет предположить, что молекула индуцировала у мышей защитный эффект, подобный вакцинации. Эти данные учёные планируют изучать более подробно.

Фишер считает, что этот подход может работать при лечении нескольких типов рака и стать универсальной терапией в сочетании со стандартами лечения, специфичными для конкретного онкологического заболевания. «Общий вывод заключается в том, что этот подход работает, и он готов к внедрению в клинику для лечения пациентов с раком поджелудочной железы», – говорит он.

Ракурс

Имплантация чипов в мозг: тревоги и надежды

Компания Илона Маска Neuralink готова приступить к имплантации чипов в человеческий мозг с помощью роботов, несмотря на то, что предварительные эксперименты на обезьянах закончились плачевно. Как сообщает агентство Bloomberg, компания пока точно не объявила, когда планирует провести первую имплантацию, используя специально разработанного робота-хирурга, но Маск настаивает на том, чтобы это произошло как можно скорее. Первые прототипы Neuralink предназначаются для людей с тетраплегией. В их ситуации способны помочь даже такие несовершенные устройства.

Одно из препятствий заключается в том, что до сих пор не найден «идеальный» доброволец, несмотря на очевидный всплеск интереса, вызванный выдачей разрешения на проведение исследований на людях Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов США (FDA) и последующим объявлением о наборе первых испытуемых.

Подходящий кандидат Neuralink на вживление имплантата – это человек моложе 40 лет, у которого парализованы все четыре конечности, готовый удалить часть своего черепа и заменить её имплантатом размером с монету, который, как надеется компания, сможет собирать данные мозга. Тысячи людей выразили заинтересованность в том, чтобы стать первым человеком, которому вживят чип Маска в мозг. Однако у общественности вызывает тревогу недавний поток сообщений о серьёзных побочных эффектах во время экспериментов компании на макаках-резус. У многих из животных наблюдался частичный паралич, отёк мозга, некоторые пытались причинить себе вред, серьёзно заболели или погибли сразу после имплантации.

Так, мозг одной самки макаки буквально разорвался после имплантации чипа. Вместо того чтобы подвзрнуть животное эвтаназии, учёные Калифорнийского университета в Дэвисе, которые проводили эксперимент на примате от имени Neuralink, оставили её в живых, чтобы посмотреть, что произошло. После смерти обезьяны вскрытие показало, что из-за чипа в мозг просочилась жидкость. Это вызвало настолько сильное воспаление, что мозговое вещество выступало из задней части черепа.

Neuralink утверждает, что этот инцидент и все другие, которые привели к очень тревожным результатам за последние месяцы, были результатом человеческой ошибки, а не неисправностей самого оборудования. Bloomberg напоминает, что первые три ракеты, которые запустила компания SpaceX, также принадлежавшая Илону Маску, как известно, взорвались. Но тогда люди не пострадали. Если провал закончится и первые операции Neuralink, последствия будут куда более тяжёлыми.

«Мы не можем допустить, чтобы первые три имплантата взорвались, – нервно шутит директор компании по спецпроектам Neuralink и мать двоих детей Маска Шивон Зиллис. – Здесь это не вариант».

Подготовила Марина КЫН.

По материалам AFP, Journal for ImmunoTherapy of Cancer.

Лидер и гордость советской терапевтической клиники 1920-х – первой половины 1930-х годов Дмитрий Плетнёв в своей врачебной карьере работал профессором Московских высших женских курсов (в дальнейшем – 2-й МГУ), Императорского московского университета (ИМУ, в дальнейшем – 1-й МГУ), Московского областного клинического института (МОКИ), Центрального института усовершенствования врачей (ЦИУ врачей) и директором Института функциональной диагностики и терапии. Под его руководством в этих пяти научных и учебных центрах трудились почти все известные московские терапевты, формировались его огромная врачебная школа и его научная кардиологическая школа.

Блеск теоретической мысли

В МОКИ Д.Плетнёв работал с конца 1929 г. (1929-1937), в 1930 г. на базе этой клиники организовал 2-ю кафедру терапии ЦИУ врачей (первой кафедрой терапии заведовал один из организаторов и руководителей ЦИУ профессор Р.Лурия – в те годы постоянный и единственный его конкурент). Под руководством Плетнёва в МОКИ работали свыше 100 врачей, аспирантов, ассистентов, доцентов. В 1932 г. он одновременно возглавил (по совместительству) созданный для него Институт функциональной диагностики и экспериментальной терапии, который разместился на берегу Яузы, или, как тогда говорили, на 6-й версте (в дальнейшем здании ЦНИИ туберкулёза). Это был последний и самый блистательный период творческой жизни Д.Плетнёва. Его труды и приоритеты, главным образом в области диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний и инфекционных болезней, были широко известны: он предложил, ещё до появления ЭКГ-диагностики этой патологии, клинические критерии дифференциального диагноза инфаркта миокарда левого и правого желудочков сердца; привёл доказательства возможности прижизненной диагностики аневризмы сердца; одновременно с выдающимся французским хирургом и физиологом Рене Леришем выдвинул концепцию экстракардиального генеза грудной жабы; первым в стране предложил проводить дигиталисную терапию больных хронической недостаточностью сердца не курсовым методом, а пожизненно («пить как чай») и т.д. Ему принадлежат классические монографии о клинике сыпного тифа и приобретённого сердечно-сосудистого сифилиса. Он был среди пионеров психосоматического подхода к диагностике и лечению внутренних болезней. Его публикация «К вопросу о соматической циклотимии» не потеряла интереса для терапевтов и психиатров нашего времени.

Современники не сомневались в исключительном влиянии его сильной и яркой мысли на формирование клинического мышления нескольких поколений советских интернистов. Он был классиком, первым из лидеров советской клиники внутренних болезней. Суть его общепатологических взглядов отражена не только в работах по конкретным вопросам клиники, но и в специальных публикациях философски-методологического характера. Обобщение его клинико-теоретических представлений дано в его учении об антропопатологии. Он подчеркивал единство нейроэндокринной регуляции в организме, ведущую роль вегетативной нервной системы и психосоматических механизмов в патогенезе многих заболеваний, с пристальным вниманием изучал биохимические основы конституциональных нарушений. По Плетнёву, и анатомическое, и функциональное направления, как и нозологический принцип, уже начинали уступать новым подхо-

дам – изучению синдромов взаимопроникновения патологических процессов в целостном организме. «Вся патопластика болезненного процесса, – утверждал он, – переносится на целый организм». Д.Плетнёв и Р.Лурия выступали как ведущие философы-методологи внутренней медицины в СССР; при этом последний постоянно клялся на новой «библии» (опирался на последние партийные установки), а первый позволял себе фрондировать, что импонировало многим представителям медицинской интеллигенции.

Исключительную популярность Плетнёва подпитывали блеск его теоретической мысли, широта его

средневековый варвар. Следует вскрыть и решительно уничтожить корни плетнёвщины» («Рабочая Москва», 1937). Он был осуждён на 2 года условно. Молодые, близкие ему сотрудники Института функциональной диагностики В.Попов, И.Черногоров и Н.Сперанский, по просьбе недавнего шефа, оказавшегося в опале, навестили Плетнёва перед его вторым арестом. По воспоминаниям В.Попова, он им сказал, что ни в чём не виноват ни перед людьми, ни перед Родиной, но считает себя обречённым, так как слишком много знает... За ним пришли глухой осенью 1937 г. По рассказу его приёмной внучки Н.Ободовской, он по



– дворянские усадьбы Плетнёвых и Щекин-Кротовых стояли рядом) и получили очередной отказ. В.Попов знал об этом от Николая Романовича. Когда его известили о необходимости заявления от родственников, он позвонил Палееву, тот – мне; я нашёл копию. Нам повезло – Щекин-Кротовы были живы и подписали копию, Палеев отослал её в прокуратуру, и громоздкий реабилитационный механизм пришёл в движение. В качестве экспертов были привлечены Е.Чазов (кардиолог), А.Чучалин (пульмонолог) и К.Лакин (клинический фармаколог), которые при формальном «контроле» со стороны председателя экспертной

Былое

Символ советской терапевтической клиники

Профессор Дмитрий Плетнёв в Московском областном клиническом институте

эрудиции, умение увидеть в частном случае отражение актуальной медицинской проблемы, новизна в постановке любого научного вопроса, яркий образный язык – они придавали неповторимую привлекательность его лекциям и докладам, которые и в России, и за рубежом собирали аудитории, переполненные слушателями, и неизменно сопровождалась овациями. Он славился и как непревзойдённый мастер клинической диагностики. О его удивительных диагнозах коронарного тромбоза, рака фатерова соска свидетельствовали такие авторитеты, как С.Зимницкий, Р.Лурия. О его таланте лектора-импровизатора писал впоследствии А.Мясников.

Стиль эпохи

В 1932 г. юбилей – 35 лет творческой деятельности Плетнёва – праздновала вся советская медицина. В стиле эпохи пресса называла его «крупнейшим мировым авторитетом» в вопросах клинической медицины. Девятому (терапевтическому) корпусу МОКИ, где располагалась клиника Плетнёва, присвоили его имя. Он блистательно представлял медицину СССР на международных конгрессах. В 1936 г. вышло и сразу же получило самые высокие оценки его оригинальное руководство «Болезни сердца». Но на пороге стоял 1937 г...

8 июня 1937 г. газета «Правда» вышла со статьёй «Профессор – насильник, садист», где утверждалось, что в 1934 г. профессор Д.Плетнёв из садистических побуждений кусал грудь своей пациентки, что привело к её инвалидизации. Это грубо сфабрикованное агентами НКВД дикое обвинение было опубликовано в самой «Правде», поэтому по законам того времени не могло быть никаких сомнений в его правдивости. Плетнёв был немедленно освобождён от должностей заведующего 2-й кафедрой терапии ЦИУ врачей на базе МОКИ и директора Института функциональной диагностики и экспериментальной терапии. Началась вахханалия общественного обсуждения (точнее – осуждения) вчерашнего героя труда в медицинских учреждениях страны. Его позорили с тем же усердием, с каким раньше восхваляли. От МОКИ выступали доценты П.Бархаш и К.Михайлов, они и другие сотрудники требовали для него «суровой кары». Руководитель хирургической клиники МОКИ профессор А.Вишневский говорил: «Отбросьте учёность и авторитет Плетнёва, и перед нами предстанет

обычаю снял обручальное кольцо, надел на её палец и попросил передать бабушке. Других распоряжений не было. На процессе правотроцкистского блока Н.Бухарина – А.Рыкова (1938), главного судебного процесса тех лет, Плетнёву предъявили обвинение в соучастии в убийствах М.Горького и В.Куйбышева, он был приговорён к 25 годам тюремного заключения. Так проявилась загадка его первого судебного процесса: включив его в разработку сценария предстоящего грандиозного судилища и опасаясь осложнений в связи с его особой популярностью, «компетентные органы» решили предварительно вывалить его имя в грязь и тем подготовить общественное мнение. Из тюрьмы, где этого старого, больного сахарным диабетом человека пытали, пока не сломали его и морально, и физически, он обращался (конечно, безответно) к руководителям государства и его карательного аппарата: «Я готов кричать на весь мир о своей невиновности»... Письма с конкретными просьбами, написанные огрызком карандаша, корявым почерком, пронумерованные, но часто без даты, получала и жена арестанта Плетнёва, они сохранились, но публиковать их нельзя по этическим соображениям: это не письма великого врача и учёного, яркого мыслителя и неповторимой личности, каким он был при жизни, а стоны жалкого раздавленного государственной машиной бывшего человека. Последнее местопребывание Д.Плетнёва – Орловский централ (1941), одна из самых страшных тюрем России. Когда немцы подходили к Орлу, уголовников перевели в другие тюрьмы, а политических (среди них были «мать эсеров» Мария Спиридонова, болгарский и русский социал-демократ, видный деятель международного революционного движения Христиан Раковский, Д.Плетнёв) 11 сентября 1941 г. расстреляли «по списку» – «за контрреволюционную агитацию в тюрьме». Точное место захоронения Д.Плетнёва мы не знаем.

Процесс реабилитации

По справке Военной коллегии Верховного Суда Союза ССР, дело по обвинению Д.Плетнёва пересмотрено Пленумом Верховного Суда 5 апреля 1985 г. Приговоры Военной Коллегии от 13 марта 1938 г. и от 8 сентября 1941 г. отменены и «оба дела прекращены за отсутствием события преступления». Посмертная реабилитация Д.Плетнёва явно затянулась, и причины этого были весомы: он проходил по

знаменитому процессу правотроцкистского блока, приговоры основным фигурантам процесса были пересмотрены только в 1988 г., до этого политического решения руководителям прокуратуры трудно было взять на себя ответственность за пересмотр дела какого-либо «врага народа», осуждённого на этом процессе. Процесс реабилитации всегда начинался с письменного обращения родственников в прокуратуру. В случае Плетнёва с просьбами о пересмотре дела неоднократно обращались и родственники, и историки медицины и неизменно получали один и тот же ответ: «В настоящее время Главная военная прокуратура не имеет оснований для пересмотра дела Плетнёва Д.Д.». На естественный вопрос – кто же всё-таки реабилитировал Плетнёва? – могу как ещё живой участник того коллективного, длительного и трудного процесса дать однозначный ответ, назвав два имени. Во-первых, Виталий Попов – один из любимых учеников Дмитрия Дмитриевича, к тому времени главный профессор-консультант Кремлёвки, Герой Социалистического Труда, попросил высокопоставленного и очень ему благодарного пациента (называли имена руководителей генеральной прокуратуры, главной военной прокуратуры, КГБ, но сам Виталий Григорьевич никогда не уточнял эту информацию, имён не называл) проверить, действительно ли его учитель профессор Плетнёв был «врагом народа». Во-вторых, Александр Рекунков, генеральный прокурор СССР принял решение открыть процедуру пересмотра дела и назначил первую судебно-медицинскую экспертизу историй болезней М.Горького и В.Менжинского (организаторам процесса правотроцкистского блока никакие экспертизы не требовались). Остальные активные участники процесса политической реабилитации Д.Плетнёва играли свои роли, но решающего влияния на ход событий не оказали. Молодой профессор Николай Палеев (ныне академик РАН) заведовал терапевтической клиникой МОКИ (он давно уже превратился в МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского) в 9-м корпусе, который когда-то носил имя Плетнёва, и мечтал о возвращении его имени на пьедестал славы. Я как историк медицины давно уже собирал материалы о жизни, творчестве и трагедии Плетнёва. Мы подали очередное прошение, подписанное пациентами Николая Романовича А.Щекин-Кротовы и её матерью (они не были в родстве с Плетнёвым, но он рос на их глазах

комиссии (генерал соответствующей судебно-медицинской службы) приступили к анализу историй болезни М.Горького и В.Менжинского. С последним всё было просто – он явно умер от повторных приступов грудной жабы. С посмертным диагнозом, поставленным М.Горькому, было сложнее: по мнению выдающегося советского патолога И.Давыдовского он мучительно умирал от «неспецифической лёгочной чахотки» на фоне залеченного туберкулёза лёгких. В его лечении участвовали ведущие терапевты страны, в том числе Г.Ланг и М.Кончаловский. Никаких оснований подозревать насильственную смерть, конечно, не было.

И Е.Чазов, и А.Чучалин впоследствии рассказывали, что они ставили перед руководителями прокуратуры вопрос о невиновности Д.Плетнёва, но ведь это происходило при уже начатой А.Рекунковым процедуре реабилитации.

Ещё одно имя надо вспомнить в этой связи – заведующего главной редакцией БМЭ при президиуме АМН СССР профессора Игоря Лидова. Он заказал мне статью о Плетнёве для БМЭ, когда тот ещё не был реабилитирован. В то время я заведовал медициной в издательстве «Большая советская энциклопедия», а по совместительству работал учёным секретарём в БМЭ. Так появилось очередное доказательство очевидного факта: не официальная, а общественная, в научно-медицинской среде реабилитация Плетнёва началась на десятилетия раньше описываемых событий. Надо поблагодарить этого рискованного человека, потерявшего отцюрюриста, расстрелянного в те же страшные 1930-е годы. Последним аккордом полной реабилитации Плетнёва можно считать почти одновременный выход в свет в 1989 г. его избранных трудов, а в академическом журнале «Вопросы истории» (№ 9) вышла статья В.Бородулина и В.Топольянского «Дмитрий Дмитриевич Плетнёв» – первая его научная биография. Таким образом, с 90-х годов XX века Д.Плетнёв жил посмертно нормальной жизнью классика отечественной медицины. Но и сегодня жизнь, смерть и бессмертие Дмитрия Дмитриевича остаются одной из самых ярких и трагичных страниц истории терапевтической клиники в СССР.

Владимир БОРОДУЛИН,
профессор.

**Национальный
НИИ общественного здоровья им.
Н.А.Семашко.**

Москва.

