

Как стать одной из самых технологически мощных держав в мире.

Стр. 4

Штрафовать врачей за неразборчивый почерк или цвет чернил в ручке глупо, потому что это никак не сопряжено с исходом лечения пациента.

Стр. 5

Почему следует ждать значительного подъёма онкологической заболеваемости среди пациентов, переболевших коронавирусной инфекцией?

Стр. 11

События

Разные грани патриотизма

Они были представлены в Сеченовском университете на масштабном форуме, посвящённом Дню защитника Отечества



«Россия – это мы» – так назывался патриотический форум, который прошёл в конгресс-центре Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова. Это масштабное мероприятие, которое охватило все стороны жизни ведущего медицинского вуза страны. Разговор шёл о главном – что такое патриотизм и почему он важен для каждого и всех вместе в масштабах нашей огромной страны.

– Служение стоит понимать не только как службу в армии. Делать свою работу хорошо, на высшем уровне, с полной самоотдачей – это тоже служение. Особенно когда речь идёт о врачах. Врач не имеет права на ошибку, он постоянно учится, самосовершенствуется, ведь от его знаний и умений зависят жизни людей. Выпускники военного учебного центра университета сегодня участвуют в специальной военной операции. Военные медики всегда были на передовой – и во время Великой Отечественной войны, и сейчас. Мы гордимся ими! – сказал, обращаясь к участникам форума, ректор Сеченовского университета академик РАН Пётр Глыбочко.

Занятия в военном учебном центре вуза

Было организовано выставочное пространство «10 граней патриотизма» с тематическими площадками. В работе дискуссионной площадки «Современные вызовы военной медицины» приняли участие студенты и преподаватели военного учебного центра Сеченовского университета, а также его выпускники – участники специальной военной операции, спасавшие жизни наших солдат в самых «горячих» точках.

Главными вопросами обсуждения стали особенности медицинского обеспечения войск в условиях современного вооруженного конфликта, а также каким образом необходимо адаптировать процесс обучения студентов в вузе с учётом практического опыта, полученного при оказании медицинской помощи в условиях реальной боевой обстановки. В этом отношении опыт молодых офицеров, которым они поделились с участниками дискуссии, является крайне важным. Его анализ будет использован для улучшения подготовки будущих военных врачей.

– Вооружённые силы меняются, как и тактика поведения на поле боя. Военные врачи должны предчувствовать эти изменения и, основываясь

на главных принципах военной медицины, заложенных нашими предшественниками, обязаны не отставать от времени, а действовать на опережение, готовить себя к практической работе, – отметил советник при ректорате университета, генерал-полковник медицинской службы, член-корреспондент РАН Иван Чиж.

Большое место было отведено площадке «Служение Отечеству». На ней участники форума смогли познакомиться с тактической медициной – своими глазами увидеть, как оказывается медицинская помощь в военное время прямо на поле боя, как переносят раненых, а также попрактиковаться в сборке-разборке оружия.

На стенде «История» были представлены полевые находки поискового студенческого отряда университета «Надежда». Также в ходе форума прошёл показ эксклюзивных коллекций лучших модельеров России «Патриотические дефиле».

Сергей ФЁДОРОВ.

Материалы о военных медиках, посвящённые Дню защитника Отечества, читайте на стр. 2, 10-11, 15, 16.

Дорогие друзья!

Сердечно поздравляю вас с Днём защитника Отечества – праздником, который стал символом доблести, чести, мужества и преданного служения нашей Великой Родине!

В этот день мы чествуем всех, кто стоит на страже безопасности страны, своим нелёгким трудом отстаивает интересы нашего государства и укрепляет его авторитет. 2022 г. принёс для Российской Федерации и всего мира кардинальные перемены. Сегодня военнослужащие и добровольцы сражаются не просто за родную землю, но за справедливость и обеспечение гарантий мира и безопасности для нашей страны на долгие годы. Все они – современные герои Отечества!

Особая благодарность сотрудникам ФМБА России, которые оказывают медицинскую помощь местному населению, военнослужащим и ополченцам в Донбассе и других прилегающих к специальной военной операции регионах.

От всей души желаю вам крепкого здоровья, бодрости духа, успехов в профессиональной деятельности и службе на благо России!

Вероника СКВОРЦОВА,
руководитель ФМБА России.

Начеку!

Вспышка вируса Марбург: усилен контроль на границе

Роспотребнадзор усилил санитарный контроль на границе из-за вспышки вируса Марбург в Экваториальной Гвинее. Как сообщили в ведомстве, даны указания по использованию автоматизированной информационной системы «Периметр», которая установлена во всех пунктах пропуска через государственную границу России.

13 февраля власти Экваториальной Гвинеи объявили о первой в истории страны вспышке вируса Марбург. Всего было зафиксировано 16 предполагаемых случаев заболевания. В одной из провинций скончались по меньшей мере 9 человек.

На экстренном совещании ВОЗ в Женеве обсуждалась возможность быстрого тестирования вакцин против вируса, которые находятся на разных стадиях разработки. Но пока на вакцинацию рассчитывать не приходится. Специалисты надеются, что вирус Марбург не успеет глобально распространиться, если оперативно объявить карантин в районах всплесков заболеваемости.

ВОЗ направила в Экваториальную Гвинею экспертов в области эпидемиологии для информирования населения о рисках, профилактике инфекции и инфекционном контроле. Оказывается также организационно-методическая поддержка в области лабораторной диагностики болезни, вызванной вирусом Марбург, организованы несколько авиарейсов для поставки медицинских принадлежностей и средств индивидуальной защиты.

По словам экспертов ВОЗ, нынешняя вспышка вируса Марбург масштабнее, чем 16 предыдущих, которые заканчивались относительно быстро после принятия эффективных мер. Исключения – вспышка 1998-2000 гг. в Демократической Республике Конго, которая привела к 154 случаям болезни и 128 смертельным исходам, и эпидемия 2004-2005 гг. в Анголе, унёсшая 227 жизней. Вирус Марбург считается одним из наиболее опасных в мире.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

АВТОРИТЕТНОЕ МНЕНИЕ

Александр ЧУПРИНА



Главный хирург Министерства обороны РФ, кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы:

Со времён Великой Отечественной войны многое изменилось, характер ран иной, появились повреждения от кассетных боеприпасов. Это совершенно другой вид оружия, которое не оставляет ничего живого там, за что оно цепляется.

Стр. 10

Новости
ФМБА России будет обслуживать Энергодар Запорожской области

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 10 февраля 2023 г. полномочия по медицинскому обслуживанию населения города Энергодара Запорожской области с 1 июня 2023 г. возложены на Федеральное медико-биологическое агентство. Запорожская атомная электростанция и АО «Эксплуатирующая организация Запорожской АЭС» также будут обслуживаться ФМБА России.

«Исторически деятельность Федерального медико-биологического агентства была неразрывно связана с историей Минсредмаша и атомного проекта. На протяжении многих лет врачи ФМБА России помогают сохранять здоровье людей, обеспечивающих обороноспособность и энергетическую безопасность нашей страны. Охрана здоровья работников организаций с особо опасными условиями труда является ключевым приоритетом агентства. Несомненно, мы с большой ответственностью подойдём к медицинскому обеспечению населения города Энергодара и работников Запорожской атомной электростанции, внесём свой вклад в развитие атомной промышленности страны», – подчеркнула руководитель ФМБА России Вероника Скворцова.

Под управление ФМБА перейдёт Энергодарская специализированная медико-санитарная часть, также в городе будет создано Межрегиональное управление Федерального медико-биологического агентства, на которое возложены функции по осуществлению федерального государственного санитарно-эпидемиологического контроля (надзора) и федерального государственного контроля (надзора) за обеспечением безопасности донорской крови и её компонентов. Кроме того, будет организован Центр гигиены и эпидемиологии ФМБА России, задачей которого станет обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия жителей города.

Напомним, с 17 декабря 2022 г. в Энергодар направлены диспансерный и педиатрический сводные мобильные медицинские отряды для проведения углублённого медицинского обследования взрослого и детского населения города. За время работы сводных отрядов диспансеризацию прошли более 6 тыс. взрослых и более 5 тыс. детей.

Георгий АЛЕКСАНДРОВ.

В Фёдоровском центре – новый гендиректор

Приказом министра здравоохранения РФ Михаила Мурашко Дмитрий Арсютов назначен на должность генерального директора Национального медицинского исследовательского центра МНТК «Микрохирургия глаза им. С.Н.Фёдорова» Минздрава России.

Представляя нового руководителя коллективу центра, М.Мурашко отметил, что среди задач Д.Арсютова – обеспечение лидерских позиций учреждения в научной, клинической и образовательной сфере, в том числе на международном уровне.

Д.Арсютов в 2000 г. окончил Чувашский государственный университет им. И.Н.Ульянова по специальности «лечебное дело», в 2017 г. получил степень магистра экономики, кандидат медицинских наук. Имеет более чем 20-летний опыт клинической и административной работы. Перед назначением на протяжении 12 лет возглавлял Республиканскую клиническую офтальмологическую больницу Минздрава Чувашии в должности главного врача.

Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.

Будённовские травматологи провели филигранную операцию

В Ставропольском крае год от года становится больше высокотехнологичных операций. Например, недавно в отделении сочетанной травмы краевого центра специализированных видов медицинской помощи № 1 (Будённовск) поступила пациентка, доставленная с места ДТП. У пострадавшей женщины медики диагностировали сложное сочетанное повреждение в виде перелома плечевой кости и разрыва крестцово-подвздошного сочленения, а также поперечный перелом дна вертлужной впадины с переходом на заднюю колонну. Подобные многооскольчатые переломы таза при консервативном методе лечения требуют соблюдения пациентом длительного постельного режима и долгой реабилитации.

– Было принято решение провести оперативное лечение с использованием малоинвазивной методики фиксации. Прежде операции такого уровня сложности нашими специалистами не выполнялись. Предстояло провести почти ювелирную работу по восстановлению раздробленных костей. Но до них предстояло ещё добраться через небольшие разрезы, чтобы не повредить прилегающие сосуды, суставы, мягкие ткани, – рассказал главный врач центра Рустем Есенакаев.

После полного клинического и лабораторного обследования и предоперационной подготовки будённовскими травматологами впервые выполнено малоинвазивное вмешательство по фиксации винтами зоны переломов костей таза, а также открытая репозиция плечевой кости с экстракортикальной фиксацией пластиной.

Операция прошла успешно. Уже на вторые сутки женщина была активирована. Сейчас, спустя всего 10 дней после операции она активно вертикализуется, ей проводится полный курс реабилитации.

– Проведение данного вида операции позволило в кратчайшие сроки вернуть пациентку к полноценной активной жизни, – отметил Р.Есенакаев. – Теперь такие операции будут выполняться в нашей больнице по потребности. Не могу сказать, что подобных случаев очень много, но они бывают. Люди нуждаются в такой помощи, и теперь мы имеем возможность её обеспечить.

Роман НАЗАРОВ.

Ставропольский край.

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

Инициатива

Уроки с фронта



Боевые огнестрельные ранения прямой кишки и промежности на этапе квалифицированной медицинской помощи.



Проф. д.м.н. Хубезов Д.А., Макоев Х.М., Тавитов Т.Т., проф. д.м.н. Торба А.В., Афанасьев А.А., Хубезов Л.Д.

Хирурги, которые работают в зоне проведения специальной военной операции на Донбассе, начали записывать видеолекции по оказанию квалифицированной медицинской помощи при боевой травме. Первые три «урока с передовой» уже появились на портале Российского общества хирургов и доступны к просмотру.

Дебютный блок состоит из трёх видеуроков: боевые огнестрельные ранения прямой кишки и промежности; огнестрельные ранения магистральных сосудов; огнестрельные ранения наружных половых органов у мужчин. Первую лекцию подготовил специалист, имеющий большой опыт выполнения таких операций – председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья, доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Хубезов, который много месяцев проработал в военно-полевом госпитале в зоне СВО. Две другие лекции записали молодые, но уже закалённые войной хирурги Т.Тавитов и А.Симейко.

Видеоуроки построены по такому принципу: фрагменты видеозаписи операций перемежаются слайдами с текстовой информацией и комментариями хирургов. Как пояснил профессор Д.Хубезов, в отсутствие видеокamer и профессиональных операторов работу хирургов в операционной снимали на телефон либо анестезиолог, либо сестра-анестезистка. И уже после этого в импровизированной студии шла запись самой лекции.

В разговоре с корреспондентом «МГ» Д.Хубезов признался, что сначала было сложно представить, как удастся сделать это в столь необычной обстановке – в подвальном помещении, стены которого пришлось задрапировать белой бумагой, при искусственном освещении. Но в итоге всё получилось отлично, и главное – искренне. А красное знамя на стене с надписью «150 стрелковая дивизия 79-го стрелкового корпуса 3-й ударной армии 1-го Белорусского фронта» придаёт этому помещению и происходящему в нём особую важность.

– Начинаем новый образовательный проект для хирургов – создаём видеотеку по военно-полевой хирургии, находясь здесь, в нескольких километрах от передовой. Между нами и линией фронта нет больше никаких медицинских подразделений, поэтому мы имеем дело с ранениями в «первозданном» виде, таких не увидишь уже на следующих этапах эвакуации и оказания медицинской помощи. Вот почему нам кажется очень важным поделиться своим опытом с коллегами, рассказать им, какой должна быть тактика хирурга при той или иной боевой травме. Также при подготовке этого обучающего курса обязательно остановимся на вопросах организации оказания медицинской помощи в военно-полевых условиях: как правильно обустроить госпиталь на передовой, начиная от выбора здания, заканчивая набором инструментария и аппаратуры, которые необходимо иметь в операционной, – поясняет Д.Хубезов.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Конкурсы

С хирургической точностью

В День российской науки мэр Москвы Сергей Собянин вручил 90 молодым учёным премии правительства Москвы (50 премий) в 22 номинациях.

В числе награждённых – трое научных сотрудников (нейрохирургов) НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко: кандидаты медицинских наук Дмитрий Андреев, Илья Чернов, Михаил Шкарубо. Премия присуждена за разработку новых технологий и устройств, позволяющих повысить качество оказания нейрохирургической помощи при патологии основания черепа. В их число входит, во-первых, способ визуализации сосудов основания черепа и головного мозга человека, применяемый в обучении нейрохирургов и изучении сосудов головы и других органов. Во-вторых, хирургический инструмент, позволяющий во время операции изменять пространственную конфигурацию отсоса в процессе удаления опухоли. Его использование облегчает процесс удаления опухоли и повышает качество работы хирурга. В-третьих, электрод, позволяющий идентифицировать черепные нервы во время операции и тем самым повышать её безопас-



И.Чернов, Д.Андреев, М.Шкарубо

ность, что улучшает послеоперационный прогноз для пациента. В-четвёртых, различные способы пластики основания черепа, необходимые для предотвращения тяжёлых послеоперационных осложнений при различных вариантах послеоперационных дефектов твёрдой мозговой оболочки, сопровождающихся ликвореей.

Изобретения лауреатов отмечены двумя золотыми медалями на Всемирной выставке изобретений

«Женева – 2018», золотой медалью на салоне инноваций «Архимед – 2017». Одно из изобретений по рейтингу Федерального института промышленной собственности вошло в «100 лучших изобретений России – 2016».

Защищённые патентами РФ изобретения молодых учёных вносят реальный вклад в достижение технологического суверенитета нашей страны.

Соб. инф.

Начало

Повышая доступность и качество

В режиме видеоконференции с участием Президента России Владимира Путина было открыто девять новых объектов здравоохранения в регионах страны, строительство либо капитальная реконструкция которых завершена в рамках федеральных и региональных программ. Глава государства отметил, что для повышения доступности и качества медицинской помощи реализуется нацпроект «Здравоохранение».

– Нам ещё многое предстоит сделать для того, чтобы граждане вне зависимости от места проживания получали качественную современную медицинскую помощь. Речь не только о развитии материально-технической базы учреждений. В числе других ключевых приоритетов – наращивание возможности для оказания специализированной и высокотехнологичной помощи, повышение уровня подготовки медицинских специалистов, а также более широкое использование передовых информационных технологий, в том числе цифровых помощников, которые помогают врачам в постановке диагнозов, сокращают время на заполнение документации, – сказал В.Путин в ходе видеоконференции.

В Белгородской области открыт инфекционный клинический центр «Старооскольская окружная больница Святителя Луки Крымского» на 81 место. В Красноярском крае завершено строительство поликли-

ники в микрорайоне Покровский на 900 посещений в смену. В Липецкой области открыта детская поликлиника городской детской больницы, а также завершено строительство и оснащение операционного блока с отделением анестезиологии и реанимации областного онкологического диспансера. В Запорожской области отремонтирована и оснащена амбулатория общей практики – семейной медицины. В Кабардино-Балкарии и Саратовской области открыты сразу по два объекта.

Принявший участие в мероприятии министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко подчеркнул, что за последние несколько лет, несмотря на эпидситуацию и экономические вызовы, развитие медицинской инфраструктуры продолжалось. Благодаря реализации нацпроекта «Здравоохранение» для населения стали доступны более 3,6 тыс. объектов, из них порядка 3,5 тыс. – в первичном звене, самой востребованной части медицинской службы. Он отметил, что кроме строительства идёт оснащение учреждений медицинским оборудованием – каждый шестой объект уже сегодня модернизирован в части медицинской техники. Сегодня эти изменения стали ощутимы для более чем 50 млн человек прикрепленного населения.

С 2019 г. на создание новых объектов здравоохранения регионам было выделено более 200 млрд руб. Более 50 крупных медицинских объектов введены в эксплуатацию, в том числе 9 онкологических дис-

пансеров, 14 детских больниц. За период пандемии было построено более 40 инфекционных больниц. Только за прошлый год завершено строительство 787 объектов здравоохранения. Среди них – введён в эксплуатацию «долгострой» в Междуреченске Кемеровской области.

По словам М.Мурашко, ключевое условие создания новых объектов – обеспечение кадрами. Минздравом России были увеличены объёмы подготовки по специальности почти на 19 и на 30% «узких» специалистов в рамках ординатуры за последние 3 года. Регионы, реализующие активную кадровую политику и предлагающие собственные меры стимулирования, смогли обеспечить близкую к 100% укомплектованность амбулаторно-поликлинической службы (Белгородская область, республики Татарстан, Башкортостан и Чеченская). В 2023 г. предусмотрено создание ещё более 1,2 тыс. объектов здравоохранения, из них более 900 ФАПов. По ним задача реализуется комплексно, и все ФАПы в территориях, где нет аптеки, имеют лицензию на фармацевтическую деятельность. Они также оснащаются цифровым оборудованием для оперативной передачи данных.

В 2023 г. планируется сдать 27 крупных объектов, в том числе 7 корпусов онкодиспансеров, детские больницы, детский реабилитационный центр мирового уровня в Подольске, добавил министр.

Владимир ЧЕРНОВ.

Перспективы

Онкологи направлены в новые регионы

Команды врачей федеральных центров направлены на новые территории для организации помощи пациентам с онкозаболеваниями. Об этом сообщил помощник министра здравоохранения РФ Алексей Кузнецов.

– По поручению министра здравоохранения России Михаила Мурашко на новые территории направлены бригады специалистов трёх национальных медицинских исследовательских центров Минздрава России: онкологии им. Н.Н.Блохина, радиологии и онкологии (Ростов-на-Дону). Их основная задача – оценка состояния онкослужбы Донецкой и Луганской народных республик, Херсонской и Запорожской областей и разработка предложений по её развитию и интеграции в онкологическую службу РФ, совершенствованию организации оказания медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями, – сказал А.Кузнецов журналистам.

Кроме того, врачи хирургического и радиологического профиля участвуют в консилиумах по сложным клиническим случаям, проводят операции, а при необходимости – отбор пациентов на лечение в федеральных центрах. Уже сегодня ведущие федеральные специалисты активно взаимодействуют с коллегами из новых регионов, проводят телемедицинские консультации пациентов, которые затем маршрутизируются в профильные региональные и федеральные центры для проведения высокотехнологичного лечения, добавил помощник министра здравоохранения РФ.

Ранее на встрече с волонтерами в Волгограде Президент России Владимир Путин пообещал проконтролировать включение вопросов оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях на новых территориях России в План программы развития новых российских регионов. Министр здравоохранения РФ также ранее отметил, что программа будет подготовлена к 1 апреля.

Юрий ДАНИЛОВ.

Акценты

Миссия завершена

Врачи из РФ закончили своё участие в гуманитарной миссии в пострадавшей от землетрясения Турции и вернулись домой. Аэромобильная группировка МЧС России завершила международную спасательную операцию и в Сирии, сообщили в ведомстве.

В турецком Кахраманмараше спасатели МЧС России совместно с иностранными коллегами обнаружили мужчину в тяжёлом состоянии под завалами спустя 160 часов после землетрясения. Врачи федеральных медицинских организаций оперативно прибыли к месту завала. Специалисты участвовали в спасении, стабилизации и транспортировке пациента. После оказания необходимой медпомощи пациент был переведён для продолжения лечения в местное медучреждение.

– Команда из 11 врачей ведущих федеральных клиник была направлена в Турцию по поручению Владимира Путина. За неделю они

помогли почти 850 пострадавшим, включая детей, – рассказал помощник министра здравоохранения РФ Алексей Кузнецов.

Группа травматологов, нейрохирургов, хирургов, детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов работала в составе госпитальной вместе с врачами МЧС России, круглосуточно оказывая пострадавшим специализированную помощь.

– Госпиталь находился на безопасной площадке в одной из наиболее пострадавших частей города Кахраманмараш. В основном к нам поступали пациенты в состоянии средней степени тяжести для диагностики травм и лечения неотложных состояний. Некоторые пациенты боялись обращаться в больницу из-за страха перед обречением и приезжали к нам. Другие целенаправленно приходили из-за высокой степени доверия к уровню российской медицины, – отметил Ярослав Латышев, нейрохирург НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко Минздрава России.

Павел БАЛАГИН.

Проекты

Кто получит специальные социальные выплаты?

Минздрав России разработал проект приказа «Об утверждении разъяснений по применению постановления Правительства Российской Федерации № 2568 от 31.12.2022 «О дополнительной государственной социальной поддержке медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования», который направлен на разъяснение категорий получателей и условий получения специальных социальных выплат.

В проекте приказа дополнительно отражено, что выплаты предназначены для отдельных категорий медицинских работников центральных районных, районных и участковых больниц, которые являются

как самостоятельными юридическими лицами, их филиалами, так и структурными подразделениями медицинских организаций.

Необходимо отметить, что согласно разъяснениям, специаль-

ные социальные выплаты также предназначены отдельным категориям медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу прикрепленному населению, в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Также в проекте приказа дано разъяснение о расчёте размера специальной социальной выплаты работникам, занятым на основных должностях неполное рабочее время.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

Подписка-2023

Продолжается подписная кампания Акция!

Уважаемые читатели!

Редакционная подписка на электронную и бумажную версии еженедельного профессионального издания «Медицинская газета» по ценам 2022 г. продлена до 1 марта на первое полугодие и год (2023).

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.

Условия подписки на «Медицинскую газету» см. на сайте www.mgzt.ru

Однако

Риск распространения холеры в мире растёт

Как отмечает ВОЗ в информационном бюллетене, по состоянию на 1 февраля из 18 государств продолжали поступать сообщения о новых случаях заболевания, и, согласно прогнозам, в ближайшие месяцы таких стран может стать больше.

С 16 декабря 2022 г., когда был опубликован первый обзор по холере в мире, глобальная ситуация ухудшилась. Учитывая текущее положение дел, в том числе увеличение числа вспышек и их географическое расширение, а также нехватку вакцин и других ресурсов, ВОЗ оценивает риск на глобальном уровне как очень высокий.

Особую обеспокоенность у организации вызывает высокая смертность, связанная с холерой. Многие страны «сообщили о более высоких показателях леталь-

ности, чем в предыдущие годы». В 2021 г. средний показатель летальности в мире был 1,9%, а в Африке – 2,9%, что представляет собой «значительное превышение допустимого уровня» и «является самым высоким показателем, зарегистрированным более чем за десятилетие».

При этом, согласно предварительным данным, аналогичная тенденция имеет место в 2022 и 2023 гг. За последние два века зарегистрировано семь разных пандемий холеры. В конце 1990-х годов заболеваемость холерой в мире значительно снизилась, однако она всё ещё широко распространена в Африке и Азии. По данным исследователей, ежегодно холерой заболевают 2,9 млн человек, 95 тыс. погибают.

Игорь НАУМОВ.

Приуроченный ко дню основания РАН День российской науки отмечается с 2000 г. каждый год 8 февраля. К этой дате была приурочена пресс-конференция, открывшаяся выступлением академика и вице-президента РАН Михаила Пирадова.

«Мы хотим стать одной из самых технологически мощных держав в мире, а без науки это невозможно», – заявил он. Будучи директором Научного центра неврологии, академик М.Пирадов говорил о развитии нейронаук и искусственного интеллекта (ИИ). В связи с увеличением продолжительности жизни возросло число заболеваний, связанных с поражением нервной системы. Благодаря новым технологиям становится возможным предсказание развития этих болезней за несколько десятилетий до их начала, что может способствовать выработке стратегии их профилактики. «Науку двигают новые идеи и новые методы», – отметил он. Наблюдается дефицит как первых, так и вторых (приборов и программ). Без адекватного финансирования развитие науки невозможно. Если в Великобритании доля бизнеса в финансировании науки составляет 85%, то у нас она существенно меньше (по данным министра финансов Антона Силуанова, на науку в стране выделяется 550 млрд руб., при этом государство участвует в процессе на две трети, а бизнес – на одну треть). «Нельзя надеяться только на государство. Бизнес должен участвовать в развитии науки», – подчеркнул академик. Что касается ИИ, то благодаря его развитию исчезло уже 160 профессий. В ближайшее время этот список может пополниться водителями, врачами-диагностами и журналистами.

Член-корреспондент РАН, вице-президент по внедрению новых медицинских технологий АО «Генериум» Дмитрий Кудлай рассказал об актуальных разработках компании. Ярким примером мирового признания явилось включение в 2022 г. оригинального препарата для диагностики туберкулеза «Диаскинтест» в рекомендации ВОЗ. На финальных стадиях клинического испытания (КИ) находятся препараты для терапии синдрома Хантера, тромбозопенической пурпуры, возрастной дегенерации сетчатки глаза.

В настоящее время компания ведёт около 30 научных проектов.

Обсуждения

Как обрести технологический суверенитет?

Биотехнологии становятся драйвером развития российской науки



Например, в 70% случаев при травмах крупных суставов (например, коленного) приходится прибегать к операциям, вплоть до протезирования сустава. В данный момент завершаются первые в России КИ новой технологии, которая состоит в заборе хрящевой ткани со здорового участка (с помощью артроскопии), масштабировании собственных хондроцитов больного in vitro с последующим (через 4-6 недель) введением клеточной суспензии в зону повреждённого хряща для формирования единой здоровой хрящевой поверхности. «Можно фиксировать старт легальной тканевой инженерии в нашей стране. Актуальность подобных проектов несомненна, поэтому два года назад Московский государственный университет создал магистратуру по регенеративной медицине с нашим участием», – отметил Д.Кудлай.

Инициативные научные проекты поддерживаются Российским научным фондом (РНФ). Генеральный директор РНФ Александр Хлунов сообщил, что это 10 тыс. науч-

ных проектов с участием 50 тыс. российских учёных. Для этого на 2023 г. выделено 40 млрд руб., что, конечно, несравнимо с бюджетами Немецкого (4 млрд евро) и Американского (100 млрд долл.) фондов. Актуальной проблемой является экспертиза поданных заявок. В ней участвует 6,5 тыс. учёных, в том числе более тысячи зарубежных экспертов. Фонд поддерживает не только фундаментальные, но и прикладные исследования и развитие новых технологий. К сожалению, система технологической экспертизы отсутствует. Этическая экспертиза проектов фондом также не осуществляется.

В режиме онлайн выступил директор Научного центра трансляционной медицины, проректор по научно-технологическому развитию Университета «Сириус», руководитель направления «Биотехнология» Роман Иванов. Финансовые риски разработки новых фармпрепаратов велики, а горизонт возврата инвестиций составляет 5-7 лет. В этой ситуации университеты и создаваемые на их

базе стартапы доводят высокозатратные продукты до стадии, когда они становятся интересны «большой фарме». Речь идёт о создании прототипов лекарственных средств с необходимыми характеристиками, проведении доклинических и клинических испытаний 1-й фазы. «Дефицит венчурного финансирования не позволяет создавать инновационные компании», – отметил Р.Иванов. Для преодоления «долины смерти» между идеей и готовым продуктом необходимо создание трансляционных центров. Ключевым звеном в разработке новых лекарств названы университетские клиники, которые в России почти отсутствуют. В Университете «Сириус» создаётся структура полного цикла, включающего университетскую клинику, где работают врачи-исследователи. Число центров биомедицинских инноваций увеличивается.

Директор Департамента науки и инновационного развития здравоохранения Минздрава России Игорь Коробко, также выступивший онлайн, рассказал о разработке

векторных вакцин, рекомбинантных ДНК и радиофармацевтике. В качестве приоритетных задач было названо прогнозирование научных исследований, которые дадут результат, и финансирование ранних фаз КИ.

Как отметил на пресс-конференции заместитель министра науки и высшего образования РФ Дмитрий Пышный, «биотехнологии становятся драйверами развития». Геномное редактирование используется не только в медицине, но и в сельском хозяйстве – для создания новых продуктов питания. В рамках Национального проекта «Наука в университете» изменяются образовательные программы по биомедицине. В качестве примера прорывных технологий было упомянуто воздействие на генетический материал вирусов с целью превращения их в лекарственные средства. Сейчас на первой стадии КИ находятся онкологические вирусы (для борьбы с онкологическими заболеваниями). Актуальной проблемой является развитие и обновление приборной базы. Поскольку более 90% необходимого оборудования производится за рубежом, ставится задача создания отечественных аналогов. Министерство выделяет гранты на популяризацию науки.

Развитие и финансирование науки в этот же день обсуждались на заседании совета по науке и образованию под председательством Президента РФ В.Путина, предложившего внести изменения в Стратегию научно-технического развития страны, принятую в 2016 г. По словам зампреда Правительства РФ Дмитрия Чернышенко, внесён законопроект, который закрепит понятие «научно-технической экспертизы» и сделает РАН оператором всех экспертных организаций.

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.

Москва.

Тенденции

Председатель Правительства РФ Михаил Мишустин утвердил Концепцию увеличения заготовки плазмы крови на период до 2030 г., предусматривающую наращивание объёмов производства отечественных препаратов на основе плазмы крови.

Необходимость разработки концепции была продиктована фактически зависимостью нашей страны от импорта препаратов крови. Так, до 2019 г. суммарная доля отечественных препаратов из плазмы крови (альбуминов и иммуноглобулинов) не превышала 10% от имеющейся потребности.

ФМБА России, в состав которого входит единственная в стране сеть федеральных плазмацентров, выступило с инициативой о разработке программы по увеличению заготовки плазмы крови в целях производства лекарственных препаратов и комплексному подходу в целом к развитию отечественного производства препаратов крови.

Под координацией ФМБА России планируется заготовить и передать на отечественные производства лекарственных препаратов необходимый объём плазмы, что позволит обеспечить граждан жизненно важными лекарственными средствами – альбуминами и иммуноглобулинами, в том числе специфическими.

На уровне ведущих стран Европы

Утверждена разработанная ФМБА России Концепция увеличения заготовки плазмы крови для производства лекарственных препаратов



В рамках подготовительного этапа в 2022 г. агентство уже увеличило заготовку плазмы крови в 3 раза – до 90 т с одновременным снижением себестоимости её заготовки более чем в 2 раза.

Как пояснила руководитель ФМБА России Вероника Скворцова, первый этап реализации концепции рассчитан на 2023-2024 гг., когда будет значительно расширена материально-техническая база

учреждений агентства и приняты дополнительные организационные решения для существенного наращивания заготовки плазмы крови к 2024 г. до 600 т.

«По поручению Президента Российской Федерации мы разработали Концепцию увеличения заготовки плазмы крови, благодарим Правительство России за поддержку представленных инициатив и подтверждаем, что принятые

планы будут реализованы с участием всех заинтересованных сторон, как заготовителей плазмы, так и производителей лекарственных средств», – сказала В.Скворцова.

Концепцией предусмотрено полностью обеспечить потребности страны в лекарствах, производимых на основе плазмы крови, модернизировать федеральные и региональные учреждения, занимающиеся сбором и хранением крови, снизить стоимость заготовки плазмы за счёт увеличения объёмов, развивать взаимодействие с донорами.

К 2027 г. планируется увеличить объём заготовки до 1200 т путём задействования инфраструктуры региональных учреждений службы крови. К 2030 г. объём заготовки плазмы может быть доведён до 1800 т при необходимости и наличии соответствующих возможностей отечественных производств.

В рамках реализации концепции будет проведена модернизация плазмацентров и учреждений службы крови Федерального ме-

дикло-биологического агентства, координирующего деятельность службы крови РФ, активная пропаганда безвозмездного донорства и социальная работа. У ФМБА России имеется самый большой опыт по выстраиванию пропаганды в регионах.

Препараты из плазмы крови широко применяются в медицинской практике для лечения и профилактики инфекционных, аутоиммунных, воспалительных заболеваний и иммунодефицитных состояний, при этом отмечается высокая эффективность применения специфических иммуноглобулинов. Они помогают спасать жизни пациентов с болезнями системы кровообращения, различными новообразованиями и патологиями.

Реализация концепции позволит обеспечить граждан отечественными лекарственными препаратами на уровне ведущих стран Европы, включая иммуноспецифические и инновационные препараты.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

– **Антон Николаевич, можно ли в принципе гармонизировать отношения системы здравоохранения с системой ОМС, и какую роль в этом играют страховые медицинские организации: помогают, мешают или их участие ни на что не влияет? Например, в такой чувствительной зоне, как онкологическая помощь, которая очень высокочатратна, но не всегда приводит к положительному результату по объективным причинам – болезнь неуправляемая. Здесь исход лечения может не зависеть от качества оказания медицинской помощи, тем не менее экспертиза проводится на общих основаниях.**

– Для того чтобы гармонизировать отношения, нам нужно договориться о правилах игры, чтобы не осталось «серых зон», а именно двойного трактования одного и того же нормативного акта. Также важно чётко регламентировать, какие именно записи и с какой регулярностью должен делать врач в медицинской документации пациента. Делаю акцент на этом, потому что для СМО главными «свидетелями» при экспертизе качества медицинской помощи являются амбулаторная карта или стационарная история болезни пациента. Между тем не следует забывать, что медицина – самая неточная из всех неточных наук. И это не шутка: возможна масса вариантов развития событий при одном и том же диагнозе и одинаковой схеме лечения.

В то же время я не считаю, что СМО нужно лишить экспертной функции. Контроль деятельности и финансовых расходов лечебных учреждений должен быть, и логично, что этим занимаются именно страховщики. Другое дело – когда в руках у кого-то есть такой инструмент, как контроль, возможны перекосы. Если мы ослабляем контроль, происходит перекосяк в сторону снижения качества медицинской помощи. Если же контролировать излишне жёстко, то есть делать крен в сторону надзора и придинок, это приводит к росту количества штрафных санкций и походов в арбитражные суды.

– **При ужесточении контроля качество медпомощи растёт?**

– В том-то и дело, что оно не меняется. Когда начинают штрафовать врачей за неразборчивый почерк или за цвет чернил в ручке, это никак не сопряжено с исходом лечения пациента. Во время конгресса мы вновь говорили о том, что при экспертизе нужно связывать выявленный дефект оказания медицинской помощи с её результатом: на что именно этот дефект повлиял и повлиял ли в принципе? Всё, что не связано напрямую с исходами оказания медицинской помощи, вообще надо убрать из объектов экспертизы, проводимой страховыми компаниями.

Вот конкретный пример. Эксперт СМО счёл дефектом отсутствие записи в дневнике наблюдения онкологического больного. Ну, не сделал врач запись в дневнике в какой-то из дней, как конкретно это сказалось на результате лечения? Если, судя по всем записям в истории болезни, наблюдается устойчивая положительная динамика состояния пациента, а потом он вдруг умирает, здесь действительно нужно разбираться. Но если из десяти дневников наблюдения врач заполнил только девять, при этом пациент выписан из стационара с улучшением и явился на следующий курс лечения, выходит, эта отсутствующая дневниковая запись ни на что не повлияла. Сокращение объектов экспертизы снизило бы нагрузку и на страховые медицинские организации, и на врачей.

Далее. Даже между Федеральными ФОМС, страховыми компаниями, врачами-экспертами и юристами нет единого мнения, они по-разному трактуют одни и те же документы. В частности, в отношении онкологической помощи идёт спор о возможности

переноса курсов химиотерапии. Эксперты СМО считают это недопустимым. Онкологи же пытаются убедить своих оппонентов в том, что есть случаи, когда перенос курса химиотерапии на два-три дня никак не повлияет на конечный результат лечения. В частности, если у пациента метастазирующий рак, все понимают, что этот больной не будет окончательно вылечен никогда. Мы проводим

которые утверждает ведомство. Мы должны сформулировать свою позицию и доказать регулятору её справедливость.

Почему не Федеральному фонду ОМС? Потому что в экспертной деятельности все, включая страховые медицинские организации, руководствуются приказом Минздрава России № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объёмов, сроков, качества и ус-

эффективное взаимодействие лечебного учреждения со страховыми компаниями и территориальным фондом ОМС? Если вопрос выносится на крупнейший медицинский форум, значит, не у всех больниц такие отношения с «контрагентами» складываются.

– В моём понимании, правильные и эффективные взаимоотношения подразумевают следу-

наши доводы: копировать протокол консилиума в историю болезни не надо, а если эксперту понадобится оригинал протокола, он может сделать запрос в поликлинику по месту проведения консилиума. Всё, вопрос урегулирован раз и навсегда. К слову, нам было важно добиться решения данного спора ещё и потому, что в Пермском крае 7 страховых медицинских организаций, и остальные 6 тоже

Проблемы и решения

Самая неточная из наук

Это относится как к медицине, так и к медицинской экспертизе

Понятие «качество» в здравоохранении приобретает всё более ясное содержание, а критерии качества – чёткие формы. Лечебные учреждения вынуждены подчиняться требованиям вновь сформулированной парадигмы качества медицинской помощи в системе ОМС, что заставляет их весьма существенно пересмотреть все рабочие процессы и «подтянуться». А главным механизмом контроля качества медицинской помощи считается экспертная работа страховых медицинских организаций (СМО).

На этом фоне врачей и организаторов здравоохранения не может не раздражать тот факт, что нередко претензии к ним со стороны страховых компаний необоснованны. Ещё сильнее раздражает медицинское сообщество, когда повторная экспертиза подтверждает правильность доводов лечебного учреждения, а не СМО: встаёт вопрос о «качестве» самих экспертов.

Как преодолеть взаимное отчуждение и выстроить эффективное взаимодействие лечебных учреждений со страховыми медицинскими

ему паллиативный курс терапии, который направлен не на выздоровление, а на продление жизни и улучшение её качества, и если перенести начало курса по каким-либо причинам на один-два-три дня, никакого риска для больного не возникает.

Не так давно я, как приглашённый эксперт, участвовал в арбитраже на стороне лечебного учреждения, которое было оштрафовано как раз за перенос начала курса химиотерапии больному с метастатической болезнью. Нам удалось доказать суду, что данное обстоятельство не могло привести к ухудшению состояния, потому что хуже быть уже не может – у человека неизлечимое заболевание.

Обратная ситуация: когда у пациента небольшая первичная опухоль и заболевание подлежит интенсивному лечению, расценивать ли прерывание терапии как дефект оказания медицинской помощи, повлияет ли этот перерыв на исход? Теоретически может повлиять. В то же время для эксперта важно разобраться, почему именно очередной курс лечения был отсрочен, ведь это может происходить по объективным причинам, не зависящим от врача и лечебного учреждения. Например, начало очередного регламентного курса химиотерапии пришлось на праздничные или выходные дни.

Эксперты СМО заявляют, что данная причина необоснованна, откладывать начало курса терапии на три дня в связи с праздниками недопустимо, врачи должны выходить на работу ежедневно. Выдают заключение о дефекте медицинской помощи и штрафуют больницу. Странно? Конечно! Тем более когда другая объективная причина – пациент простыл и начать курс химиотерапии вовремя было невозможно – толкуется ими же как отсутствие дефекта оказания медпомощи. Ну и где здесь логика?

– **В чьих силах отменить двоякое толкование экспертами одного и того же события?**

– Ответу так: это задача медицинского сообщества, но прерогатива Министерства здравоохранения РФ, потому что периодичность курсов химиотерапии расписана в клинических рекомендациях,

ловий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также её финансового обеспечения».

Приказ совсем свежий, он вступил в силу в 2021 г., идёт накопление опыта работы в его рамках. Кстати, за прошедшее время кое-какие изменения в нормативный акт уже внесены, то есть ведомственные регламенты – это, к счастью, не догма, они подлежат корректировке.

– **Итак, одна из проблем экспертизы качества медицинской помощи, требующая устранения, – это возможность двоякого толкования одной и той же нормы, закреплённой в ведомственных документах. Ещё какие проблемы вы могли бы выделить?**

– Как ни странно будет услышать это от человека, который является не только врачом, но и сам проводит экспертизы качества в других учреждениях, к числу важнейших проблем я бы отнёс некомпетентность и необъективность ряда экспертов.

В ходе онкологического конгресса мы в очередной раз говорили о том, что эксперты должны быть предельно объективными, нельзя давать оценки, основанные на собственном мнении, надо руководствоваться исключительно фактами. И тем более недопустимо, когда эксперт недостаточно хорошо ориентируется в нормативных документах. К огромному сожалению, иной раз приходится сталкиваться с подобным. Хотя врач, которому поручили заниматься организацией системы внутреннего контроля качества в лечебном учреждении, как и врач, которого СМО приглашает в роли эксперта, должны проходить специальную подготовку. Быть судьёй – одно из самых сложных и ответственных занятий человека.

Справедливости ради надо сказать, что система контроля качества и медицинской экспертизы претерпела за последние годы значительные изменения. При том что ещё далеко не все вопросы решены, сдвиги колоссальные.

– **Так можно ли, учитывая сказанное вами, выстроить**

организациями и территориальными фондами ОМС в целях обеспечения высокого качества медицинской помощи? Имеет ли смысл добиваться проведения реэкспертизы и даже обращаться в арбитраж, зная, что это противостояние может обернуться негативными последствиями для клиники, или же поиск истины принципиально важен? Ответы на эти вопросы искали участники XXVI Российского онкологического конгресса.

Одним из участников дискуссии был заместитель главного врача Пермского краевого онкологического диспансера кандидат медицинских наук Антон ЖИГУЛЁВ. Его мнение особенно интересно, учитывая, что А.Жигулёв не только представитель администрации лечебного учреждения и практикующий онкохирург, но также независимый эксперт качества медицинской помощи, которого приглашают для проведения повторных экспертиз в спорных случаях Федерального ФОМС, страховые компании, арбитражные суды и даже правоохранительные органы.



сторонами встречаются и выслушивают мнения друг друга по спорным результатам экспертиз не в суде, а в рамках досудебного урегулирования. На конгрессе именно о таком положительном опыте своего региона рассказывала директор Севастопольского территориального ФОМС Татьяна Гроздова.

Расскажу, как это работает в Пермском крае. Допустим, возникает какой-то сложный вопрос, мы с подобным раньше не встречались, у эксперта СМО своя позиция, у лечебного учреждения другая, и оба приводят убедительные доводы. Территориальный ФОМС читает протокол разногласий, видит, что ситуация действительно неординарная и приглашает стороны к себе для обсуждения. За стол переговоров садятся юристы фонда, юристы СМО и представитель лечебного учреждения, ещё раз вместе пересматривают историю болезни. В итоге юристы фонда делают вывод, какая из сторон в данном случае права. Если с этим выводом согласны обе стороны, вопрос считается урегулированным, арбитражный суд не требуется.

Хочу привести один из примеров такого досудебного урегулирования, возможно, наши коллеги в других субъектах РФ тоже сталкиваются с подобными недоразумениями. СМО проводила проверку в нашем диспансере и сочла дефектом оказания медицинской помощи отсутствие в истории болезни пациента копии протокола консилиума. Мы возражали, опираясь на Порядок оказания онкологической помощи, согласно которому тактику лечения определяет консилиум специалистов на этапе первичной помощи, а не стационарной, то есть протокол консилиума заносится в амбулаторную карту пациента и там хранится. В истории болезни, которую пациенту заводят в стационаре, есть ссылка на это заключение консилиума, и лечат больного строго в соответствии с ним. Зачем там копия документа?

Страховая компания с нашими доводами не согласилась. Тогда мы вышли с претензией на уровень ТФОМС, и фонд поддержал

могли попытаться оштрафовать диспансер за этот надуманный дефект. Теперь такой вероятности нет, поскольку все СМО получили разъяснение по данному вопросу.

– **И подобных коллизий в экспертизе качества много?**

– Очень много. Самое главное – мы ведь не бьёмся за то, чтобы СМО в принципе перестали штрафовать лечебные учреждения, потому что все понимают: штрафная санкция – это какой-никакой, а рычаг повышения производственной дисциплины. Не будет его, все сразу расслабятся, чего греха таить. В то же время перегибов в экспертной работе быть не должно.

Вот почему я двумя руками голову за предложение Российского общества клинической онкологии создать совместную с Минздравом России и Федеральным ФОМС рабочую группу, которая обобщит типичные спорные случаи, возникающие во время проведения СМО мероприятий по контролю качества оказания медицинской помощи, и определит, что действительно важно контролировать, потому что это влияет на результат лечения, а от чего можно отказаться и не штрафовать больницы.

К слову, хотелось бы дать врачам и лечебным учреждениям совет: умейте защищаться. Не надо смиренно класть голову на плаху, когда вы уверены в том, что не виноваты. Учитесь доказывать свою правоту. Потому что сегодня вам предъявляет обвинение эксперт страховой компании, а завтра – суд, и там последствия будут уже совсем другие. Возможность проведения повторной экспертизы как раз и предусмотрена в системе ОМС, чтобы можно было выявлять случаи необоснованных претензий экспертов страховых медицинских организаций к лечебным учреждениям. По итогам одной из таких реэкспертиз, которые мне довелось проводить по просьбе коллег из другого региона, ТФОМС отменил штраф в размере 12 млн руб., деньги вернулись в больницу.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

В третьем сезоне конкурса «Лидеры России», который проводится с 2018 г. в рамках проекта «Россия – страна возможностей», появилась специализация (трек) «Здравоохранение», куратором которой выступил министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко.

Цель трека – выявить наиболее перспективные кадры в службе здравоохранения России, сформировать состав государственного кадрового резерва для разных уровней должностей. Его участниками стали руководители сферы здравоохранения в возрасте до 55 лет с высшим профильным образованием и имеющие более чем 2-летний управленческий опыт. Всего за 2 года в треке приняли участие более 15 тыс. конкурсантов, 41 из них вышел в победители. Они получили в наставники лучших специалистов России в области охраны здоровья и образовательный грант 1 млн руб.

Сегодня победители и финалисты трека «Здравоохранение» занимают важнейшие разработки в области науки и медицины. Например, Динар Габдрахманов из Башкортостана запустил новую образовательную программу «Школа осознанного родительства»; Григорий Сазанов стал соавтором нового медицинского инструмента для проведения оперативных вмешательств на артериях сердца.

Недавно один из суперфиналистов четвертого сезона конкурса управленцев «Лидеры России», победитель трека «Здравоохранение» Алексей Осипов запустил на базе НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе в Санкт-Петербурге, где он является руководителем отдела неотложной хирургии, пилотный проект в сфере неотложной онкологии. По его словам, подобный проект реализуется впервые; ранее оказание экстренной хирургической помощи пациентам при осложнениях онкологических заболеваний и сопутствующих патологий в непрофильных медицинских учреждениях в России не практиковалось.

Подобные операции планируется начать в марте нынешнего года на базе нового корпуса института, построенного для оказания экстренной медицинской помощи.

«Сегодня пациенты с осложнениями злокачественных опухолей и выраженной коморбидной патологией находятся в «серой зоне» современной системы оказания

Идеи

Вывести пациентов из «серой зоны»

Как оказывать неотложную онкологическую помощь в непрофильных клиниках



М. Мурашко поздравляет А. Осипова с победой в конкурсе

онкологической помощи, – говорит С.Осипов. – Например, если к нам поступает человек с осложнением ишемической болезни сердца и мы находим у него рак, то он не попадает к онкологам из-за проблем с сердцем, а кардиохирурги не берут его на операцию из-за опухоли. Такие пациенты обычно обречены на высокий риск при лечении или на отказ в медицинской помощи. По данным статистического анализа, до 15% онкологических больных умирают не от злокачественных заболеваний, а от инфарктов, инсультов, декомпенсации сопутствующей патологии. К сожалению, очень часто онкологическое заболевание является противопоказанием к какому угодно другому лечению. Но если не бояться проблемы, структурировать её и правильно к ней подойти, то со временем можно добиться существенного улучшения результатов лечения пациентов с осложнениями злокачественных опухолей».

В конце прошлого года, после введения в эксплуатацию нового корпуса НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе здесь появилась возможность обследовать больных в полном объёме в течение считанных часов, а операции проводить с использованием самого современного оборудования.

Совместно с НМИЦ радиологии Минздрава России ведутся работы по изучению высокотехнологичных методов химиотерапии. Достигнута договорённость с Институтом кластерной онкологии им. Л.Л.Левшина Сеченовского университета о проведении дистанционных консилиумов. Методическую поддержку оказывают ведущие сотрудники Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова, ректор которого, главный специалист по скорой медицинской помощи Минздрава России Сергей Багненко являлся наставником А.Осипова во время участия в конкурсе «Лидеры России».

Как подчёркивает автор проекта, который давно занимается данной проблемой, именно благодаря его наставникам по конкурсу «Лидеры России» за последний год отношение к начинанию сильно изменилось, обсуждение вышло на высокий федеральный уровень, удалось добиться понимания и содействия профессионального сообщества.

В чём же новизна и особенности проекта? «Мы разработали маршрутизацию пациентов как внутри нашего стационара, так и по региону, – поясняет А.Осипов. – То есть если пациент получил какой-либо вид онкологической помощи в связи с неотложным состоянием, мы направляем его не в поликлинику встать в очередь и не к хирургу по месту жительства, а через онкологический консилиум непосредственно к химио- или лучевому терапевту. Приближение онкоконсилиума к месту первичного выявления заболевания или лечения его осложнений существенно сокращает сроки уточнения диагноза и начала специального лечения».

Совместно с Первым Санкт-Петербургским ГМУ для хирургов разрабатываются протоколы неотложной хирургической помощи больным онкологического профиля.

«Поскольку хирургические подходы в онкологии являются специфичными, мы работаем над материалами, которые позволят хирургам экстренных стационаров не изучать всю онкологию, а просто найти верную схему лечения и определить онкологические перспективы», – отмечает автор проекта. При этом юридические, экономические, кадровые аспекты развития службы неотложной онкологии он дорабатывает в ходе обучения по президентской программе в Высшей школе менеджмента в Санкт-Петербургском государственном университете.

«В нашем НИИ удалось организовать оказание онкологической помощи пациентам с тяжёлыми коморбидными состояниями, – говорит А.Осипов. – Мы понимаем, насколько велик объём предстоящей работы, и готовы к этому в полной мере. В ближайшие 2-3 года получим результаты, оценим клинический и социальный эффект, а также экономическую составляющую в рамках системы здравоохранения. В дальнейшем это позволит ответить на вопрос, насколько рационально масштабировать проект в многопрофильных стационарах других регионов страны». К слову, возможность распространения подобного опыта молодой врач обсуждает с другим своим наставником – первым заместителем министра здравоохранения РФ Виктором Фисенко.

При этом, по его словам, развитие направления неотложной онкологии не потребует внесения изменений в законодательную базу РФ, поскольку протоколы оказания медицинской помощи в хирургии, гинекологии, нейрохирургии, кардиохирургии и других областях в той или иной степени учитывают осложнения онкозаболеваний. Всё это можно сгруппировать и использовать. Максимум, что может потребоваться, – локальные нормативные акты, которые будут регулировать маршрутизацию пациентов внутри региона.

Специалисты НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе планируют не только оказывать неотложную онкологическую помощь, но и открыть школу пациентов, такую помощь здесь получивших, и наблюдать за последующими изменениями их здоровья.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Ситуация

В Челябинской областной клинической больнице 35-летнему оператору машинного доения из Еткульского района пересадили печень. Его собственный орган был изнутри поражён редким заболеванием, и трансплантация была единственным шансом сохранить жизнь.

Это уже 16-я по счёту пересадка печени, проведённая на Южном Урале и первая – с подобным диагнозом. До сих пор трансплантологи имели дело лишь с последствиями гепатита и цирроза печени.

Пять лет назад Николай поступил в ЧОКБ с механической желтухой. При обследовании выяснилась причина заболевания. Альвеококк, проникший в печень, повёл себя как злокачественная опухоль: он постепенно поглощал ткань органа, заменяя её собой. К моменту первой операции паразит уже «пережевал» всю правую долю печени, часть диафрагмы и кусочек лёгкого. Из-за жизнеугрожающего состояния пришлось провести экстренную операцию.

«Альвеококкоз – паразитарное заболевание, вызываемое гельминтом, промежуточным носителем которого является человек, – поясняет заведующий отделением

С новой печенью!

Уникальная операция в областной больнице – впервые заменили орган, уничтоженный паразитами

хирургии № 1 ЧОКБ Болат Сарсенбаев. – Основной хозяин паразита – кошки, собаки, лисы, мыши, хомяки. То, что после общения с ними обязательно надо каждый раз мыть руки, вроде бы общеизвестно, но вряд ли всеми выполняется. Как и правило вовремя пролечивать домашних кошек и собак от паразитов дважды в год, чтобы обезопасить себя и близких».

После того как хирурги удалили правую долю печени, поражённую паразитом, левую, с жёлчными протоками и сосудами, оставили, буквально проткнув «окупанта» трубкой, чтобы жёлчь могла поступать в кишку, подшитую к жёлчным протокам. По этому дренажу жёлчь беспрепятственно поступала в кишечник. Эта палиативная операция позволила пациенту прожить 5 лет и даже работать всё это время. И дожидаться уже более радикального вмешательства: трансплантации донорского органа.



«Сама операция очень большая, длительная, травматичная, – говорит Б.Сарсенбаев. – Поскольку ранее оперированный пациент имеет в брюшной полости спаечный процесс, и достаточно трудно выделять саму печень для её удаления. Выделение печени продолжалось 6 часов и ещё 6 заняла сама трансплантация новой печени. В течение 12 часов несколько бригад хирургов и несколько бригад анестезиологов и операционных сестёр сменяли друг друга у операционного стола».

Специалисты отмечают: результат операции прекрасный, прогноз для пациента благоприятный. От альвеококка он пролечен радикально.

Важно отметить, что трансплантацию органов

пациентам с такой патологией до сих пор делали только в федеральных центрах – в Москве, Санкт-Петербурге, Новосибирске.

«Челябинская областная клиническая больница – единственная на Южном Урале, где с 2009 г. проводятся операции по трансплантации органов, – подчёркивает руководитель областного центра трансплантологии больницы Александр Полтораки. – С 2015 г. у нас стартовала программа трансплантации печени, в 2017 г. впервые пересажено донорское сердце. Сегодня уже выполнено более 170 трансплантаций почки, 16 – печени и 10 – сердца».

При этом 4 пересадки печени выполнено в 2022 г., тогда как в предыдущие годы удавалось провести их не более 2 в год. Спектр заболеваний, при которых показана трансплантация печени, широкий. Это цирроз печени вирусной и неинфекционной этиологии, паразитарные поражения, врождённые заболевания органа, поликистозная болезнь. Имеется даже опыт ретрансплантации печени (повторной пересадки).

В ближайших планах челябинских специалистов – освоить родственную трансплантацию печени.

Наталья МАЛУХИНА.

Челябинск.

Более 30 лет назад в Дагестане открыли Республиканский диагностический центр. Это стало событием в медицинском мире региона. Ведь подобных медицинских учреждений в ту пору здесь не было. С самого своего образования оно стало важным звеном практического здравоохранения и сделало доступным для населения Дагестана передовые на тот момент диагностические технологии.

Пять лет назад центр возглавила кандидат медицинских наук заслуженный врач Республики Дагестан Заира КАПЛАНОВА. Она по специальности хирург-стоматолог, много лет заведовала стоматологическим отделением, 6 лет работала в Минздраве республики. Несмотря на молодой вид, у неё трое детей и столько же внуков. Корреспондент «МГ» Болеслав ЛИХТЕРМАН расспросил главного врача о сегодняшнем и завтрашнем дне вверенного ей учреждения.

– Заира Абдулхаликовна, что изменилось с тех пор, как вы возглавили центр?

– Девяностые годы были временем становления и развития, большого труда коллектива сотрудников, объединённых общей задачей – улучшить лечебно-диагностический процесс в республике. Но в течение последующих лет не было программ, поддерживающей диагностические центры страны. Практически с открытия центра оборудование не обновлялось!

Естественно, наука и технологии не стоят на месте, назрела необходимость в совершенно новом подходе к оказанию своевременной, качественной и доступной медицинской помощи. Ведь потребность в услугах центра постоянно возрастала.

За последние 5 лет мы смогли обновить 60% оборудования за счёт региональных средств. В этом нам помогли правительство и Министерство здравоохранения республики. Центр оснащается самым современным оборудованием. Проведены ремонтные работы, в которых нуждалась наша клиника. Сегодня Республиканский диагностический центр представляет собой современное медицинское учреждение, в котором сконцентрированы диагностическое оборудование самого высокого экспертного класса и высококвалифицированные специалисты.

Мы можем похвастаться нашей централизованной клинично-диагностической лабораторией, где трудятся 54 сотрудника. Она оснащена новейшими автоматизированными системами, анализаторами и иным оборудованием. Проводится более 5 тыс. исследований в день по более чем 150 методикам под внешним и внутренним контролем качества. По запросу врачей-клиницистов ежегодно внедряются новые методики. Нам удалось переоснастить все отделения центра: приобрести современные эндоскопические видеостойки и обеспечить высокую степень безопасности исследований в эндоскопии, УЗИ-аппараты экспертного класса с функцией 3D, оборудование для проведения ЭЭГ-видеомониторинга и электромиографии, полностью оснащена комфортная консультативная поликлиника.

В отделение рентгенологии приобрели новейшие аппараты КТ, МРТ, цифровой маммограф с функцией томосинтеза, цифровые рентгенологический и флюорографический аппараты, остеоденситометр.

И самое главное, есть кому работать на этой технике! Это профессионалы с большим опытом, которые периодически проходят подготовку и усовершенствование в ведущих медицинских центрах страны. Это доктора и кандидаты наук, лауреаты республиканских и всероссийских конкурсов, которые активно занимаются научной деятельностью, участвуют в конференциях, конгрессах и делают на них доклады. Заведующие нашими отделениями одновременно являются главными специалистами Минздрава республики. Хочется отметить, что кадровый потенциал центра пополняется за счёт грамотных, развивающихся и работоспособных молодых врачей.

На базе диагностического центра функционирует республиканский эндокринологический лечебно-диагностический консультативный центр с дневным стационаром на 96 коек, обеспечивающий квали-

канский диагностический центр был популярен среди населения всегда. Проблема заключалась в организации работы центра, в ограничениях по ОМС и конкуренции частных клиник, которых в нашем регионе достаточно много. Как результат – стихийные очереди, шквал жалоб. Для того чтобы улучшить доступность, комфортность и качество медицинских услуг, пришлось потрудиться всему коллективу. Мы провели серьёзные преобразования. Пациентам

– Чем вы привлекаете и удерживаете хороших специалистов?

– В нашей клинике все получают достаточно высокую зарплату, в соответствии с их трудом. То есть зарплата сдельная, она зависит от качества и объёма выполненной работы. У сотрудников есть комфортные условия для работы, хорошее оборудование, дружелюбная атмосфера в коллективе, причастность каждого желающего к жизни центра. Я думаю, всё это

– Планы на ближайшее время?

– Планируем создать центр дистанционной расшивки КТ и МРТ, так как в районах наблюдается нехватка квалифицированных специалистов, обсуждаем с врачами функциональной диагностики создание аналогичного центра по расшивке ЭКГ и холтеровского мониторинга.

Также планируем открыть центр амбулаторной онкологической помощи с отделением малоинвазив-

Наши интервью

Всё течёт, всё меняется

Республиканский диагностический центр – необходимое звено практического здравоохранения региона



З. Капланова

фицированную помощь больным с различными эндокринопатиями. Он оказывает также организационно-методическую помощь всем эндокринологическим кабинетам республики, осуществляет сбор информации, учёт и анализ эндокринной заболеваемости в республике. Активную работу проводит кабинет диабетической стопы и первая школа диабета в республике. Эндокринопатии – одна из острых проблем медицинской науки и здравоохранения. Заболевания, как правило, имеют тяжёлое, хроническое течение, приводят к ранней инвалидизации и огромным затратам на медицинскую помощь и социальное обеспечение. Своевременное выявление и диагностика эндокринных заболеваний во многом определяет прогноз и успешность лечения, что становится возможным благодаря наличию в центре ультрасовременной лаборатории и диагностической базы. Наиболее распространёнными эндокринными заболеваниями в республике являются сахарный диабет и заболевания щитовидной железы.

Несколько лет назад открыли отделение дневного стационара по профилю «неврология и реабилитация» мощностью 50 коек. Внедрены новые перспективные методики лечения хронической головной боли – ботулинотерапия, блокады больших затылочных нервов и инъекции антагонистов CGRP-рецепторов.

– Республиканский диагностический центр изначально был рассчитан на приём 400 пациентов в день. Сегодня он принимает до 3 тыс. человек. Как вам удалось так кардинально изменить формат работы? Какова реальная потребность в услугах, оказываемых центром?

– Действительно, потребность в диагностических услугах растёт вместе с увеличением численности населения Дагестана. Республи-

канский диагностический центр нет необходимости приезжать со всей республики для того, чтобы записаться на исследования, как было ранее. Организована дистанционная предварительная запись через медицинские организации, колл-центр, через портал Госуслуг. На сегодняшний день около 70% пациентов записываются дистанционно. В регистратуре функционирует электронная очередь для эффективного распределения потоков, что значительно сокращает время ожидания, предотвращает конфликтные ситуации. Принятые меры позволили сократить время ожидания в регистратуре с 5 часов до 30 минут, а у предварительно записанных пациентов регистрация занимает 6 минут. Мы стараемся организовать обследование в максимально короткие сроки. Работают две горячие линии по всем возникающим у пациентов вопросам.

Для выполнения наших амбициозных планов мы провели цифровую трансформацию центра. Полностью автоматизирована работа регистратурно-диспетчерского отдела для записи пациентов на приём, начал работу личный кабинет пациента на сайте центра, предварительная запись и результаты всех исследований теперь доступны в любое время, ведётся электронная медицинская карта каждого пациента, где сохраняются и доступны для сравнения и анализа все предыдущие результаты исследований и заключения. Внедрена лабораторная информационная система, благодаря этому есть возможность отправки результатов исследований как пациентам в их медицинскую карту, так и в медорганизации автоматически. Реализована интеграция с порталом ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора для передачи результатов анализов на новую коронавирусную инфекцию, для публикации результатов на портале Госуслуг.

является мотивацией для того, чтобы дорожить работой в центре.

– Сотрудничаете ли вы с Дагестанским медицинским университетом?

– У нас базируются многие университетские кафедры, где работают по совместительству наши сотрудники. Два года назад мы получили лицензию на образовательную деятельность. У нас обучаются практическим навыкам на рабочем месте.

– Как вам удаётся принимать столько больных? Ведь площади за 30 лет не увеличились.

– Я считаю, что должен эффективно работать каждый квадратный метр. Было много помещений, не используемых по прямому назначению. Также были в плачевном состоянии подвалы. После проведённых ремонтных работ мы смогли разместить там вспомогательные службы. В итоге появились свободные кабинеты. И потом, огромный центр работал в одну смену из-за нехватки объёма работ по ОМС. Сейчас все эти проблемы решены, центр работает в две смены, а на востребованные методики – и в три смены.

– С какими трудностями вы столкнулись во время эпидемии коронавируса?

– Период пандемии коронавирусной инфекции был испытательным для всех, в том числе для нашего учреждения. Мы смогли мобилизоваться и принять на себя основную нагрузку по диагностике коронавирусной инфекции. Успешно справились с поставленными задачами и взяли на себя координацию всех диагностических служб республики, задействованных в диагностике COVID-19. Была организована работа лабораторного отделения в круглосуточном режиме и без выходных дней. Благодаря внедрённой лабораторной информационной системе (ЛИС), сведены к минимуму возможные ошибки при регистрации большого количества биоматериала, сокращено время подготовки к исследованию, упрощена работа специалистов лаборатории, налажена быстрая отправка полученных результатов в медицинские организации республики. Центр первым в Дагестане стал формировать результаты исследований с использованием QR-кода, все результаты исследований на коронавирус в автоматическом режиме отправляются на портал Роспотребнадзора и в течение 15-30 минут публикуются в личном кабинете на Госуслугах. Плановая работа по широкому внедрению инновационных технологий, развитие информационной системы, объединяющей в единое информационное пространство все сферы деятельности учреждения, сделали возможным такой результат. Также отличилось рентгенологическое отделение, можно сказать работали практически круглосуточно. Успешно функционировал амбулаторный КТ-центр.

И конечно же, в первую очередь мы справились благодаря нашему дружному коллективу, который работал самоотверженно.

ной хирургии с кратковременным пребыванием.

По завершении интервью корреспондент «МГ» в сопровождении заместителя главного врача по оргметодработе Патимат Каландаровой посмотрел некоторые отделения (их всего 11) центра и поговорил с их сотрудниками.

Эндокринологическим центром с дневным стационаром на 96 коек заведует Эльмира Магомедова. Если нужно экспертное мнение, то проводятся телемедицинские консультации с коллегами НМИЦ эндокринологии в Москве (10-12 консультаций в месяц). Это помогает госпитализировать больных по ВМП в профильные учреждения за пределами Дагестана (в Москве и Санкт-Петербурге – 50-60 человек ежегодно). Речь идёт о тяжёлых формах сахарного диабета, аденомах гипофиза, опухолях парашитовидных желёз и т.д. В Махачкале имеется два стационарных эндокринологических отделения и кафедра эндокринологии Дагестанского госмедицинского университета – самая старая в Северо-Кавказском федеральном округе. Лекарственные средства в дневном стационаре больные получают бесплатно. Плановое профилактическое лечение продолжительностью 10 дней осуществляется раз в полгода. В Дагестане зарегистрированы 41 тыс. взрослых и 700 детей с сахарным диабетом.

В ноябре 2019 г. открыт дневной стационар по неврологии и терапии, которым заведует кандидат медицинских наук Зухра Гаджиева. Она вернулась в Махачкалу из Москвы, где окончила ординатуру и аспирантуру в Научном центре неврологии, стажировалась в европейских клиниках по программе Европейской академии неврологии, участвует в гранте РНФ по изучению когнитивных расстройств при церебральной ишемии. На неврологический приём приходят преимущественно больные с болями в спине и головными болями. При мигрени назначаются лечение моноклональными антителами (в ОМС оно пока не входит) и ботулинотерапия. Также в дневном стационаре проводится третий этап реабилитации (раз в полгода в течение 2 недель). В 2023 г. здесь появится эрготерапевт.

Отделением УЗИ, насчитывающим 22 врача, с 1991 г. заведует Дженет Саидова. Раньше аппараты УЗИ были только в РДЦ, а сейчас они есть в каждой сельской врачебной амбулатории. На местах осуществляется скрининг, а вторым этапом больных смотрят в центре, где имеется аппаратура экспертного класса. Осуществляются телемедицинские консультации и коллегиальные осмотры. За год в РДЦ проведено более 100 тыс. УЗИ более 70 тыс. больных.

За достаточно короткое время центр стал современным многофункциональным учреждением, где налажено продуманное и эффективное оказание медицинской помощи населению региона.



КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 7 (2367)

(Окончание. Начало в № 6 от 15.02.2023.)

Не рекомендуется внутрисуставное введение средств, содержащих стволовые клетки и PRP (плазмы, обогащённой тромбоцитами) пациентам старше 60 лет с болью в суставах, поскольку нет данных о безопасности этих методов терапии.

Внутрисуставное введение стволовых клеток и PRP убедительно не рекомендуется, поскольку доказательная база по данным методам крайне низкого качества, и сами препараты ещё не стандартизированы. Для оценки целесообразности применения данных видов лечения при ОА необходимы дальнейшие исследования.

Рекомендуется назначение антирезорбтивной терапии пациентам старше 60 лет с болью в спине вследствие остеопоротических переломов тел позвонков с целью профилактики повторных переломов, приводящих к интенсификации болевого синдрома.

Пероральные бифосфонаты (алендроновая кислота) могут использоваться в качестве начального лечения в большинстве случаев. У женщин, не переносящих пероральные бифосфонаты (или у тех, кому они противопоказаны), показано назначение внутривенных бифосфонатов (золендроновая кислота) или деносумаба. ЗГТ рассматриваются в качестве дополнительных вариантов. Лечение следует пересмотреть после 3-5 лет применения бифосфоната.

Риск новых переломов увеличивается у пациентов, которые прекращают лечение. Отмена терапии деносумабом связана с восстановлением частоты переломов позвонков. Терапия бифосфонатом должна рассматриваться после прекращения использования деносумаба. Существует мало доказательств, чтобы руководствоваться принятием решений после 10 лет лечения, и варианты лечения таких пациентов должны рассматриваться на индивидуальной основе.

Иное лечение. В рутинной клинической практике терапии хронической боли в суставах и спине в нашей стране используются средства, относящиеся к БАД (например, немомыляемые соединения авокадо и сои; комбинированные средства хондроитинсульфата, глюкозамина гидрохлорида с/без MSM, коллагеном, диациреин, экстракт мембраны яичной скорлупы и пр.). Назначение данных средств не может быть регламентировано клиническими рекомендациями. Целесообразно использовать их при необходимости в конкретных ситуациях, в зависимости от предпочтений пациента. Окончательное решение о приёме должен принимать пациент. Врач должен проинформировать о возможных рисках нежелательных эффектов и диапазоне терапевтической активности.

Данная позиция относится и к пероральным средствам, содержащим комплекс витаминов В (с или без уридина), традиционно используемых в комплексной терапии боли в спине, стимулирующих ремиелинизацию повреждённого нервного волокна (например, при радикулопатии). Несмотря на то, что целый ряд надёжных РКИ продемонстрировал достоверную эффективность комплексных средств витаминов группы В (с или без уридина), окончательное решение о приёме должен принимать пациент. А отказ пациента от приёма данных средств не должен рассматриваться как нарушение регламента назначенной терапии.

Хирургическое лечение. Рекомендуется консультация врача травматолога-ортопеда для определения показаний к хирургическому лечению пациентам старше 60 лет, у которых немедикаментозные и медикаментозные методы лечения боли в суставах неэффективны в течение 6 и более месяцев.

Возраст не является противопоказанием или ограничением к проведению эндопротезирования суставов. Эффективность тотального эндопротезирования в отношении лечения болевого синдрома не вызывает сомнений. Восстановление функций сустава зависит от исходного физического и функционального статуса пациента, а также объёма послеоперационных реабилитационных вмешательств. Однако недавно опубликованный систематический анализ продемонстрировал, что наличие старческой астении является предиктором неблагоприятных исходов эндопротезирования. У пациентов со старческой астенией и/или другими гериатрическими синдромами следует проводить тщательную предоперационную подготовку с учётом полиморбидных рисков, функционального и физического статуса. Необходи-

мо димо взвесить доступность, возможность и способность пациента для проведения послеоперационной реабилитации. В случае, если пациент не способен выполнить мероприятия послеоперационной реабилитации, необходимость хирургического вмешательства остаётся сомнительной. Следует согласовать ожидания пациента и вероятный исход хирургического вмешательства. Клиническое решение о необходимости эндопротезирования целесообразно принимать консилиумом профильных специалистов или обсуждать в рамках междисциплинарной гериатрической бригады. Пациент должен быть проинформирован обо всех возможных рисках, связанных с хирургическим вмеша-

Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста

Клинические рекомендации

тельством и периоперационным периодом. В послеоперационном периоде у пациентов с гериатрическими синдромами требуется наблюдение гериатра и соблюдение предписанного режима реабилитации.

Рекомендуется использовать малоинвазивные вмешательства (например, высокочастотная денервация фасеточных суставов, невролиз и пр.) пациентам старше 60 лет с болевым синдромом, резистентным к консервативным методам терапии, при условии использования доступных методов немедикаментозной и медикаментозной терапии.

Использование малоинвазивных вмешательств, связанных с денервацией, противопоказано пациентам со старческой астенией и тяжёлыми полиморбидными состояниями. Также нет данных об эффективности этих процедур у пациентов старше 80 лет. В ряде случаев данные методы терапии могут быть рассмотрены как альтернатива опиоидной терапии при оказании паллиативной помощи. Однако эта позиция также не имеет доказательной платформы. Несомненно, требуется больше контролируемых исследований, чтобы оценить эффективность и безопасность данных методов лечения хронической боли у пациентов старше 60 лет.

Медицинская реабилитация. Медицинская реабилитация пациентов старше 60 лет с хронической болью соответствует пролонгированному применению указанных методов немедикаментозной терапии (см. соответствующий раздел).

Рекомендуется проведение реабилитационных мероприятий, соблюдая этапы расширения физической активности на протяжении не менее 12 месяцев, пациентам старше 60 лет, перенёвшим эндопротезирование, с целью профилактики рецидивов болевого синдрома.

В настоящее время реабилитационные мероприятия начинаются в течение суток после оперативного пособия. Как правило, до выписки из стационара пациента учат ходить, восстанавливают опорную функцию. Возвращение полного (или достаточного) объёма движений происходит постепенно, в течение следующих 3-6 месяцев. Целесообразно рекомендовать специальные восстанавливающие программы в рамках реабилитационных центров или санаторного лечения.

Адекватная физическая реабилитация пациентов остаётся самым важным аспектом послеоперационного ведения пациентов. Физическая реабилитация является не только интервенцией, позволяющей вернуть пациента к выполнению активных движений в оперированном суставе, но и самым эффективным и надёжным методом вторичной профилактики ОА. Как правило,

при выписке из стационара пациент имеет план физических упражнений, предложенных врачом по лечебной физкультуре в хирургическом стационаре. Однако этот первичный комплекс упражнений, связанный с активацией мышечного аппарата в оперированной конечности, рассчитан на непродолжительный срок.

Обычный набор упражнений для пациентов связан с активацией мышечной системы и состоит из комплексов напряжения и расслабления мышц, минимального уровня растяжения мышечно-связочного аппарата, отведения и приведения в суставе, ротаций небольшого объёма. Особое внимание следует уделять упражнениям, связанным с функциональной активностью суставов. Если в первые недели допускается имитация функциональной активности сустава (движения в суставах с помощью инструктора или помощника), то в последующем нужно более активно побуждать пациента к выполнению функциональных нагрузок. При возможности еженедельно необходимо расширять комплекс лечебных упражнений с включением в тренировку все большего количества суставов. Стоит обратить внимание, что

ственным ограничением к назначению всех групп лекарственных средств, использующихся при хронической боли (увеличение риска психогенных нежелательных эффектов, повреждения печени).

Диспансерное наблюдение. Пациенты с хроническим болевым синдромом не нуждаются в диспансерном наблюдении. Диспансерное наблюдение стоит проводить по основному заболеванию, приведшему к возникновению болевого синдрома, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями.

Организация оказания медицинской помощи. Показания для госпитализации в стационар пациента старше 60 лет в плановом порядке:

1. Хронический болевой синдром умеренной или низкой интенсивности без установленной причины с целью её диагностики при отсутствии необходимых диагностических мероприятий на амбулаторном этапе.

2. Хроническая боль умеренной или низкой интенсивности для проведения инвазивных вмешательств, направленных на лечение патологии, приведшей к возникновению боли.

Показания для госпитализации в стационар

пациента старше 60 лет в экстренном порядке:

1. Боль высокой интенсивности при недиагностированной ранее её причине.

2. Боль высокой интенсивности, требующая коррекции и интенсификации обезболивающей терапии.

3. Сочетание болевого синдрома с такими неспецифическими симптомами, как лихорадка, снижение веса, отсутствие аппетита, а также имеющие онкологический анамнез, получающие иммуносупрессивную терапию, при неустановленной причине болевого синдрома.

4. Развитие осложнений, связанных с болевым синдромом (например, аритмии) или приёмом лекарственных препаратов для обезболивания (например, кровотечения на фоне приёма НПВП).

Показания для госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, пациента старше 60 лет:

1. Интенсивная хроническая боль у пациентов с медицинскими показаниями к оказанию паллиативной медицинской помощи в соответствии с приказом Минздрава России №345н, Минтруда России №372н от 31.05.2019 (решение принимается совместно с врачом по паллиативной медицинской помощи).

Показания к выписке пациента из медицинской организации определяются исходя из:

1. состояния пациента;

2. завершённости диагностического процесса;

3. выполнения инвазивного вмешательства;

4. достигнутого результата лечения или обследования.

Следует помнить, что нахождение пациентов старших возрастных групп в стационаре всегда связано с повышенным риском инфекционных заболеваний, депрессии и развития гериатрического делирия. Поэтому стоит минимизировать сроки госпитализации для всех пациентов старше 60 лет.

Организация оказания медицинской помощи. К неблагоприятным последствиям хронического болевого синдрома, ассоциированным с трудностями достижения адекватного обезболивания, следует отнести:

- нарушения сна
- тревожные расстройства
- кинезиофобию
- депрессию
- когнитивные расстройства
- делирий

Коррекция указанных состояний необходима всем пациентам с хронической болью, целесообразно обсуждение пациентов в

В век информационных технологий жизнь вузов проходит в очень динамичной среде, где информация не только доступна, но даже избыточна. Сегодня студенты иначе взаимодействуют с реальностью и по-другому учатся. Значит, нужен постоянный интенсивный поиск новых форм и методов преподавания, внесение изменений в содержание учебных предметов, совершенствование взаимодействия с клиническими базами. Процесс обучения в медицинских вузах сегодня кардинально отличается от того, каким он был 20–30 лет назад.

Итогами прошлого года и планами на будущее делятся руководители медицинских вузов.

Стартуют программы, стартуют институты

Профессор **Сергей Сайганов**, ректор Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург):



– Ушедший 2022 г. был для коллектива нашего университета знаменателен прежде всего тем, что с завершением ограничений, наложенных коронавирусной пандемией, мы в полной мере восстановили объёмы оказания плановой высокотехнологичной медицинской помощи. Нам удалось перейти от гипотетического объединения образования, науки и лечебной деятельности к непосредственно материальному воплощению принципа объединения.

Создали уже три института, включающие в себя учебные, научные и лечебные подразделения.

Первый – Институт сердца. В его состав вошли учебные кафедры, а также профильные клинические подразделения и научные лаборатории. И это дало свой результат. В процессе совместного обсуждения вопросов оказания медицинской помощи происходит более интенсивное внедрение передовых подходов в медицинскую практику, потому что сотрудники кафедр и ППС плотнее вовлекаются в медицинскую деятельность, что, в свою очередь, значительно повышает уровень наставничества и подготовки наших студентов и клинических ординаторов в лечебных подразделениях.

Также мы создали Институт остеопатии и первыми (!) в истории России начали обучение по программам специалитета по специальности «остеопатия». Это во многом заслуга доктора медицинских наук Дмитрия Мохова – главного специалиста по остеопатии Минздрава России, заведующего кафедрой остеопатии университета. Замечу, что на декабрьском заседании Совета ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений мы с руководителями ещё пяти петербургских вузов приняли решение о развитии этого вектора, чтобы создать в городе

Медицина и промышленность

Академик РАН **Ольга Ковтун**, ректор Уральского государственного медицинского университета (Екатеринбург):

– Благодаря взаимодействию Уральского ГМУ с промышленными партнёрами Урала в рамках программы «Приоритет-2030» в регионе созданы новые научно-технологические центры лидерства в ряде важнейших областей медицины: «Промышленный дизайн и реинжиниринг медоборудования», «Цифровые решения в медицине», «Новые материалы и

вуза Андрей Белкин. На площадке Клинического института мозга созданы программные продукты, которые интегрированы в информационную систему здравоохранения, – это бюро госпитализации и подбор вариантов лечения для самых тяжёлых больных, перенёвших ишемические и геморрагические инсульты. Это первый в России проект такого плана. Он уже растрежирирован в 12 субъектах РФ.

Ещё один проект, разработанный нашим коллегой, детским эндокринологом, профессором Алексеем Кияевым. С помощью биосенсора осуществляется уда-



В медицинских вузах страны

Итоги года и планы на будущее

на Неве образовательный кластер остеопатии. Поскольку наш вуз является лидером направления, он и будет ядром этого кластера.

Создан Институт стоматологии, объединивший кафедры стоматологического факультета и научно-практический центр стоматологии, который занимается оказанием помощи пациентам данного профиля и является клинической базой обучения наших студентов и клинических ординаторов.

В 2022 г. был дан старт разработке новой образовательной программы по лечебному делу, которая строится на принципах интегративности и модульности. Считаю это большим прорывом в формировании медицинского образования.

На 2023 г. у нас в сфере образовательной деятельности планируется её проведение на новом уровне – в содружестве с ведущими вузами России и стран СНГ. Особо хочу отметить расширение лечебной деятельности: мы создаём два новых центра – оториноларингологический и денситометрии, поскольку это те технологии, которые сегодня востребованы в реальной клинической практике.

В области научной деятельности будем развивать уже сложившиеся достаточно серьёзные взаимодействия с ведущими научными центрами Казахстана, Узбекистана, Азербайджана. И это будет не только онлайн, но и офлайн-взаимодействие. Наши учёные-преподаватели будут выезжать в эти страны, представлять свои доклады и устанавливать творческие контакты, которые позволят намного шире использовать научный потенциал, имеющийся в нашей стране и странах СНГ.



технологии персонализированной и трансляционной медицины», «Перспективные молекулы, субстанции и лекарственные препараты».

Теперь конкретно о каждом центре. Центр «Промышленный дизайн и реинжиниринг медоборудования». Вступив в контур программы «Приоритет-2030», мы открыли 12 молодёжных лабораторий и создали 4 научно-технологических центра в приоритетных областях медицины. На площадке первого из них учёные университета совместно с инженерами нашего главного индустриального партнёра УОМЗ занимаются разработкой линейки новых аппаратов ИВЛ домашнего и стационарного использования для детей и взрослых. Это важное направление, которое станет вкладом в импортнезависимость страны.

Центр «Цифровые решения в медицине». На базе университета создан проект «Цифровая реабилитация». Автор – профессор

лённый мониторинг уровня сахара в крови детей, страдающих сахарным диабетом 1-го типа. Данный проект также первый в стране.

Центр «Новые материалы и технологии персонализированной и трансляционной медицины». Мы создали консорциум с Томским государственным университетом и разработали новый сплав никелида титана с добавлением серебра. Сейчас проводятся экспериментальные работы на животных. После клинических испытаний материал может быть использован в медицине. Данными исследованиями занимается Иван Гордиенко, доцент кафедры детской хирургии, руководитель одной из научных лабораторий.

Центр «Перспективные молекулы, субстанции и лекарственные препараты». Коллектив занимается разработкой перспективных молекул, субстанций и лекарств совместно с ООО «Завод Медсинтез», Институтом органического синтеза Уральского отделения РАН, Уральским федеральным университетом.

Уральский препарат риамилон доказал свою эффективность при лечении вирусных заболеваний и при новой коронавирусной инфекции. В ходе клинических исследований оказалось, что при лечении лёгких и среднетяжёлых форм препарат абсолютно точно работает. Сейчас проводятся клинические исследования при лечении ОРВИ у детей.

Не только агрегатор

Профессор **Евгений Куликов**, ректор Сибирского государственного медицинского университета (Томск):

– В университете создан собственный новостной сайт с медиаматериалами. Ресурс содержит тексты, фотографии, видео об университетских событиях и доступен широкой аудитории. Медианал портал станет агрегатором всех новостей и медиаматериалов о СибГМУ, а также ещё одним этапом цифровой трансформации университета. Мы продолжаем перезагрузку стратегических коммуникаций, чтобы стать ещё более открытыми и интересными для каждого представителя из многообразия наших целевых аудиторий.

Дизайн нового сайта выполнен в минималистичном стиле и архитектурно продолжает линейку интернет-ресурсов вуза, запущенных ранее: сайт для абитуриентов, образовательная платформа для школьников «МедКласс», сайт университетских клиник и др. В основе его концепции – принципы удобства восприятия информации и эргономичности. Ресурс адаптирован для мобильных устройств. Новый сайт чётко структурирован, на нём доступна навигация по категориям и тегам, что облегчает поиск внутри новостного раздела.

На портале уже публикуем новости, фото и видео с мероприятий, электронные версии периодических изданий, отображаются все упоминания вуза в СМИ. Также размещены быстрые ссылки на интернет-сообщества университета. В дальнейшем функционал медианал портала будет ещё расширен. Например, для удобства пользователей здесь мы разместим календарь с анонсами всех событий университетской жизни.

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

Грани

Санавиация России работает ежедневно и круглосуточно, доступна всем и не имеет аналогов в мире. За время реализации проекта по её развитию было выполнено более 105 тыс. вылетов, что позволило спасти жизни более 150 тыс. человек, из них более 27 тыс. детей. Об этом заявил заместитель министра здравоохранения РФ **Андрей Плутницкий** в связи со 100-летием со дня основания отечественной гражданской авиации.

– В СССР служба санитарной авиации появилась одной из

Тысячи спасённых жизней

первых в Европе, а уже к середине XX века стала самой мощной и разветвлённой в мире. В современной медицине скорость оказания помощи играет порой решающую роль в сохранении здоровья и спасении жизней. Работники санитарной авиации отлично справляются с задачей как можно быстрее доставить пациента в больницу, – сказал заместитель министра.

Он отметил, что с 2017 г. Минздрав России реализует при-

оритетную программу развития санитарной авиации.

– За это время санавиация начала работать во всех регионах страны, за исключением Калининградской области из-за её удалённого географического положения и компактных размеров региона. Она работает ежедневно и круглосуточно для всех, кто нуждается в экстренной помощи. И эта помощь абсолютно бесплатна для каждого пациента, – подчеркнул А.Плутницкий.

Благодаря работникам санитарной авиации удаётся спасти жизни людей, в том числе беременных, новорождённых, пациентов старшей возрастной группы с травмами и сосудистыми катастрофами.

– Только один из примеров: в начале января экстренная эвакуация понадобилась 72-летней жительнице отдалённого района Тульской области со сложным переломом бедра. Санитарный вертолёт доставил пациентку в

областную больницу для оказания высококвалифицированной помощи. В пути её сопровождали анестезиолог-реаниматолог и фельдшер. Вся необходимая помощь была оказана. И таких случаев множество! Переоценить важность работы медиков санитарной авиации невозможно, – добавил заместитель министра здравоохранения России.

Павел БАЛАГИН.

В новой серии статей, опубликованных в журнале *Lancet*, отмечается, что маркетинговая тактика индустрии по производству заменителей грудного молока носит агрессивный характер, и поэтому необходимо принять срочные меры для противодействия недостоверным заявлениям и политическому вмешательству. Авторы исследования также указывают на настоятельную необходимость усиления мер по охране материнства в отношении всех женщин. Они также утверждают, что влияние индустрии, которое включает лоббирование в ущерб жизненно важным мерам поддержки грудного вскармливания, серьёзно угрожает здоровью и правам женщин и детей.

«Особое внимание в новом исследовании уделено вопросу об огромной экономической и политической мощи крупных компаний по производству детских молочных смесей, а также серьёзным просчётам в сфере государственной политики, которые мешают миллионам женщин кормить своих детей грудью, – заявил научный сотрудник ВОЗ и автор одной из статей о маркетинге заменителей грудного молока профессор Найджел Роллинз. – Необходимо принять меры в разных сферах жизни общества, чтобы активнее поддерживать матерей в их стремлении кормить детей грудью столько, сколько они хотят, наряду с усилиями по пресечению агрессивного маркетинга детских молочных смесей раз и навсегда».

Грудное вскармливание обеспечивает младенцам и детям младшего возраста огромные и незаменимые выгоды. Оно помогает ребёнку выжить и полноценно развиваться, принося значительную пользу для режима питания, снижая риск инфекций и уменьшая уровень ожирения и хронических заболеваний на его дальнейшем жизненном пути. Тем не менее в мировом масштабе лишь около половины новорождённых прикладываются к материнской груди в течение первого часа жизни, а исключительно грудное вскармливание, соответствующее рекомендациям ВОЗ, получают менее половины младенцев в возрасте до 6 месяцев.

Учитывая значительный вклад грудного вскармливания в здоровье людей, в серии публикаций в *Lancet* рекомендуется усилить меры поддержки грудного вскарм-

Ситуация

Поддержать кормящих матерей

Эксперты призывают ужесточить меры борьбы с агрессивным маркетингом заменителей грудного молока



ливания в рамках систем здравоохранения и социальной защиты, в том числе гарантировать достаточный оплачиваемый отпуск по беременности и родам. В этих статьях отмечается, что в настоящее время около 650 млн женщин не обеспечены надлежащими мерами по охране материнства. Вводящие в заблуждение маркетинговые заявления и стратегическое лоббирование со стороны производителей молочных продуктов и заменителей грудного молока усугубляют проблемы, с которыми сталкиваются родители, усиливая тревогу по поводу грудного вскармливания и ухода за младенцами.

Навязчивые методы продвижения

Опираясь на доклад «Убийца детей», посвящённый исследованию маркетинговых приёмов компании «Нестле», которые применялись в 1970-е годы для сбыта детских молочных смесей в странах с низ-

ким или средним уровнем дохода, Всемирная ассамблея здравоохранения приняла в 1981 г. Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока, а также ряд последующих резолюций. Тем не менее интенсивный маркетинг детских молочных смесей продолжается практически непрерывно, а объём продаж этой продукции в настоящее время достигает 55 млрд долл. в год.

В первой статье из этой серии приводятся документальные данные о том, как авторы недобросовестных маркетинговых заявлений напрямую эксплуатируют опасения родителей по поводу нормального поведения младенцев, утверждая, что коммерческие молочные продукты облегчают беспокойство или плач, например, что они помогают при коликах или продлевают ночной сон. В статье подчёркивается, что при надлежащей поддержке матерей подобные родительские опасения можно успешно преодолеть благодаря исключительно грудному вскармливанию.

«Производители детских молочных смесей, практически не опираясь на научные данные и не располагая достаточными фактическими материалами, утверждают, что их продукция позволяет решать распространённые проблемы со здоровьем и развитием младенцев, – отмечает профессор Линда Рихтер из Витватерсрандского университета в Южной Африке. – Этот маркетинговый приём явно нарушает свод правил 1981 г., согласно которому содержание этикеток не должно идеализировать использование заменителей грудного молока в целях реализации более значительных объёмов продукции».

В этих статьях поясняется, как авторы стратегий маркетинга детских молочных смесей эксплуатируют отсутствие поддержки грудного

вскармливания со стороны правительств и общества, а также злоупотребляют гендерной политикой для продажи своей продукции. Они, в частности, преподносят пропаганду грудного вскармливания как моралистическое суждение, в то же время представляя заменители грудного молока в качестве практичного решения, открывающего широкие возможности для работающих матерей.

Далее в статьях обращается внимание на возможности индустрии детских молочных смесей по оказанию влияния на национальные политические решения и вмешательства в международные процессы регулирования. В частности, производители молочной продукции и заменителей грудного молока создали сеть неподотчётных торговых ассоциаций и подставных групп, которые занимаются лоббированием против принятия мер политики, направленных на защиту грудного вскармливания или контроля качества детских молочных смесей.

Необходимы изменения в масштабах всего общества

Авторы утверждают, что в дополнение к прекращению агрессивного маркетинга и влияния со стороны индустрии, необходимо принимать по месту работы и на уровне системы здравоохранения, правительстве и местных сообществ более масштабные меры для эффективной поддержки женщин, желающих кормить грудью, чтобы не возлагать ответственность в этом вопросе на женщин, а включить его в сферу коллективной ответственности общества.

В частности, авторы подчёркивают настоятельную необходимость обеспечить женщинам адекватную

охрану материнства, гарантированную законом, включая оплачиваемый декретный отпуск, который как минимум соответствует рекомендованной ВОЗ продолжительности в 6 месяцев для исключительно грудного вскармливания. В статьях отмечается, что меры по охране материнства следует распространить и на миллионы женщин, занятых в неформальном секторе, которые в настоящее время лишены этих льгот.

Помимо отпуска по уходу за ребёнком, авторы призывают официально признать вклад неоплачиваемого труда женщин по домашнему уходу в национальное развитие. Согласно оценочным данным, в мировом масштабе женщины выполняют три четверти всей неоплачиваемой работы по домашнему уходу, что более чем в три раза превышает вклад мужчин. По некоторым оценкам, это соответствует примерно трети валового внутреннего продукта какой-либо страны.

«Учитывая огромную пользу грудного вскармливания для семьи и национального развития, женщинам, желающим кормить грудью, необходимо оказывать гораздо более эффективную поддержку, чтобы они могли достигать своих целей в области грудного вскармливания, – подчеркнул профессор Рафаэль Перес-Эскамиллья из Йельской школы общественного здравоохранения. – Важнейшее значение в этой связи приобретают меры по значительному расширению программы обучения медицинских работников, посвящённой грудному вскармливанию, а также по законодательному закреплению оплачиваемого декретного отпуска наряду с другими защитными мерами».

В статьях подчёркивается, что крайне важным является расширение программы обучения медицинских работников по теме грудного вскармливания, с тем чтобы они могли давать родителям квалифицированные рекомендации до и после рождения ребёнка.

Эта серия статей была подготовлена с помощью финансирования, предоставленного Фондом Билла и Мелинды Гейтс, которое было использовано для проведения исследований, а не для оплаты рабочего времени авторов или их труда по написанию статей.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Исследования

Иммунотерапия при опухоли в лёгких – не лучшая стратегия?

Учёные из Массачусетского технологического института выявили причину плохой восприимчивости рака лёгких к иммунотерапии. Оказалось, что всё дело в бактериях, обитающих в лёгких, которые создают среду, подавляющую активацию иммунной системы при этом виде воздействия.

Один из самых распространённых видов лечения против некоторых видов рака, иммунотерапия, стимулирует иммунные Т-клетки атаковать опухоли. При некоторых видах онкологических заболеваний этот метод может

быть эффективным, однако в случае рака лёгких он показывает различные результаты.

В исследовании на мышах специалисты обнаружили, что деактивация Т-клеток происходит при высоком уровне гамма-интер-

ферона в лимфатических узлах, которые связаны с лёгкими. Эта сигнальная молекула вырабатывается в ответ на присутствие определённых бактерий, которые сосуществуют с человеком, не вызывая инфекции. Выявить точный тип этих бактерий пока не удалось, однако при вводе подопытным препаратам, блокирующих гамма-интерферон, активность Т-клеток восстанавливалась.

Гамма-интерферон оказывает многостороннее влияние на иммунную систему, поэтому его деактивация может ослабить общий иммунный ответ против опухоли. Учёные пришли к выводу, что иммунотерапия при опухоли в лёгких – не лучшая стратегия лечения. Авторы надеются, что их открытие поможет в разработке новых способов усиления иммунного ответа при раке лёгких.

Бывает и такое

Финишная кривая

Европейское агентство по лекарственным средствам выступило в защиту ежегодной вакцинации против COVID-19, предупредив, что эта болезнь «по-прежнему представляет собой значительное бремя» для систем здравоохранения в Европе.

«Хотя это правда, что вирус всё ещё не ведёт себя как эндемичный

сезонный респираторный вирус, как другие эндемичные коронавирусы, мы ожидаем, что кампании по вакцинации будут проводиться в основном раз в год», – заявил глава Стратегии по биологическим угрозам здоровью и вакцинам Марко Кавалери, которого цитирует информационное агентство Efe.

По мнению Европейского агентства по лекарственным средствам, лучшим временем года для вве-

дения вакцины против Covid-19 «будет начало холодного сезона» (осень), совпадающее со временем введения вакцин против других респираторных вирусов (таких, как грипп).

По мнению М.Кавалери, было бы разумно начать думать о «направлении парадигмы гриппа без ущерба для неопределённости», которая сохраняется в отношении поведения SARS-CoV-2, поскольку «повторная вакцинация» против Covid-19 «может быть не принята населением в целом».

В связи с этим он настаивает на том, что «лучше будет рассмотреть

возможность планирования вакцинации раз в год» или «синхронизировать её с вакцинацией от других респираторных вирусов».

Европейское агентство по лекарственным средствам «продолжит мониторинг данных в ближайшие месяцы, чтобы определить наиболее подходящие критерии для состава вакцин», которые будут использоваться в будущем против Covid-19.

Гипотезы

Гриб со способностью

В съедобном грибе ежовике гребенчатом (*Hericium erinaceus*) группа специалистов из Университета Квинсленда обнаружила способность улучшать память и стимулировать рост нервных клеток.

Экстракты этого гриба часто использовались в традиционной китайской медицине, но теперь учёные решили проследить его воздействие на мозг с научной точки зрения. Авторы выделили активные соединения из *Hericium erinaceus*, а затем воздействовали ими на культивированные клетки мозга. Применив современные микроскопы со сверхразрешением, им удалось проследить точные молекулярные механизмы влияния.

Определённые вещества способствовали выраженному размножению нейронов, а также оптимизировали связь между другими нервными клетками. В конечном итоге это приводит к видимым улучшениям в работе памяти. Авторы считают, что их открытие имеет перспективы в разработке новых способов лечения нейродегенеративных когнитивных расстройств, например болезни Альцгеймера.

Подготовила Юлия ИНИНА.

По материалам ВОЗ, Immunity, The Portugal News, Journal of Neurochemistry.

Несколько лет назад 1-я кафедра и клиника (терапия усовершенствования врачей) им. академика Н.С.Молчанова Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова отметила своё 180-летие.

Мы побеседовали с начальником кафедры, главным эндокринологом Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, полковником медицинской службы, доктором медицинских наук Владимиром САЛУХОВЫМ.

— Возглавляемая вами кафедра является старейшей в Военно-медицинской академии. Понимаю, что в двух словах её историю не расскажешь, но — хотя бы главные вехи.

— Это действительно славная история! Основанная в 1840 г. с подачи Н.Пирогова как первая кафедра госпитальной терапии в России, кафедра стала школой нового подхода обучения — практического, у постели больного. Её первый начальник — М.Мандт, например, убедил императора Николая I впервые в истории России оснастить армейских лекарей прототипом врачебной войсковой сумки с унифицированным содержанием. Другой её начальник, В.Экк, защитил первую фундаментальную диссертацию в Российской империи, посвящённую пневмониям, основные положения которой надолго определили лечебную тактику при этом заболевании, а век спустя это стало одним из важнейших направлений кафедры.

Э.Эйхвальд стал основателем первого в истории учреждения для повышения квалификации врачей — Императорского клинического института им. Великой княгини Елены Павловны (в дальнейшем — Государственный институт для усовершенствования врачей — ГИДУВ). И это тоже находит своё пересечение с настоящим кафедрой, поскольку в 1965 г. она была переименована в кафедру терапии усовершенствования врачей № 1.

Далее — известный всем клиницистам профессор Ф.Пастернацкий, плодотворно изучавший патологию мочевого пузыря и системы. И наконец, в период «имперского расцвета» кафедру возглавлял любимый ученик С.Боткина — В.Сиротинин. Это имя было отчасти забыто после его эмиграции, но в предреволюционной России его авторитет и признание были так велики, что на I съезде терапевтов в 1909 г. профессор В.Сиротинин был безоговорочно избран его почётным председателем. И в советский период кафедра оставалась одной из лучших в стране. Академик Н.Молчанов, виднейший советский терапевт, имя которого носит кафедра, являлся, по сути, идеологом в вопросах лечения заболеваний органов дыхания военного времени, стал автором первого учебника по военно-полевой терапии, а классификация пневмоний, которую он предложил в 1962 г., оставалась основной до 1990-х. Причём в этой классификации Николай Семёнович выделил вирусные пневмонии, что с учётом пандемии COVID-19 подтвердило свою актуальность.

Также не могу не отметить и вклад профессора Д.Шурыгина, который основал школу военной эндокринологии и определил ещё одно важнейшее направление кафедры (100-летие со дня рождения которого мы будем отмечать в этом году).

И это далеко не все славные имена и далеко не все важные события в долгой истории кафедры и клиники...

— Удалось ли отпраздновать юбилей в непростые времена?

— Можно сказать, что нам повезло: буквально накануне локдауна, 12-14 марта 2020 г., мы провели традиционные Молчановские чтения, приуроченные к юбилею. Получили много поздравительных адресов и видеообращений: от академиков, ведущих специалистов нашей страны в профильных областях кафедры — пульмонологии, эндокринологии, кардиологии,

терапии. Очень представительной была и научная повестка.

— К слову, о ковиде. Поскольку одно из направлений работы кафедры — пульмонология, вы, насколько я знаю, едва ли не первыми в академии столкнулись с ковидными больными. Какие профессиональные впечатления получили в этот период?

— Да, примерно 12-13 марта 2020 г. мы получили ковидного пациента. Пожалуй, главное впечатление — это то, как некомфортно, тревожно и вместе с тем интересно работать в условиях неопределён-

она отразилась на здоровье человека? Пациенты с какими заболеваниями оказались наиболее уязвимыми? Насколько эта взаимосвязь очевидна?

— Какие-то выводы делать пока рано, идёт осмысление этого опыта. Но уже можно сказать, что самые очевидные последствия наблюдаются в сфере астенических состояний; после COVID-19 астенизация пациентов оказалась значительнее, чем после других привычных инфекций. Более длительным стал и реабилитационный период.

жен был сформироваться ввиду наличия уже имеющихся изменений в обмене веществ у пациентов.

В начале пандемии были большие опасения, что одним из грозных последствий COVID-19 может стать фиброз лёгких. К счастью, в большинстве случаев оказалось, что наблюдаемые изменения лёгочной ткани имеют обратное развитие, тогда как истинный фиброз — состояние необратимое.

— Не могу не спросить: как вы относитесь к идее считать движение антипрививочников экстремистским?

поднимите, и я назад, к своим, мне надо!». Это про таких Н.Тихонов написал: «Гвозди бы делать из этих людей».

— Говоря о славной истории кафедры, мы почти не затронули современный период. Что бы вы отнесли к главным достижениям «новой эры» — XXI века? Какие новшества появились в пульмонологии, кардиологии?

— В пульмонологии — это, главным образом, существенное улучшение средств доставки лекарственных веществ, внедрение в практику инновационной фармакотерапии моноклональных антител, антифибротических препаратов, которые серьёзно улучшают течение тяжёлой астмы и идиопатического легочного фиброза, расширение доступности высокоинформативных инструментальных и эндоскопических исследований и т.д. Также за последнюю четверть века появилось значительное количество новых классов кардиологических препаратов, которые благотворно влияют на многие сердечно-сосудистые заболевания, снижая риски осложнений, прогрессирования и неблагоприятных кардио- и цереброваскулярных событий.

— Поскольку ваша специализация — эндокринология, об этом направлении хотелось бы расспросить подробнее. Что меняется в терапии данных заболеваний? Успевают ли медицина за стремительным ожирением человечества? И можно ли этот процесс остановить?

— Моя специальность тоже изобилует прорывами... Для больных с сахарным диабетом 2-го типа появились классы препаратов, которые улучшают сердечно-сосудистые и почечные исходы, активно внедряются системы непрерывного (многоуточного) мониторинга глюкозы, бурно развивается высокотехнологичная помповая инсулинотерапия, которая вскорости подойдёт по своим возможностям к модели искусственной поджелудочной железы. По поводу ожирения, мне кажется, наступило отрезвление в экспертном сообществе, что модификация образа жизни с правильным питанием и расширением физической активности — малодостижимая возможность для большинства пациентов с ожирением, поэтому важными инновациями в лечении этого недуга стало появление аналогов кишечных пептидов человека, позволяющих эффективно снижать и, главное, удерживать вес, а также мощное развитие метаболической (бариатрической) хирургии, которая постепенно приобрела черты одновременно и чрезвычайно эффективной, и относительно безопасной технологии.

— Вы из семьи потомственных военных, сами носите и медицинскую, и военную форму. В чём отличие военных медиков от «гражданских»?

— Профессия врача, на самом деле, самая мирная на свете. Только в медицинском сообществе осталась «клятва врача», которую принимают перед началом профессиональной деятельности. Но военных медиков выделяет готовность исполнять свой врачебный долг в любой точке, включая горячие, как нашей Родины, так и за её пределами. Помимо этого, военных врачи отличают особенности образования и подготовки, а также умение работать в экстремальных условиях, вне стационаров и высокотехнологичных видов диагностики.

Именно знание военно-полевой терапии и хирургии, владение основами тактической медицины, а также навыки неотложной помощи помогают сегодня военным врачам оказывать высокопрофессиональную помощь раненым в зоне СВО. Уверен, что наши выпускники, многие из которых уже награждены высокими государственными наградами, с честью несут высокое звание военного врача.

Беседу вела
Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Взгляд

Врачебный долг военных медиков

Они готовы оказывать помощь в любой горячей точке

ности, неясности, когда отсутствуют не только шаблоны и вменяемые протоколы лечения, но нет понимания факторов риска и представлений о прогнозе (почему один пациент «сваливался» в крайне тяжёлую форму заболевания, а другой переносил инфекцию лёгкого течения). Поначалу новый опыт появлялся на ходу, «на колёнке», как следствие клинической наблюдательности, и это ещё раз доказывает, что любой врач должен быть исследователем и аналитиком в своей работе.

Но главное, я увидел, как в этой ауре неопределённости, в тяжелейших условиях ежедневной работы, не считаясь ни с какими лишениями, невзирая на огромную подспудную тревогу за близких, медицинские работники выполняли свой профессиональный долг, и на меня это произвело огромное впечатление.

— Именно ощущение возникшего чувства локтя и взаимной поддержки легло в основу вашей песни, а затем и всероссийского проекта «Врачи поют про «красную зону»? Тот, кто её слышал, забыть уже не сможет. Этот клип, по моему мнению, стал настоящим гимном профессии, для осознания важности которой, к сожалению, понадобились столь экстремальные условия. Как возникла идея такого проекта и как удалось её реализовать?

— Хотелось показать, что медики всей страны находятся в одной ситуации, и, не считаясь с трудностями и лишениями, достойно выполняют свой профессиональный долг.

В проекте приняли участие 28 человек из Ханты-Мансийска, Кирова, Новосибирска, Омска, Москвы и Санкт-Петербурга.

И запись исполнителей в разных городах, и монтирование сопровождались множеством трудностей, но главное, судя по реакции на клип, — цель была достигнута. И, возможно, самое важное, что прозвучало в отзывах врачей: у нас появилось чувство самоуважения, профессиональной гордости.

Это было моей главной задачей. Заметьте, в песне нет слов ковид, коронавирус, она вообще не про пандемию, хотя клип и получил условное название «Врачи поют про «красную зону»». Красная зона — это образ нашего служения, метафора самоотречения и профессионального долга.

— Прошло несколько лет с начала пандемии. Уже, наверное, можно делать выводы, как



— Думаю, такое предположение чересчур экстремальное. Но остановить процесс необходимо. И если ещё как-то можно объяснить обывательскую позицию незнанием, некомпетентностью, нежеланием разобратся в вопросе и прислушаться к мнению специалистов, то выступления антипрививочников в белых халатах считаю просто преступлением. Чаще всего это врачи, которые не являются специалистами в сфере инфекционных заболеваний, и чем выше их звания и значимее регалии, тем больше вреда они могут принести. Вот именно была основная претензия и именно поэтому мне представляется элегантно предложение отстранять подобных «специалистов» от их служебных обязанностей и направлять их на 36-часовой цикл обучения по вопросам диагностики и лечения COVID-19. По-моему, это была прекрасная идея!

— «Красная зона» (к счастью, в профессиональном плане) затронула и вас, и вашу семью. Знаю, что ваша дочь Анастасия, будучи студенткой Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова, добровольно пошла работать медсестрой в ковидное отделение Мариинской больницы. Ваша клиника тоже была перепрофилирована, поэтому о «тихом» подвиге врачей в пандемию вы знаете не понаслышке. Сегодняшний день принёс новые вызовы. В вашей клинике проходят лечение больные и раненые участники СВО. Какую они получают помощь, как держатся ребята?

— Знаете, Н.Пирогов называл войну тоже эпидемией — эпидемией травматической болезни. Это так, и мы снова сегодня своего рода «перепрофилированы», помогая хирургам в «долечивании» раненых, а также занимаясь реабилитацией больных хирургического профиля. Кроме того, конечно, по своему предназначению оказываем специализированную помощь военнослужащим с терапевтической патологией, которые заболели в период СВО. Это тоже очень непростая работа, которая требует исключительного профессионализма, ответственности и сострадания. А ребята... ребята держатся очень мужественно! Несмотря на все страдания, физическую боль после операций, перевязок, нередко слышишь: «Вот вы меня скорее

На поэтической волне

Не пройдя мимо бед стороной

Исповедь солдата (памяти отца)

И без меня бы взяли Кёнигсберг,
Но я там был с трофейным автоматом.
И, будучи брюнетом, стал я бел,
Как мел, которым пишут все ребята.

Я в школе им писал на той доске,
Что памятно будет мне до смерти.
Писал: «Россия»,
И в моей руке
Мелок дрожал.
Вы в это слово верьте.

Как верил я,
Как верили друзья,
В грядущую
Нетленную победу,
Как и поныне верят сыновья,
Как будут вечно
Верить внуки дедам.

Родные игрушки

*(Посвящается военному
нейрохирургу подполковнику
Владимиру Колкутину)*

Человек воевал во сне,
Наяву спасая людей.
Как-то ночью приснилось мне:
Он, уставший, кормил лебедей.

Белых птиц с ладони кормил
И с улыбкой смотрел на них,
Вспоминая, как жизнь прожил,
Не оставив в беде одних.

В лютый холод, голодной зимой
Птиц спасал он, словно людей,
Не пройдя мимо бед стороной,
В то злосчастное время страстей.



А на утро на службу опять
Шёл дорогой судьбы своей,
Чтоб людей от смерти спасти,
Как голодных в мороз лебедей.

Дома Сашка в игрушки играл,
Что с работы отец принёс,
Где Владимир со смертью решал –
Будет жить или нет? – вопрос.

Смерть хотела забрать одного,
И другого у жизни отнять...
Но игрушки в руках его
Продолжали людей спасать.

Помню...

Я помню дзот и линию огня,
Культы дерев, как раны от пожарищ.
В отца стреляли, значит, и в меня.
И с ним был я, как боевой товарищ.

От жара в краске плавилась стволы,
И ухала над лесом канонада,

И кровь застыла каплями смолы
На форме, что давно не для парада.

Потом я помню сумку, красный крест
И облаками белые халаты,
И свет гнилушки – солнца этих мест,
И рай, куда шли отдыхать солдаты.

Шутили все, меж ними был отец,
Ему сказали: «Ты мостак лить пули...»
Там у дверей стоял седой творец,
Отца назад из рая повернули.

Просился он, куда мол без друзей.
Вдруг снова в бой, их не смогу оставить.
Но крикнул я своей силёнкой всей,
И Бог решил его назад отправить.

Кто скажет мне, что не было того?
Передо мной взрываются снаряды,
Засевшие осколками в него –
Былой войны
Смертельные награды.

Игорь ЗУЕВ.

Сокровенное

Алексей ВИТАКОВ

На то Божья воля...

В рай попадут солдаты и дети.
Ворон низко уходит в полёт.
Кто будет брать интервью у смерти?
Военкорам, два шага вперёд.

Ветер разлуки – на то Божья воля.
Запевала сквозь горечь зачнёт...
Кто будет брать интервью у боли?
Эскулапам, два шага вперёд.

Вышли танкисты, вышли связисты.
Поклонилась им в ноги трава.
Вышли шахтёры, вышли таксисты,
Повара, засучив рукава.

Вышел казак – покачнулся крестик
Под рубахой. Священник встал в строй.
Только один остался на месте –
Был он маленький с медной трубой.

Словно из прошлого телеграмма,
Из другой, из забытой войны.
Чей ты? Давай по-взрослому, прямо:
Трубачи нам сейчас не нужны.

Он, от обиды внутри сгорая,
Всё ж крепился, стоял, хоть стреляй!
– Дядя, а можно просто сыграю?
– Хорошо. Бог с тобою. Сыграй.

Бредит земля. Небеса оглохли.
Род людской проклинает судьбу.
Кто ты такой? Из какой эпохи,
Над воронкой поднявший трубу?

К меди её солнце в страхе жалось.
Пыль дороги сходила с ума.
Просто играть – вот всё, что осталось.
И воронки бездонная тьма.

Мы уходили в гибельный ветер
Где под выстрелы ставили лбы.
В рай попадут солдаты и дети.
А ещё звук помятой трубы.

ОБ АВТОРЕ: А.Витаков – член Союза писателей России, Всероссийской лиги литераторов-медиков им. А.П.Чехова при редакции «Медицинской газеты».

СКАНВОРД																Вулканич. воронка	Ученая степень
Лозар-тан	Древне-греч. полис	Споровое растение	Эмблема страны	Абхазский барабан	Банк. извещение	Лента из марли	Занавеска	Молд. композитор	Ряд арок	Приток Иртыша	Сила тока	Промях	Удар в бильярде	Деталь одежды	Спутник Урана		
Луб	Румын. танец	Пачино	Часть костюма	Англ. композитор	Закваска для теста	Родственный березы	Молд. композитор	Ряд арок	Павиан	Сила тока	Япон. писательница	Армян. коньяк	Ритмич. единица (антич.)				
Наплыв на деревьях	Пига-лица	"Мост Нарни"	"... в Вей-маре"	Мыс, стрелка	Анти-лопа	Фенил-эфрин											
Горное пред-приятие	Опера Пуччини	Овощное блюдо	Выделанная шкура	Драг. камень	Жер-лянка	Нем. химик											
Повелитель (араб.)	Ковш	Денеги, Бот-свана	"Страна ... Баум"														
Автор Валерий Шаршуков	"Черевички", перс.	Распространяют микробы															
										Т О В Е С К	М С Б О Й Г А						
										Р А Т У А З	В Ф П У М А Е С Б И						
										А Л Ь Т	О Л Л Е Н А Е Р У Л А Д А П						
										У Т У П П И	Й Р О С С Е С Л А Д А Н П Е Н А						
										Б О Р О В	О Б М А Н Е Т Е С Л А У Г О В О Р						
										Е О А	К Р И К П С И Г Р Ы К Л А С Т						
										Р Е З О Р Б А	М У Л А Т В Е С						
										Г А О	Т Р А Л Р О Г О Ж А						
										Н И В Х И	С А Т И Н Т А К						

ОТВЕТЫ НА СКАНВОРД, опубликованный в № 5 от 08.02.2023.

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

Главный редактор А.ПАПЫРИН. Справки по тел.: 8 (495) 608-86-95. Рекламная служба: 8 (495) 608-85-44. Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13. Адрес редакции, издателя: 129110, Москва, ул. Гиляровского, 68, стр. 1. E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения); medgazeta72@mail.ru (электронная подписка); www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография». Адрес: 123022, Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр. 1. Заказ № 0384. Тираж 14 009 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

