

В ритме времени живёт детская городская
клиническая больница им. З.А.Башляевой.

Стр. 6

Интервью с президентом Национальной ассоциации
традиционной и комплементарной медицины
Марией Томкевич.

Стр. 11

135 лет со дня рождения основоположника
отечественной нейрорентгенологии
Марка Копылова.

Стр. 15

В центре внимания

«Ваша кровь перелита реципиенту. Спасибо!»

20 апреля в России отмечается Национальный день донора



Да простят нас представи-
тели других сообществ и проф-
фессиональных групп, но этот
праздник поважнее многих:
доноры для медицины – люди
абсолютно незаменимые, не-
смотря на все усилия науки
создать эрзац «живой» крови.

Кто-то спросит, а зачем два
праздника – Всемирный день
донора и национальный? Ответим
так: и двух дней в году недоста-
точно для того, чтобы поблаго-
дарить дарителей крови. Именно
дарителей, поскольку донорство
крови в нашей стране – проце-
дура безвозмездная.

Отечественная служба кро-
ви стала активно развиваться,
а само донорство активно попу-
ляризироваться не более десяти
лет назад. Но за это время про-
изошёл колоссальный рывок как в
организации работы, так и в плане
внедрения современных техно-
логий заготовки, переработки,
хранения крови и её применения.

В качестве иллюстрации – пример
Новосибирского клинического цен-
тра крови.

Предыдущими годами был задан
такой высокий темп работы донор-
ской службы, что даже во время
пандемии число новосибирцев,
желающих сдать кровь, не сокра-
тилось: по итогам 2021 г. в НКЦК
выполнено 55 349 донаций – это на
4 тыс. больше, чем в 2020 г. Благо-
даря этому лечебные учреждения
региона получили свыше 34 тыс.
литров «живого лекарства». Не
испугались пандемии и студенты
новосибирских вузов и колледжей,
традиционные весенне-осенние
студенческие донорские акции
«Наш дар во имя жизни» тоже про-
должаются. Ну разве это не повод
для национального праздника?

К слову, в региональном законо-
дательном собрании сейчас рас-
сматривается предложение одной
из политических партий учредить
знак отличия «Почётный донор
Новосибирской области». Авторы
инициативы уверены в том, что

такая награда станет серьёзной
формой социальной поддержки
доноров. Предполагается, что
получить знак отличия сможет
человек, который сдал цельную
кровь 20 и более раз, плазму
крови – 30 и более раз или стал
донором клеток костного мозга.
В качестве привилегий предла-
гается предоставить почётным
донорам Новосибирской области
право льготного проезда в обще-
ственном транспорте и денежные
выплаты. Хорошо бы политики
не остановились на декларации
намерений, а реализовали свою
инициативу, ведь пока благодар-
ность дарителям выражает только
сам Центр крови. Много лет назад
здесь появилась замечательная
традиция рассылать вот такие
смс-сообщения: «Уважаемый
донор, ваша кровь перелита ре-
ципиенту. Спасибо!»

Елена БУШ,
спец. корр. «МГ».

Новосибирск.

Официально

Госгарантии дополнили

Правительство Рос-
сийской Федерации рас-
ширило программу госу-
дарственных гарантий
бесплатного оказания
медицинской помощи.
Она дополнена рядом
высокотехнологичных
методов лечения. По-
становление об этом
подписал председатель
Правительства Михаил
Мишустин.

В обновлённой про-
грамме предусмотрено
финансирование затрат
федеральных медицинских
организаций на оказание
высокотехнологичной ме-
дицинской помощи, в том
числе по линии сердеч-
но-сосудистой хирургии.
С момента опубликования
документа в Перечень ви-
дов высокотехнологичной
медицинской помощи с
использованием ряда уни-
кальных методов лечения,
применяемых при сердеч-
но-сосудистой хирургии и
трансплантации органов,
финансовое обеспечение
которых осуществляется
за счёт средств бюджета
Федерального ФОМС,
включены: одномоментная
замена всей аорты; от-
крытое протезирование
торакоабдоминальной аор-
ты с реконструкцией всех
висцеральных ветвей и
восстановлением крово-
обращения спинного моз-
га; открытое протезирова-
ние дуги аорты с рекон-
струкцией всех брахиоце-
фальных ветвей; малоин-
вазивная хирургия грудной

аорты; эндоваскулярное
протезирование аорты с
сохранением кровотока по
ветвям дуги аорты путём
создания фенестраций;
эндоваскулярное протези-
рование брюшной аорты с
сохранением кровотока по
висцеральным артериям
с имплантацией фенестри-
рованного стент-графта.

Коснулись дополнения и
трансплантологии: теперь
за счёт средств ФОМС
можно рассчитывать на
хирургическое лечение по
трансплантации комплекса
органов в различных со-
четаниях и трансплантации
лёгких с использованием
перфузионных технологий.

Подписанным докумен-
том вносятся изменения в
постановление Правитель-
ства Российской Федера-
ции № 2505 от 28 декабря
2021 г.

Чуть раньше председа-
тель Правительства РФ
Михаил Мишустин подпи-
сал распоряжение, соглас-
но которому российские
регионы дополнительно
получат свыше 35,1 млрд
руб. на покрытие расходов,
связанных с оказанием
гражданам бесплатной ме-
дицинской помощи. Сред-
ства будут направлены
из нормированного стра-
хового запаса ФОМС его
территориальным фондам
в 74 регионах.

Теперь ряд высокотехно-
логических методов лечения
станут доступнее для паци-
ентов по полису ОМС.

Андрей ДЫМОВ.

ОСОБЫЙ СЛУЧАЙ

Вероника ШИШКОВА

Руководитель отдела про-
филактики когнитивных и пси-
хосоциальных нарушений
Национального медицинского
исследовательского центра
терапии и профилактической
медицины, доктор медицин-
ских наук:

Астению во врачебной среде
называют «визитной карточкой»
COVID-19. По частоте встречае-
мости сегодня это главная жа-
лоба пациентов в постковидном
периоде.



Стр. 10

Новости

Женщина года в отрасли ИТ

В сложных экономических условиях и на фоне затянувшейся пандемии российский ИТ-рынок успешно развивается, продолжается цифровая трансформация бизнеса и госструктур. Значимую роль в этом играют представительницы прекрасного пола, возглавляющие российские компании, представительства зарубежных фирм и ведущие ИТ-проекты. Они не только возглавляют ведущие российские и зарубежные компании или проекты внедрения сложных систем, но и эффективно влияют на стратегию её развития в масштабах всей страны, в том числе определяя политику государства в отношении новых валют или политику и практику импортозамещения.

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Елена Чернякова в очередной раз вошла в ежегодный Топ-10 женщин, занимающих первые роли в крупных ИТ-организациях и проектах цифровизации.

Алексей ЛЕОНИДОВ.

Найти свой дом

Врачи окружной больницы Нижневартовска получили ключи от новых служебных квартир. Семизэтажный дом, куда в скором времени переедут счастливые новосёлы, был построен в 2021 г. Процедура рассмотрения, оформления и предоставления жилых помещений заняла месяц, после чего прошла торжественная церемония вручения врачам ключей. Их счастливыми обладателями стали врач терапевт Татьяна Жаброва, а также три врача хирурга Абдували Маматисламов, Михаил Котвелиев и Муродбахша Джабборов.

А.Маматисламов приехал работать в Нижневартовск из Астрахани. Для него ключи от трёхкомнатной квартиры – настоящий праздник, особенно учитывая скорое пополнение в семье. «Мне очень нравится, что мы – первые жильцы и в этой квартире, и вообще в этом доме», – делится он.

«Решение жилищного вопроса – одна из ключевых задач человека и любого специалиста. Особенно, когда медицинские работники приезжают на новое место работы в другой город. Потребность в работниках у нас есть, поэтому со стороны больницы, Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югра и руководства округа делается всё возможное, чтобы привлечь и сохранить имеющиеся кадры», – подчёркивает главный врач больницы Алексей Сатинов.

Всего в распоряжение больницы окружными властями выделено 14 служебных помещений.

Алёна ЖУКОВА.

Нижневартовск.

Фарма-премиум

В институте фармации им. А.П.Нелюбина Сеченовского университета создан научно-образовательный исследовательский центр «Фарма-премиум».

По словам директора института Галины Раменской, новое структурное подразделение должно стать флагманом в трансформации и развитии вуза. Здесь будут проводиться прорывные фундаментальные и прикладные научные исследования в области фармации и биомедицины. Для этого исследовательский центр объединит ведущих сотрудников медицины и фармации университета, талантливых студентов, российских исследователей и лидеров мнений, промышленных и академических партнёров.

В рамках государственной программы «Приоритет – 2030» центр приступит к реализации инновационных идей студентов совместно с научно-педагогическими работниками университета, формированию исследовательского мировоззрения обучающихся, а также откроет перспективы запуска стартапов из традиционной студенческой научно-исследовательской работы.

В составе центра «Фарма-премиум» будет функционировать уникальная для фармацевтической отрасли VR-лаборатория, тренинг-центр практических навыков, площадки для опытного лабораторного производства оригинальных лекарственных и косметических средств.

Андрей ДЫМОВ.

Испытания раскрывают потенциал

Свердловские фармацевтические заводы готовы в условиях санкций оперативно включиться в программу импортозамещения в сфере производства лекарственных препаратов, в том числе – жизненно важных.

Заявивший об этом министр промышленности области Сергей Пересторонин отмечает, что сейчас рынок открыт, и, чем быстрее будет организована работа по импортозамещению, тем быстрее будет налажено производство качественных препаратов. «В короткое время необходимо подогреть порадки, внести изменения в нормативную базу, чтобы позволить через региональный фонд развития промышленности организовать работу по мерам господдержки. Упаднических настроений у директоров предприятий нет», – добавляет министр.

На территории области расположено более пятидесяти предприятий, выпускающих широкий ассортимент продукции медицинского назначения. Сегмент производителей медицинских изделий в регионе представлен компаниями малого и среднего бизнеса, ориентированными на выпуск реанимационного, стоматологического, электрохирургического, кардиологического оборудования и др., а также предприятиями оборонно-промышленного комплекса, которые специализируются на производстве аппаратов искусственной вентиляции лёгких, наркозно-дыхательного, диагностического и неонатального оборудования.

Свердловская область входит в пятёрку ведущих территорий – производителей лекарственных средств в России. В настоящее время фармпредприятия региона производят более 600 жизнеобеспечивающих препаратов.

Владимир КОРОЛЁВ.

Свердловская область.

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

Вехи

«Красная зона. Репортёрский дневник»

Книга под таким заголовком издана по инициативе Союза журналистов Москвы



Во время встречи

Презентация нового издания прошла в Доме журналистов в Москве. Участниками встречи было руководство общественной организации, учёные, врачи ковидных стационаров и журналисты. Говорили не только о новом обзорном издании, где рассказывается о событиях, связанных с пандемией COVID-19 в мире, но и задавались вопросы, какие проблемы сегодня встают перед медицинским сообществом из-за продолжающейся мутации опасного вируса.

С небольшими сообщениями перед журналистами выступили директор Национального исследовательского центра эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи академик РАН Александр Гинзбург, заведующая терапевтическим отделением городской клинической больницы № 15 им. О.М.Филатова (до недавнего времени крупнейшего многопрофильного ковидного госпиталю столицы) доктор медицинских наук Оксана Байкова,

первый секретарь Союза журналистов Москвы Людмила Щербина.

В фотографиях и информациях наших коллег в «Репортёрском дневнике» отражено время, когда разворачивалось переопрофилирование клиник, вводились первые ограничительные мероприятия, учёными разрабатывался «Спутник V», проводилась массовая вакцинация. Предисловие к книге написал мэр Москвы Сергей Собянин.

«Пандемия коронавирусной инфекции, накрывшая планету в начале 2020 г., не просто внесла коррективы в привычное течение бытия – она изменила его радикально, – так он описывает начало противостояния новой инфекции. – От невидимой, но беспощадной угрозы закрывались города, страны и континенты. Ломался устоявшийся



А.Гинзбург

уклад в экономике и социальных отношениях. Проверку на прочность проходили государственные структуры, бизнес и общественные институты. Москва выдержала этот чрезвычайный экзамен, успешно справившись с пиками роста заболеваемости. Сегодня в столице выстроена надёжная система борьбы с пандемией, проводится массовая вакцинация населения. Есть возможность оглянуться назад, оценить масштабы проделанной работы и воздать должное людям, вставшим на пути напасти. Это медицинские работники, учёные, строители, сотрудники транспортного комплекса, правоохранительных органов и многих других профессий. Это и журналисты, на которых лежит особая ответственность: давать людям оперативную, полную и честную информацию».

Новая книга именно об этом. «Репортёрский дневник» – один из информационных документов времени борьбы с ковидом, написанных журналистами.

Алексей ПИМШИН.

Фото Александра ИЗОТОВА.



Книга, написанная журналистами

Проекты

Краевая больница: типовое положение

Минздрав России представил приказ об утверждении типового положения о краевой (республиканской, областной, окружной) больнице. Документ регламентирует основные функции таких медучреждений и их структурных подразделений и утверждает возможность размещения в больницах клинических баз образовательных и научных организаций, осуществляющих подготовку студентов по программам высшего и среднего медицинского и фармацевтического образования.

Согласно приказу, краевая больница является ведущим многопрофильным медучреждением на территории субъекта и осуществляет организационно-методическое сопровождение деятельности расположенных в регионе клиник (за исключением Национальных исследовательских медицинских центров, подведомственных Ми-

нистерству здравоохранения РФ). Структура и штатная численность больницы утверждается региональным Минздравом. Главный врач больницы должен соответствовать профстандарту «специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья».

Основные функции больницы – оказание первичной медико-санитарной помощи, медицинской реабилитации и паллиативной помощи, проведение медосвидетельствования и экспертиз, организация работы главных внештатных специалистов региона и их взаимодействия с федеральными, оказание консультативной помощи врачам из других медучреждений субъекта, создание экспертных комиссий, лечение пациентов с тяжёлыми заболеваниями и ряд других функций.

В приказе указано, что для организации больницы необходимо предусмотреть порядка 40 структурных подразделений, в том числе колл-центр, поликлинику, стацио-

нарное отделение скорой помощи, приёмное отделение, операционные, специализированные отделения. Кроме того, в состав областного медучреждения должны включить отдел клинико-экспертной работы, патологоанатомическое отделение, лабораторию и диагностические отделения. На базе больницы также может быть создан перинатальный центр, региональный сосудистый или ожоговый центр. С учётом потребности субъекты также могут открывать и другие структурные подразделения.

Приказ также регламентирует работу комиссии или службы по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности, описывает функции организационно-методического отдела больницы и характеризует деятельность отделения экстренной и планово-консультативной помощи.

Ранее типовое положение областной больницы регламентировал приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ № 6 от 13 января 1995 г. Он предусматривал наличие в составе больницы только девяти структурных подразделений. Кроме того, не было регламентировано необходимое для руководителя больницы образование.

Минздрав России в марте 2021 г. представил для общественного обсуждения проект приказа «Об утверждении типового положения о больнице районной, в том числе центральной». Документом предлагается установить градацию районных больниц, в зависимости от численности прикрепленного населения, а также принципы оказания медпомощи, маршрутизацию пациентов и нормы использования автотранспортных средств. Аналогичный проект был представлен ведомством в 2019 г., однако принят не был. Новый проект приказа пока тоже не утверждён.

Леонид ПОЛЯКОВ.

Криминал

Суррогатные преступления

Главное следственное управление (ГСУ) Следственного комитета РФ по Красноярскому краю и Республике Хакасия завершило расследование уголовных дел в отношении четырёх гражданок РФ, обвиняемых по пп. «б», «з» ч. 2 ст. 127.1 УК РФ (продажа несовершеннолетнего, находящегося в беспомощном состоянии). Дела направлены в прокуратуру.

По данным следствия, с ноября 2019 по февраль 2020 г. четыре женщины в возрасте от 28 до 32 лет по договорённости с красноярским частным центром сопровождения суррогатного материнства посетили город Пномпень Королевства Камбоджа и прошли в одной из клиник процедуры ЭКО. Затем они вернулись в Россию, где с июля по ноябрь 2020 г. родили 4 детей.

Оставив младенцев в медучреждениях Красноярска, обвиняемые, как считают следователи, получили свидетельство о рождении в территориальном отделе ЗАГС и передали их директору частного центра Станиславу Гончаровскому. Вместе с этими документами фигурантки якобы предоставили Гончаровскому нотариальные доверенности на право распоряжения своими малолетними детьми. Каждая из россиянок, утверждая в ГСУ, получила за свои действия по 850 тыс. руб., а Гончаровский забрал детей из медучреждений «с целью их дальнейшей передачи третьим лицам и получения за это денежного вознаграждения».

По красноярскому уголовному делу о «торговле детьми», возбуждённому в конце 2020 г., проходят как минимум 10 фигурантов. Помимо 4 суррогатных матерей, это директор центра С.Гончаровский, его жена, трое их знакомых, а также ещё одна суррогатная мать – гражданка Казахстана.

По версии следствия, С.Гончаровский совместно со знакомыми искал женщин, нуждающихся в деньгах, которые были готовы стать суррогатными матерями, после чего отправлял их в Королевство Камбоджа для проведения процедур ЭКО. После рождения детей предприниматель забирал их из медучреждений Красноярска для продажи.

Следователи изъяли у обвиняемых 19 младенцев, которые впоследствии были размещены в домах ребёнка. Осуществить регистрацию троих из них, считают правоохранители, помогла медсестра Красноярского краевого клинического центра охраны материнства и детства. Женщина якобы создала поддельные свидетельства о рождении, куда внесла данные о гражданках КНР вместо сведений о настоящих роженицах.

По данным на апрель 2022 г., С.Гончаровский, трое его знакомых и одна суррогатная мать из Казахстана находятся в СИЗО (дело последней уже передано в суд). Жене Гончаровского, которая, согласно данным региональных СМИ, работала в ГСУ СК РФ по Красноярскому краю и Республике Хакасия, избрали меру пресечения в виде домашнего ареста.

В начале ноября прошлого года во время расследования уголовного дела ГСУ выявило ещё один факт «преступной деятельности» С.Гончаровского – по ч. 2 ст. 174.1 УК РФ (легализации денежных средств, добытых преступным путём). По версии следствия, с января 2019 по апрель 2020 г. С.Гончаровский вместе с супругой и знакомой «в связи с осуществлением преступной деятельности, связанной с торговлей детьми», получил от иностранцев через банковские переводы более 1,7 млн руб. Затем фигуранты купили жилой дом и земельный участок. Объекты были приобретены за 4,5 млн руб.

Олег РОМАШОВ.

Инициатива

Тульские доплаты

Правительство Тульской области изыскало в местном бюджете 14 млн руб. на ежемесячные доплаты главным специалистам регионального Минздрава. Несмотря на широкий спектр задач, работа главных специалистов – ни федеральных, ни окружных, ни региональных – обычно не оплачивается. Об этом заявил министр здравоохранения области Дмитрий Марков.

По инициативе регионального Минздрава, в области введена практика оплаты труда главных специалистов по основным профилям – 30-50 тыс. руб. в месяц.

«Вполне подъемные деньги. Но благодаря этому спрос с главных специалистов, интенсивность и качество их работы совсем другие», – отметила на этот счёт директор Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Ольга Кобякова.

Совокупно на эти цели региональный бюджет выделил 14 млн руб. на год. Всего при Минздраве области 14 главных специалистов.

Выплата рассчитывается по формуле, изложенной в постановлении регионального правительства № 737 от 09.11.2021, ключевой параметр – количество достигнутых целевых показателей. Например, среди КРП для главного онколога – доля злокачественных новообразований, выявленных на I-II стадиях (58,5 в 2022 г.), одногодичная летальность (24,3 в 2022 г.), смертность населения от ЗНО (244,1 случай на 100 тыс. населения в 2022 г.). Для главного неонатолога – младенческая смертность (4,9 промилле в 2022 г.) и доля преждевременных родов в перинатальных центрах (90% в 2022 г.).

Деятельность главного специалиста Минздрава России, федерального или регионального, имеет общественный статус. Ранее, что характерно, федеральный Минздрав обновил приказ о главных окружных специалистах, расширив их функционал – например, они смогут предлагать изменения и дополнения в программу госгарантий.

Игорь КОРАБЛЁВ.

Перемены

В правилах необходимы исключения

Хорошая новость пришла из Государственной Думы: Правительство России подготовило проект постановления, согласно которому дети, страдающие онкологическими заболеваниями, смогут продолжать лечение в детском лечебном учреждении в течение ещё трёх лет после достижения совершеннолетия. В перечне заболеваний и состояний, при которых будет работать такая норма, включат 22 нозологии. Ожидается, что документ вступит в силу с 1 сентября 2022 г.

Примечательно и удивительно, что данная инициатива родилась не в профессиональном сообществе детских онкологов и не в Минздраве России, а в парламенте. Её автор – вице-спикер Госдумы Ирина Яровая – говорит, что предложение увеличить возраст пациентов, которые при необходимости могут продолжать наблюдаться в детских онкологических клиниках, было подготовлено ею на основе обращения родителей онкобольных детей.

Видимо, их обращения в иные структуры результатов не дали, что само по себе тревожный знак.

Разумеется, перед тем, как сформулировать свои предложения и передать их в Правительство, И.Яровая провела детальный анализ ситуации и обсудила её с ведущими детскими онкологами Москвы, Санкт-Петербурга, Екатеринбурга, Оренбурга и получила их одобрение.

– Не скрою, нам пришлось побороться за эту норму. Неоднократно вопрос поднимался в дискуссиях с Минздравом, эту тему мы обсуждали также на заседании президиума Совета законодателей. В результате настояли на том, что такая возможность должна быть гарантирована детям и подросткам, и именно благодаря тому, что закон принят (закон об использовании препаратов офф-лейбл при лечении тяжелобольных детей принят в декабре 2021 г.), появилось постановление Правительства, – подчёркивает И.Яровая.

Елена СИБИРЦЕВА.

Подписка-2022

ПОЧТА РОССИИ

Подписные издания

Официальный каталог Почты России на второе полугодие 2022

5 900 изданий на podpiska.pochta.ru



Уважаемые читатели!

Оформить подписку на «Медицинскую газету» можно воспользовавшись каталогами:

- ✓ Официальный каталог «Почта России» на второе полугодие 2022 г.
- ✓ Электронный каталог «Почта России».

Подписной индекс

ПН014 – на месяц.

- ✓ Каталог периодических изданий – газеты и журналы, второе полугодие 2022 г. («Урал-Пресс»).

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

КАТАЛОГ периодических изданий газеты и журналы

II полугодие 2022 года

Избранные издания для бизнеса

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

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

«У тех, кто перенёс ковид, часто возникают определённые осложнения. Именно углублённая диспансеризация помогает своевременно выявить, продиагностировать и начать своевременное лечение возможных осложнений после перенесённого заболевания. Работа с такими пациентами абсолютно приоритетна для всех участников системы ОМС», – говорит Надежда Гришина, член совета по медицинскому страхованию Всероссийского союза страховщиков.

Вместе с тем, согласно телефонным опросам граждан, которых страховщики ежемесячно информируют о необходимости пройти углублённую диспансеризацию, основные причины отказа – необходимость неоднократного посещения медицинской организации, плохая организация работы, длинные очереди, боязнь реинфицирования. «Для повышения качества и доступности диспансеризации, чтобы она стала удобной и быстрой для пациентов, страховая медицинская организация «Капитал-МС» обратилась с инициативой реализации пилотного проекта к органам управления здравоохранением области и сразу получила поддержку Министерства здравоохранения региона и руководства территориального фонда. Именно за счёт объединения трёхсторонних усилий мы буквально за полтора месяца, «с нуля», смогли создать такое специализированное отделение. Материально-техническое обеспечение проекта осуществлялось «Капитал-МС». Сегодня мы видим, что удалось сформировать систему, где всё организовано на высшем уровне», – отмечает Н.Гришина.

Для реализации проекта было заключено трёхстороннее соглашение между региональным Минздравом, территориальным фондом ОМС и страховой медицинской организацией «Капитал-МС».

«Самое главное было убедить людей, что углублённая диспансеризация не только необходима и полезна, но также комфортна и безопасна. Теперь, когда настолько четко сформирована логистика и маршрутизация, пациенту созданы абсолютно комфортные условия – посещение

Ориентиры

Всё успеть за один день

Пилотный проект по созданию специализированных отделений углублённой диспансеризации COVID-19 стартовал в Калининградской области

Первое в России специализированное отделение углублённой диспансеризации открылось в Калининграде на базе центральной городской клинической больницы. Здесь переболевшие коронавирусной инфекцией могут пройти все необходимые осмотры и обследования в рамках первого этапа диспансеризации за один день, в том числе в выходные. Время для прохождения первичного обследования в кабинете доврачебного приёма и сдачи анализа крови составляет не более часа. Забор крови на исследование осуществляется в любое удобное время в течение дня. Отделение оснащено современной медицинской техникой. Маршрутизация пациентов внутри отделения организована с помощью системы

в удобное время, включая выходные, консультации в режиме телемедицины, отдельно организованный процесс взаимодействия с маломобильными группами – люди изменили своё мнение. И количество желающих пройти углублённую диспансеризацию выросло в разы – с 5 до 50%. Мне очень от радно видеть положительный результат, и теперь мы можем далее тиражировать эту модель, предлагать её реализацию на федеральном уровне», – подчеркнула Н.Гришина.

В ближайшее время в рамках трёхстороннего сотрудничества будут определены дальнейшие шаги по развитию пилотного проекта в других муниципалитетах области. Кроме того, он будет презентован на федеральном уровне с возможностью тиражирования не только в масштабах региона, но и всей страны.

В рамках пилотного проекта администрацией больницы проведены работы по созданию комфортных условий посещения медицинской организации, компания «Капитал-МС» приняла участие в разработке и внедрении маршрутизации, обеспечила материально-техническое оснащение МО. Территориальным

фондом ОМС проработан вопрос формирования выгодных для медицинских организаций специальных тарифов, предусматривающих возможность оказания медпомощи в максимальном объёме.

Углублённая диспансеризация в клинической больнице проводится по предварительной записи: через электронную регистратуру, портал Госуслуг, единый колл-центр «122», а также через инфомат, установленный в поликлинике. «Даже если человек пришёл без записи, осуществляется возможность проведения углублённой диспансеризации в день обращения, или же пациент может записаться через инфомат в удобное для него время. Отказов в проведении углублённой диспансеризации нет», – отмечает Олег Тугушев, руководитель филиала страховой медицинской организации «Капитал-МС» в Калининграде.

По последним данным ВОЗ, с постковидным синдромом сталкиваются около 10-20% переболевших COVID-19. Среди основных симптомов: кашель, проблемы с памятью, сном, одышка, мышечные боли, усталость, когнитивная дисфункция. Программа углублённой

электронной очереди. Время ожидания приёма или диагностики составляет не более 10 минут. В помещениях оборудовано место страхового представителя, который находится в медучреждении ежедневно, помогает в маршрутизации пациентов и отвечает на их вопросы. Также проработан вопрос проведения углублённой диспансеризации для пациентов с ограниченной мобильностью. Людям, которым сложно добраться до поликлиники самостоятельно, будет выделяться бесплатный транспорт – либо силами медучреждения, либо страховой медицинской организации. Ежедневно больница сможет принимать до 48 пациентов в сутки.

диспансеризации запущена по всей России с 1 июля прошлого года. Первый этап включает измерение насыщения крови кислородом в покое, а также тест с 6-минутной ходьбой (если имеются жалобы на одышку, отеки, которые появились впервые или стали интенсивнее). После этого выполняется спирометрия или спирография. Кроме того, назначается общий (клинический) и биохимический анализы крови, а также определение маркера тромбозобразования – Д-димера. В рамках первого этапа проводится рентгенография органов грудной клетки, если не выполнялась ранее в течение года. Пациентов также должен осмотреть терапевт.

Второй этап необходим для уточнения диагноза, если имеются соответствующие показания. В него включены эхокардиография и компьютерная томография лёгких (в случае показателя сатурации в покое 94% и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой), а также дуплексное сканирование вен нижних конечностей (при наличии показаний по результатам определения концентрации Д-димера в крови).

«Если по результатам диспансеризации будут выявлены хронические неинфекционные заболевания (в том числе, связанные с перенесённой коронавирусной инфекцией), пациент ставится на диспансерное наблюдение. Ему назначается соответствующее лечение и медицинская реабилитация, кроме того, предоставляются лекарственные препараты в соответствии с законодательством Российской Федерации», – отмечает заместитель генерального директора страховой медицинской организации «Капитал-МС» Елена Третьякова.

Эксперты рекомендуют не пренебрегать помощью сотрудников страховой медицинской организации, которая выдала вам полис ОМС, в случае возникновения трудностей при прохождении диспансеризации. «Если у вас возникают трудности с оказанием медицинской помощи, вы можете и должны обратиться в свою страховую медицинскую организацию», – отмечает Е.Третьякова.

Подготовил
Павел АЛЕКСЕЕВ.

Преодоление

Топонимы населённых пунктов Отраденского района Краснодарского края во многом символичны: названия некоторых станиц, сёл и посёлков красноречиво «говорят» о многом, и, не в последнюю очередь – о положении дел в первичном звене оказания медицинской помощи. Взять, к примеру, село Благодарное, жители которого премного благодарны местным властям и региональному Минздраву за офис врача общей практики, который с недавних пор открыт здесь. И теперь селянам, а всего их 1290 человек (935 взрослых и 355 детей), не надо «наматывать» километры по пути в ЦРБ: офис ВОП оборудован комплектом первичной диагностики лор-врача, офтальмолога и некоторых других узких специалистов. Да и сама врач – «земский доктор» Елизавета Алиева, по соответствующей программе сменившая городскую прописку на сельскую, по-своему тоже благодарна: «В моём случае удачно сошлись сразу несколько программ, теперь я работаю в Благодарном, и очень довольна».

Продолжая тему, можно сказать, что жители станицы Спокойной теперь абсолютно спокойны: на правительственном уровне Краснодарского края было принято решение о капитальном ремонте участковой больницы; а ещё есть станицы: Передовая, Попутная и др., которые одними лишь своими названиями стимулируют перемены к лучшему. Да и сам райцентр – станица Отрадная, под стать названию, живёт переменами. В настоящее время ведётся капитальный ремонт главного корпуса – в пятиэтажном

История одной больницы...



здании длиной 106 м полностью заменена «начинка» – все инженерные сети. Примечательно, что лечебный цикл не прерывался и проходил в полном объёме. За время ремонта главный врач ЦРБ Сергей Татарченко открыл в себе способности мага и волшебника.

– Приходилось выкручиваться как можно, чтобы пациенты не ощущали на себе временные трудности, связанные с ремонтом, – говорит он. – Кроме того, удачно вписавшись в федеральную программу «Сельское здравоохранение», мы получили финансирование на сумму 122 млн руб. Для района с населением 64 тыс. человек – сумма просто астрономическая. Помимо собственно капитального ремонта, это ещё и новейшее оборудование: диагностика, рентгеновская цифровая аппаратура, КТ, аппараты УЗИ экспертного класса, оборудование

для эндоскопической хирургии и др. Сегодня мы способны проводить исследование практически по любой медицинской дисциплине. До сих пор людям порой приходилось ездить в Армавир или Краснодар, теперь всё это есть и уже работает у нас.

– Все эти новшества доступны только для жителей района?

– Краснодарский край – туристический и курортный регион. Узнав о новых возможностях нашей диагностики, ими пользуются не только местные жители, но и туристы, отдыхающие, мы никому не отказываем.

– Благодаря такому оборудованию снизилась нагрузка на диагностические мощности в Краснодаре?

– Однозначно так.

– По аналогии с тем, что вы являетесь «периферией» для Краснодара, станицы, сёла и посёлки Отраденского района являются своего рода «периферией» уже для ЦРБ. Обустраивая и открывая офисы ВОП, ФАПы, участковые больницы, вы тем самым элементарно разгружаете от очередей поликлиническое отделение для взрослых...

– Безусловно. Хотел бы отдельно рассказать историю с медучреждением в станице Передовой. Сегодня там участковая больница с дневным стационаром. Тамашней участковой больнице уже больше 100 (!) лет, и местные жители на сходе выразили желание, чтобы на этом же месте появилась новое медицинское учреждение. По итогам этого заявле-

ния станичников принято решение о строительстве.

– Не получится так, что всё это останется на бумаге?

– Нет. Эта «историческая» история дошла до губернатора, и он взял строительство больницы под личный контроль.

– Теперь перейдём к тому, что уже есть и реально существует, здесь тесно переплетаются две проблемы: кадровая, а также строительства и открытия новых кабинетов, ФАПов и т.п.

– Да. Например, в станице Мало-Тенгинской, где проживает 3 тыс. человек, мы открыли процедурный кабинет, приняли врача и медсестру. Теперь людям не надо ехать в райцентр, чтобы поставить капельницу, пройти первичный осмотр. Вообще, начиная с 2014 г., мы построили 5 офисов врачей общей практики, все они укомплектованы врачами, которые получили квартиры.

– Для того, чтобы работали такие механизмы материального стимулирования, нужно полное понимание и взаимосвязь: ЦРБ – районная администрация – региональный Минздрав?

– Да, иначе ничего этого попросту не было бы. Сейчас готовим к заселению две семьи докторов в трёхэтажный 40-квартирный «докторский» дом: большинство квартир в нём получили врачи. На Кубани эта практика получает распространение. В последнее время много квартир приобретает Минздрав Краснодарского края для медицинских работников. Так

в Отраденском районе приобретено 3 квартиры.

Кадровая проблема – палка о двух концах. 8 лет назад я возглавил ЦРБ, до проведения оптимизации в районе было 1126 штатных должностей, на сегодня штатных единиц – 1023 при коечном фонде на 495 человек.

– А куда делись 103 штатные единицы?

– Все вакантные ставки были исключены из штатного расписания.

– Не получилось так, что за бортом остались неугодные, и с ними просто свели счёты?

– Исключение вакантных ставок никак не повлияло на сокращение работников ЦРБ. Ставки не были заняты физическими лицами.

Оптимизация позволила не только сэкономить средства, которые мы пустили на погашение просроченной кредиторской задолженности, но и повысить зарплаты реально работающим медикам.

– Ещё один вопрос, который не можем обойти – события последних месяцев как-то сказались на работе Отраденской ЦРБ?

– Сейчас в районе находится 16 семей переселенцев, мы с ними работаем, проблем никаких нет. Одна семья прибыла из Луганска, у них ребёнок-инвалид, на сегодня обеспечили их всеми необходимыми медикаментами.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».
Краснодарский край.

Фото автора.

В Москве состоялось оперативное совещание председателя Правительства Российской Федерации Михаила Мишустина с заместителями. Первым на повестке дня встал вопрос о повышении доступности лекарств, дополнительном финансировании больниц на оказание бесплатной медицинской помощи.

Во вступительном слове премьер-министр отметил, что из-за внешнего давления на страну и нарушения логистических цепочек могут возникнуть объективные трудности с поставками лекарственных средств.

«Мы принимаем меры, чтобы нужные людям препараты были доступны, прежде всего помогаем нашим компаниям, которые способны обеспечить собственное производство. Правительство запускает специальную программу поддержки системообразующих предприятий фармацевтической и медицинской промышленности, а также дистрибьюторов такой продукции и аптечных сетей. Все они смогут получить независимые банковские гарантии с льготной ставкой комиссии. Для предприятий она составит 1%, а банкам будет компенсироваться до 2%. Подписано постановление Правительства, которое устанавливает правила возмещения кредитным организациям таких расходов», — заявил М.Мишустин.

Процедура регистрации будет упрощена

Председатель Правительства сообщил важную новость — механизм независимых гарантий позволяет защитить участников сделок. Если компании не могут в силу разных причин выполнить обязательства по контрактам, то поставщик получит средства от банка. Такое решение позволит фармкомпаниям и аптекам уверенно смотреть в будущее.

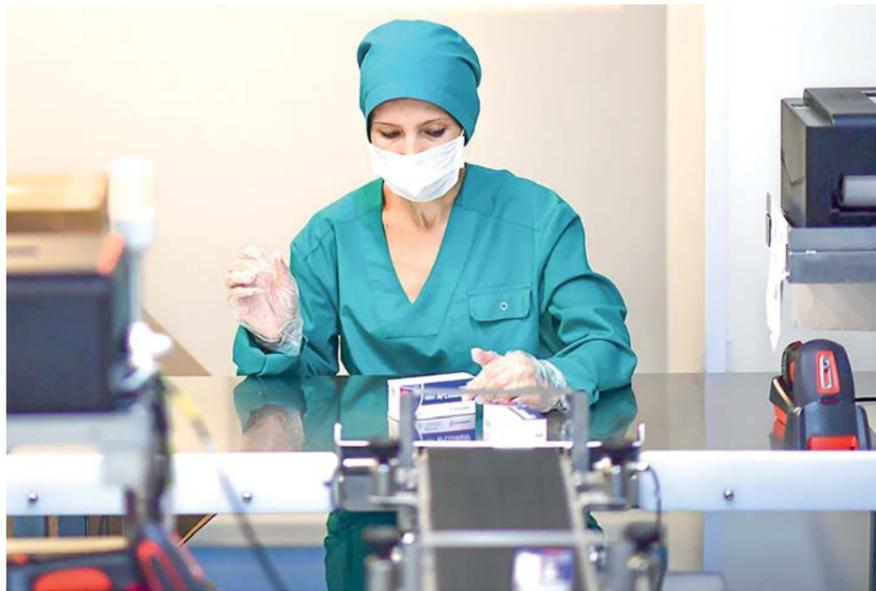
Правительство РФ прилагает все усилия для того, чтобы устранить дефицит лекарственных средств и медицинских препаратов. Пока у нас не налажено производство некоторых лекарств, уже принято решение ускорить и упростить процедуры государственной регистрации лекарств, которых не хватает в нашей стране. Также разрешено ввозить и продавать зарегистрированные препараты в упаковках, изначально предназначенных для реализации в других государствах. Всё это позволит быстрее выводить медикаменты на рынок, чтобы они были доступны россиянам.

Срок проведения госрегистрации и экспертизы качества некоторых лекарственных препаратов сократится на 30 дней. Перечень лекарств, которые можно будет зарегистрировать в ускоренном

Решения

Санкции есть, лекарства — тоже

Правительство РФ не считает ситуацию критической



Нормированный страховой запас ФФОМС составил в 2022 г. 210 млрд руб., в основном он нужен для оплаты медицинской помощи в федеральных медицинских организациях. Транш на оплату стационарного лечения COVID-19 правительство предоставило в декабре 2021 г. — 89 млрд руб. поступили из резервного фонда. В феврале 2022 г., в связи со вспышкой штамма коронавируса омикрон, амбулаторный сегмент, касающийся лечения инфекции, профинансировали ещё на 7 млрд также за счёт федерального бюджета.

Кроме того, Правительство России направило 387 млн на производство препарата от новой коронавирусной инфекции «МИР-19». Соответствующее распоряжение подписал председатель Правительства М.Мишустин.

Уточняется, что деньги будут выделены государственному научному центру «Институт иммунологии» Федерального медико-биологического агентства, который является разработчиком этого лекарства, и пойдут в том числе на модернизацию и приобретение необходимого оборудования. В пояснительной записке утверждается, что «МИР-19» будет эффективен против всех изученных штаммов коронавируса, включая дельту и омикрон. Ранее из резервного фонда уже выделялось более 400 млн на проведение процедуры секвенирования (генетического анализа) штамма омикрон. Эти исследования помогли вести эффективный мониторинг изменения эпидемиологической ситуации.

Алексей ПИМШИН.

Выставки

В выставочном центре «Екатеринбург-ЭКСПО» состоялось ежегодное знаковое событие — международная выставка-форум «Здравоохранение Урала — 2022». В открытии принял участие министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко.

Ради повышения эффективности здравоохранения

Из 35 городов России 120 участников представили более 600 единиц современного медицинского оборудования. Среди них — ведущие российские производители, а также поставщики всех видов медицинского оборудования и расходных материалов зарубежного производства.

В рамках выставки прошёл 3-й межрегиональный медицинский форум Уральского федерального округа «Технологии эффективного здравоохранения», программа которого включала более 40 мероприятий с участием 600 федеральных и зарубежных экспертов. Он собрал свыше 7 тыс. представителей профессионального медицинского сообщества. Ключевым событием деловой программы стало пленарное заседание «Контроль качества медицинской помощи как эффективный инструмент развития региональной системы здравоохранения».

«Урал, Екатеринбург — регион, который вносит огромный вклад в здравоохранение и медицинскую промышленность, развивает это направление с каждым годом всё активнее и активнее. Сегодня на территории области выпускается более 600 лекарственных препаратов, в том числе входящие в список международных непатентованных наименований ЖНЛП. 138 производителей медицинских изделий выпускают 350 различных их наименований, активно использующихся в медицинских организациях», — подчеркнул на открытии М.Мурашко.

По его словам, потенциал Урала и Свердловской области колоссальный. В двухлетний период, когда вся страна и весь мир боролись с пандемией, регион развернул производство средств защиты, а также фактически полностью покрыл потребности в аппаратах искусственной вентиляции лёгких, мониторинговых системах и т.п.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Екатеринбург.

порядке, будет определять специальная межведомственная комиссия. Ее состав в ближайшее время предстоит утвердить Минздраву России.

— Прошлый год и начало текущего были крайне непростыми для системы здравоохранения. С увеличением числа заболевших выросла и финансовая нагрузка на медицинские учреждения. Ведь они оказывали помощь большему количеству пациентов, закупили необходимые им лекарства, проводили исследования. Федеральное финансирование компенсирует возросшие расходы. Мы продолжим поддерживать наши больницы и поликлиники, которые работают в системе обязательного медицинского страхования. Дополнительно выделим 35 млрд руб. на эти цели. Средства получат 74 российских субъекта, — заявил М.Мишустин.

Дополнительные средства на борьбу с пандемией

Как полагают в правительстве, этих денег должно хватить, чтобы заплатить клиникам за амбулатор-

ную и стационарную медпомощь, оказанную больным COVID-19 в 2021 и 2022 гг. Дополнительные средства изыскали в нормированном страховом запасе Федерального фонда ОМС. Всего должно быть оплачено не менее 300 тыс. случаев стационарного лечения коронавирусной инфекции, то есть средняя стоимость одной госпитализации оценена в 117 тыс. руб. Больше всего средств получит Санкт-Петербург (2 млрд), Московская область (1,8 млрд), а также Иркутская (2,1 млрд), Волгоградская и Воронежская (по 1,1 млрд) области. Москва в список не попала.

Новацией очередного предоставления финансовой помощи стало её обязательное одобрение депутатским корпусом. Подобный контроль Госдума РФ ввела в марте 2022 г. Теперь все незапланированные поступления в бюджет Федерального фонда ОМС и из него и, соответственно, субвенции регионам в ОМС будут рассматриваться на заседаниях Комиссии Федерального собрания РФ по перераспределению бюджетных ассигнований.

Работают мастера

В отделение кардиологии Российского геронтологического научно-клинического центра Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова поступил 52-летний мужчина с жалобами на выраженную общую слабость и нестабильное артериальное давление. В анамнезе пациента имелись гипертоническая болезнь, перенесённый инфаркт головного мозга и постинфарктный кардиосклероз.

При поступлении больному была выполнена компьютерная томография, которая выявила расслоение брюшного отдела аорты с частичным тромбозом чревного ствола и полным тромбозом левой почечной артерии. Ситуация значительно осложнялась наличием у пациента антифосфолипидного синдрома. Состояние больного требовало немедленного оказания медицинской помощи.

С применением минимально инвазивных технологий

Расслоение аорты — достаточно редкое, потенциально опасное заболевание, которое встречается у одного из 10 тыс. госпитализированных пациентов. Оно развивается на фоне высокого давления крови в этой артерии и врождённых аномалий соединительной ткани (Синдромы Марфана, Тернера, Элерса — Данлоса). Опасность патологии в том, что разрыв может привести к сильнейшему внутреннему кровотечению и мгновенному летальному исходу и при отсутствии хирургической помощи практически всегда заканчивается фатально.

В отделении кардиологии пациенту провели полное кардиологическое и предоперационное обследование. В связи с неординарностью ситуации был собран консилиум под руководством директора центра профессора Ольги Ткачёвой.

Врачи приняли решение оперировать больного в два этапа. Первым этапом было выполнено



сонно-подключичное шунтирование — открытая операция по переключению ветвей дуги аорты с помощью обходного шунта, что позволило изолировать место разрыва и сохранить нормальное

кровообращение. Вторым этапом эндоваскулярные хирурги провели эндопротезирование грудного отдела аорты с закрытием всех участков разрыва, в том числе и в области устья левой подключичной артерии.

Пациент хорошо перенёс все этапы хирургического лечения и уже на 7-е сутки был выписан домой. Успех такой сложной и редкой операции обусловлен скорейшим началом лечения, слаженной работой команды кардиологов, хирургов и анестезиологов центра, а также применением высокотехнологичного оборудования и современных методов лечения.

Стоит отметить, что ранее такие операции выполняли с большим расщеплением, искусственным кровообращением, полной остановкой циркуляции крови, искусственным кровоснабжением головного мозга через вены и глубокой гипотермией. С развитием сосудистой хирургии стало возможным применение минимально инвазивных гибридных технологий на аорте в самых сложных и неординарных ситуациях.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

В ДГКБ внедрены самые современные мировые протоколы и стандарты оказания медицинской помощи. Для этого правительством Москвы и столичным Департаментом здравоохранения созданы уникальные материально-технические условия, которые включают в себя самое современное медицинское оборудование экспертного класса. Как говорит главный врач больницы Исмаил Османов: «Мы постоянно должны совершенствовать свой профессиональный уровень, для того чтобы не только поспевать за стремительными темпами развития московского здравоохранения, но и работать на опережение в рамках научного анализа, практического опыта и для внедрения в практику новых научных разработок». В клинике занимаются лечением 348 врачей, 18 докторов медицинских наук, 52 кандидата медицинских наук.

Кроме того, с момента существования больницы на её базе работают все кафедры педиатрического факультета Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, а также 2 университетские клиники: РНИМУ им. Н.И.Пирогова (директор профессор И.Османов) и РМАНПО (под руководством профессора И.Захаровой). Здесь созданы уникальные возможности для повышения профессионального уровня врачей на базе недавно открывшегося аккредитационного центра Департамента здравоохранения Москвы.

Для врачей детской клинической больницы им. З.А.Башляевой стало правилом сражение за здоровье детей. Здесь ценят чувство профессии, локтя, так как каждый день берутся за трудные случаи, делают всё более и более сложные операции. Для этого требуется высочайший профессиональный уровень, знание современных технологий и методов диагностики и лечения. А потому никогда не перестают учиться, что позволяет двигаться вперёд и не останавливаться на достигнутом.

Говоря о современном оснащении и высоких технологиях в ДГКБ им. З.А.Башляевой, сегодня речь пойдёт об эндоскопической службе, которую возглавляет кандидат медицинских наук **Анастасия Кошурникова**.

– **Анастасия Сергеевна, что помогает вам держать высокую планку в вашем отделении?**

– На сегодняшний день эндоскопическое отделение – это не просто параклиническая служба, которая предназначена для обследования пациентов с различной патологией, но и активно развивающееся лечебное подразделение, без которого трудно себе представить эффективное функционирование других, как хирургических, так и соматических отделений.

Судите сами: благодаря мощной поддержке правительства и

Тенденции

Визитная карточка клиники

В ритме времени живёт ДГКБ им. З.А.Башляевой

Есть клиники самого высокого уровня, которые определяют состояние системы охраны здоровья детей в стране. К числу таких относится детская городская клиническая больница им. З.А.Башляевой. О востребованности этого лечебного учреждения говорит и динамика её развития. Структура больницы насчитывает 49 подразделений, где представлены практически все профили детского возраста. Ежегодно здесь оказывается медицинская помощь более 170 тыс. детей и выполняется около 18 тыс. операций, в том числе высокотехнологичных, не только детям Москвы, но и всех регионов страны, число которых составляет более 30%, в том числе по программе Департамента

столичного Департамента здравоохранения мы имеем сегодня уникальный и огромный парк самого современного эндоскопического оборудования, оснащённого новыми эндоскопами и процессорами японских производителей OLYMPUS, FUJIFILM, PENTAX. Кроме того, наши возможности в обработке оборудования и полное обеспечение эпидемиологической безопасности являются особенно важными для эндоскопического направления.

Без лишней скромности отмечу, что за научным и практическим опытом к нам приезжают коллеги не только Москвы, но и из других регионов России, который активно используется в образовательном процессе на вузовских кафедрах и в Роспотребнадзоре. На ваш вопрос, что нам помогает держать высокую планку, я уже частично ответила, говоря о беспрецедентном внимании и финансовом вливании со стороны Департамента здравоохранения и правительства Москвы, а также администрации больницы. Здесь также следует сделать акцент на то, что наш медицинский персонал высоко мотивирован не только профессионально, но и материально.

– **Как часто в клинику поступают дети с инородными телами?**

– Можно сказать, практически через день, особенно в вечернее, ночное время, а также в праздничные и выходные дни, что возможно связано с отсутствием должного контроля родителями. Дети проглатывают всевозможные бытовые предметы и мелкие игрушки, которые их окружают. Самые опасные инородные тела: батарейки различного диаметра (электролит-батарейки вызывают ожог слизистой и затем перфорацию органа и кровотечение), магнитные шарики (с ними связаны непроходимость и перфорация стенок кишечника), острые (иголки, гвозди, фрагменты от бреккетов, проволока), гидрогелевые шарики (разбухают в 10 раз в кишечнике, вызывая непроходимость)

– **Какие рекомендации дают, чтобы подобное не повторилось в домашних условиях?**

– Первоначально советуем проверить помещение, в котором находится ребёнок, на безопасность, спрятать и убрать различные мелкие предметы и игрушки, находящиеся в окружении детей маленького возраста, батарейки, магнитные шарики, мелкие строительные материалы – гвозди, шурупы, биты и т.д.; магнитики на холодильнике

здравоохранения столицы «Москва – столица здоровья». Более того, врачи больницы с 2015 г. сами активно выезжают в регионы для оказания медицинских услуг юным пациентам при поддержке «Национального центра помощи пропавшим и пострадавшим детям». За это время они оказали помощь около 9 тыс. детей в различных регионах: Рязань, Кострома, Псков, Крым, Омск, Чечня, Камчатка, Магадан, Саранск, Чита, Симферополь, Мурманск, Забайкалье, Алтай и Алтайский край, Калмыкия, Адыгея, Иркутск, Смоленская область, Владимир, Воронеж. Около 800 из них были приглашены на госпитализацию в больницу для восстановления здоровья.



А. Кошурникова

как особенно с мелкими фрагментами; бижутерию и драгоценности; едкие вещества для чистки и уборки, которые дети могут по незнанию выпить; таблетки и все мелкие предметы, которые предположительно они могут проглотить. При подозрении на проглатывание инородного тела необходимо вызвать бригаду скорой медицинской помощи. При попадании в дыхательные пути нельзя принимать горизонтальное положение в связи с риском миграции инородного тела в трахею. Категорически нельзя пить и есть, а также доставать инородные тела руками и другими подручными предметами. Сотрудниками эндоскопического отделения при поддержке администрации больницы создан музей извлечённых инородных тел из детских организмов с целью анонсирования данной проблемы родителям и повышения их настороженности и бдительности при возможности проглатывания детьми.

– **Остановимся подробнее на методе эндосонографии?**

– Эндоскопический ультразвук – это комбинированное исследование, при котором ультразвуковой датчик с помощью эндоскопа вводится в полость пищевода, желудка или кишечника с целью получить более чёткие УЗ-изображения глубоко расположенных органов. Может сочетаться с доплерографией для оценки кровотока в сосудах, эластографией, а также с тонкоигольной аспирационной биопсией. Данный метод позволяет детально и более близко оценить зону интереса исследуемого органа. Так, например, панкреатобилиарная зона – оценивается поджелудочная железа, её протоковая система, желчный пузырь, наличие или отсутствие камней в протоковой системе печени. Подслизистые образования пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки более детально видны при сканировании слоёв органа, из которых может прорасти данное образование. Данный метод вносит колоссальный вклад в диагностические методы эндоскопических исследований. Дополню, что с помощью данного

эзоэндоскопа можно провести мини-инвазивные оперативные вмешательства: дренирование псевдокисты поджелудочной железы через стенку желудка, а также выполнить пункционную биопсию, для патоморфологической верификации полученного материала. У детей данный эндоскопический метод проводится с анестезиологическим пособием.

– **Эндоскопические методы стали доступны и в детской среде. Главное, чтобы ребёнок был вовремя доставлен в лечебное учреждение, и тогда уже специалисты отделения сделают всё возможное для его спасения. Но многое зависит и от просвещения родителей...**

– Да. Прорыв в эндоскопических технологиях в настоящее время позволил расширить показания для эндоскопических вмешательств у детей разного возраста, особенно у новорождённых и грудного возраста. Различные эндоскопические методики, которые ранее были доступны только для взрос-

очень тщательно и продуманно выбирать и покупать детские игрушки. Одним словом, для безопасности, укрепления и сохранения здоровья ребёнка мы все должны объединить наши усилия.

– **Какая главная мотивация заставляет ваш коллектив действовать слаженно, профессионально, спасая жизни детей? Рядом с вами изо дня в день работает всё отделение и добивается желаемого результата в сражении с детскими болезнями.**

– Главная мотивация в нашей работе – это любовь к детям, преданность и большой интерес к своей профессии. Работая в коллективе, мы являемся одной семьёй, командой, можем положиться друг на друга в любой ситуации. Профессионализм, сплочённость, детальность и оперативность в эндоскопической деятельности позволяет коллективу эндоскопического отделения работать как единое целое, взаимодействуя с подразделениями нашей больницы на любом этапе работы. В штате отделения работают 3 эндоскописта: Анастасия Кошурникова, Владимир Чаплин, Анатолий Кузьмин и медицинские сёстры: старшая – Екатерина Шумовская, Лариса Соловьёва, Ольга Рассадкина, Яна Подгороднева, Екатерина Крышова. Все сотрудники с огромным профессиональным опытом работы в данном направлении медицины. Работая в детской больнице, невозможно быть жёстким и хмурым,



Эндоскопическое исследование

рых, в настоящее время успешно применяются и внедрены для маленьких пациентов. Это повышает качество эндоскопической помощи, а также её своевременность. На мой взгляд, нужно активно популяризировать эти высокотехнологичные методы, так как информированность родителей позволит оказать ребёнку медицинскую помощь на высоком уровне и своевременно. Всем родителям хочу пожелать или, правильнее, попросить быть бдительными в плане безопасности детей. А именно непрерывно мониторить, с какими предметами они играют, что находится в поле зрения их активности, а также

дети – это особенные пациенты, которые непосредственно вызывают нежные и самые светлые эмоции. Особое внимание уделяем родителям маленьких пациентов, так как им также страшно за своих малышей, и им нужна определённая психологическая поддержка от врача. Всю информацию о проведённых исследованиях подробно рассказываем законным представителям и отвечаем на их вопросы. Самая главная награда для нас – это улыбка ребёнка и благодарность его родителей.

Беседу вел
Галина ПАПЫРИНА,
корр. «МГ».



Извлечение трихобезоара из желудка 12-летнего ребёнка

В области антибиотикорезистентности ждуть только одной новости – что что-то стало лучше. При этом специалисты считают, что ситуация вряд ли будет улучшаться, учитывая нынешнее положение дел: универсальные схемы терапии серьёзных бактериальных инфекций, которые применялись более 20 лет, работают всё хуже, а ничего нового на горизонте не видно, и радоваться нечему.

Есть только одно позитивное явление. Если сравнивать данные по резистентности пневмококков в начале тысячелетия и в конце 2010-х годов, то можно констатировать следующее: резистентность возросла, но динамика резистентности к пенициллину по годам показывает, что её рост почему-то стабилизировался. «То есть можно констатировать тенденцию к снижению резистентности к пенициллину. Это эффект от вакцинации, которую проводили во всех странах мира, где реализовывали программу широкой вакцинации в детской популяции», – объяснил явление заместитель директора по научной работе НИИ антимикробной химиотерапии Смоленского государственного университета Андрей Дехнич на VII Научно-практической конференции «Стратегия контроля антибиотикорезистентности в стационаре: проблемы и перспективы».

Что же касается лечения нозокомиальной инфекции, то ситуация такая: если в 2000 г. универсальные схемы терапии перекрывали подавляющее большинство всех возможных бактериальных возбудителей (95%), то начиная с 2017 г. – не более 40%. Учёный, впрочем, оговорил, что эту цифру сложно назвать точной, потому что в стране существует искажение выборки.

Специалисты ждуть изменения антибиотикорезистентности на фоне пандемии COVID-19, потому что антибиотики стали применяться чаще. Например, данные из московских госпиталей свидетельствуют, что потребление антибиотиков выросло в десятки раз, что не может не сказываться на росте антибиотикорезистентности.

За последние 20 лет, увы, не произошло прорывных событий в диагностике и лечении сепсиса, сказал президент общественной организации «Российский сепсис форум», член координационного совета Ассоциации анестезиологов-реаниматологов, ведущий научный сотрудник НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского Владимир Кулабухов. Согласно данным, которые он представил, распространённость сепсиса в мире составляет 48,9 млн человек, что вызывает 11 млн смертей в год. В России 63,2% случаев сепсиса вызваны осложнением от инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП). Прямые затраты медицинских организаций по этим причинам составляют в стране 60–85 млрд руб. в год, а общий экономический ущерб оценивается в 300 млрд. Реальной же статистики как не было, так и нет, уточнил В.Кулабухов: «Попытки создать регистр пока не увенчались успехом. И проблема состоит, скорее всего, в учёте: наши осложнения крайне сложно учитывать в той системе, которая была предложена к использованию Минздравом».

Перспективы медицинской микробиологии

Согласно Национальной концепции профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, стратегической задачей здравоохранения является обеспечение качества медицинской помощи и создание безопасной среды пребывания для пациентов в медицинских организациях. И вот здесь есть над чем поработать, ведь в части модернизации микробиологической службы в течение 30 лет не было никаких

внедрений, ничего не делалось с точки зрения совершенствования её деятельности, сказала директор Института микробиологии, антимикробной терапии и эпидемиологии НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, главный специалист по медицинской микробиологии Минздрава России Татьяна Припутневич. Она отметила, что сегодня микробиология – это не просто специальность, это динамично развивающаяся отдельная отрасль медицинской науки. В ней ежегодно совершаются новые открытия, обнаруживаются

мониторинга – необходимо стандартизировать алгоритм мониторинга с постоянным контролем колонизации микроорганизмами пациентов, находящихся на выживании в ОРИТ.

Современная медицина нуждается в высокотехнологичной микробиологии, которая бы включала культуральную диагностику, молекулярно-генетические исследования, биоинформатику, констатировала специалист. «Инфекции – ситуация всегда urgente! Задачи «быстрой микробиологии» – это быстрая и прямая индикация микроорганизмов непосредствен-

Образовательный стандарт уже утверждён и даже открыты первые курсы по подготовке специалистов. Скоро будут утверждены программы по медицинской микробиологии, которые готовятся в НИИ антимикробной химиотерапии Смоленской государственной медицинской академии и на кафедре микробиологии РМАНПО.

По её словам, внесены изменения и в лицензирование, появился новый вид деятельности – медицинская микробиология. Она обратила внимание коллег, руководителей медицинских орга-

Стратегия контроля

В 2012 г. экспертами пяти российских общественных организаций были созданы Российские национальные рекомендации «Стратегия и тактика применения антимикробных средств в лечебных учреждениях России». Данные рекомендации, подготовленные с участием специалистов разного профиля (клинические фармакологи, анестезиологи/реаниматологи, хирурги, терапевты, педиатры, микробиологи, эпидемиологи), охватывали общие проблемы антибиотикорезистентности возбудителей нозокомиальных

Проблемы и решения

Антибиотикорезистентность ставит задачи

Универсальные схемы устарели, а новых пока нет



новые возбудители инфекционных-воспалительных заболеваний, пересматривается роль уже известных патогенов, устанавливается этиологическое значение микроорганизмов, ранее считавшихся безвредными, изучается микробиом человека и влияние микробиоты различных биотопов на макроорганизм.

Но что касается эпидемиологической безопасности в медицинских организациях, она пока находится в красной зоне (23,8%), утверждает Росздравнадзор по результатам проведённой внешней оценки на соответствие требованиям качества оказания медицинской помощи. В эпоху стремительно нарастающей антибиотикорезистентности микроорганизмов к антимикробным препаратам это ставит серьёзные задачи перед микробиологической службой. По её словам, складывающаяся ситуация требует расширения и совершенствования методической базы для проведения микробиологических исследований с целью ускорения получения результатов, наиболее полной индикации всех возможных этиологических агентов и получения исчерпывающей информации обо всех значимых патогенах.

В службе главного медицинского микробиолога в результате работы с регионами смогли выявить основные научно-организационные проблемы. Первая из них – это отсутствие микробиологических лабораторий во многих медицинских организациях, в том числе и в высокотехнологичных центрах; что диктует необходимость разработки правил взаимодействия с аутсорсинговыми лабораториями. Но и действующие лаборатории вызывают вопросы: в них часто используются только ручные микробиологические методики, нет современного оборудования для быстрой верификации возбудителей и постановки чувствительности. Нет и отработанной системы проведения микробиологического

ново в образце, быстрая видовая идентификация микроорганизмов, получение быстрой характеристики бактерий по основным клинически значимым параметрам, таким как вирулентность, антибиотикоустойчивость, сиквенс-тип (серотип), локализация источника инфекции», – сказала Т.Припутневич. По её словам, решениями здесь становятся автоматизация классических методов, внедрение новейших технологий, использование молекулярно-генетических методов. А вот от оснащения по остаточному принципу надо уходить.

Перемены коснутся и самих медработников. Специалист призвала: «Если в составе таких лабораторий есть руководитель – врач клинической лабораторной диагностики, мы призываем их пройти специализацию и получить ещё и сертификат врача медицинской микробиологии, для того чтобы понимать важность качественной микробиологической помощи».

Специальность – микробиолог

В 2021 г. был утверждён профессиональный стандарт специалиста в области медицинской микробиологии, и это считают принципиально новым шагом в деле улучшения качества оказания медицинской помощи в части микробиологических исследований. Новая специальность объединила существующие – бактериологию, вирусологию, лабораторную микологию. «Постепенно у нас врачи – бактериологи, вирусологи будут заменяться на должностные специальности врача медицинской микробиологии. Безусловно, принятие профессионального стандарта позволит вывести на новый уровень подготовку специалистов и должно повлечь за собой кардинальные преобразования в развитии медицинской микробиологии», – убеждена Т.Припутневич.

низаций, в составе которых есть такие подразделения, на то, что для получения соответствующей лицензии лицензиат должен соответствовать особым санитарно-эпидемиологическим требованиям, которые на сегодняшний день не всегда применяются при организации деятельности таких лабораторий. «Приходя в такие лаборатории, мы видим, что цитологические, молекулярно-биологические и прочие исследования – все проводятся в одном кабинете. Так вот, сегодня действуют новые санитарные правила, которые вступили в силу с сентября 2021 г. Я призываю с ними очень внимательно ознакомиться, там есть новые требования, особенно к порядку организации работы с возбудителями 1-й-4-й групп патогенности, и привести подразделение в соответствие с этими требованиями», – напомнила коллега главного специалиста.

Из хороших новостей – проводимая модернизация службы. На эти цели в субъекты РФ направлены беспрецедентные средства. Почти 5,8 млрд руб. из федерального бюджета пойдут на софинансирование расходных обязательств субъектов, возникающих при модернизации не менее 84 лабораторий, осуществляющих диагностику инфекционных болезней. Оснащено уже как минимум по одной лаборатории в каждом регионе РФ, сообщила Т.Припутневич: «Здесь помог стандарт оснащения микробиологических лабораторий, куда мы постарались включить всё наиболее современное оборудование, что позволило регионам это оборудование закупить. Мы надеемся, что это позволит вывести на новый уровень проведение микробиологических исследований и помочь врачам – эпидемиологам и клиническим специалистам в назначении правильной антибиотикотерапии».

инфекций, стратегические и тактические вопросы рационального применения антимикробных препаратов в стационаре, подходы к сдерживанию антибиотикорезистентности. В этом документе впервые были представлены рекомендации по эмпирическому выбору антимикробных препаратов в зависимости от стратификации пациентов по риску наличия антибиотикорезистентных возбудителей и инвазивного кандидоза. Затем на его основе была разработана программа СКАТ (Стратегия контроля антимикробной терапии) для стационаров, началось её активное внедрение и реализация в различных медицинских организациях России.

По словам президента межрегиональной общественной организации «Альянс клинических химиотерапевтов и микробиологов» профессора кафедры госпитальной терапии № 2 лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Сергея Яковлева, программа востребована, она работающая. По объективным причинам последняя её версия вышла в 2018 г., а утверждение новой долго откладывалось, хотя назрела необходимость её модифицировать. «На самом деле отступать дальше некуда, и к концу 2022 г. мы приложим все усилия для того, чтобы вышла новая версия», – заверил он.

Говоря о дальнейшем развитии СКАТ, С.Яковлев отметил, что среди самых насущных задач стоит в первую очередь необходимость серьёзного анализа и переосмысления вопросов микробиологической диагностики: «Нужно вносить новые данные по распространённости карбапенемрезистентных штаммов и по колистинрезистентности. Но самое главное, это дать практические рекомендации уже для врачей – медицинских микробиологов на местах: что они реально могут и должны сделать, чтобы оказать помощь клиницистам в лечении пациентов».

Второе – это вопросы обучения. Уже в издание 2018 г. был внесён новый раздел – обучение реализации программы СКАТ, и его собираются развить, потому что без обучения клиницисты не будут понимать, зачем нужна программа. СКАТ занимается вопросами эмпирической терапии. По мнению специалиста, есть необходимость выделить отдельный раздел по целенаправленной терапии, по алгоритмам выбора: «Потому что на самом деле здесь есть много подводных камней, и могут быть ошибки при назначении антибиотиков. Наверное, какой-то раздел по целенаправленной терапии будет внесён».

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 14 (2326)

Определение

Нервно-мышечные заболевания – большая группа болезней, при которых отмечается поражение мышечной ткани, нервно-мышечного синапса, периферических нервов, передних рогов спинного мозга. Наиболее распространёнными нервно-мышечными заболеваниями являются миопатии, миотонии, миастения.

Миастения – самостоятельная нозологическая форма, аутоиммунное заболевание, сопровождающееся слабостью и патологической утомляемостью мышц вследствие блокады аутоантителами постсинаптических ацетилхолиновых рецепторов нервно-мышечных соединений.

Классификация

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
G70.0	Myasthenia gravis (тяжёлая миастения)

Клинически выделяют несколько форм миастении.

1. Генерализованная форма с нарушениями и без нарушений дыхания и сердечной деятельности.

2. Локальные формы:

- а) глоточно-лицевая с нарушением и без нарушения дыхания;
- б) глазная;
- в) скелетно-мышечная с нарушением и без нарушения дыхания.

По характеру течения выделяют прогрессирующую и стационарную формы миастении, а также миастенические эпизоды.

Этиология и патогенез

Миастения не относится к наследственным заболеваниям, её этиология полностью не установлена. У 60-70% больных находят изменения вилочковой железы в виде опухоли или гиперплазии.

Патогенез. В основе заболевания лежит нарушение нервно-мышечной передачи, что подтверждается комплексом фармакологических воздействий и современными морфологическими исследованиями. Согласно аутоиммунной теории, патологически изменённая вилочковая железа вырабатывает специфические антитела против холинорецепторов, что вызывает конкурентный блок синаптической проводимости. Игрет роль нарушение синтеза ацетилхолина в результате дефекта активности ферментов и недостаточная чувствительность холинорецепторов концевой пластинки. В сыворотке больных миастенией можно обнаружить антитела к скелетным мышцам и к эпителиальным клеткам вилочковой железы. В итоге нарушение нервно-мышечной передачи происходит из-за уменьшения числа холинорецепторов концевой пластинки синапсов и/или их недостаточной чувствительности к ацетилхолину или нарушения синтеза ацетилхолина вследствие дефицита специфических ферментов — особенно при аутоиммунном дефиците. Часто обнаруживаемый высокий титр антител к белку ацетилхолиновых рецепторов коррелирует с тяжестью заболевания.

Патоморфология. При биопсии мышц обнаруживаются атрофические и дистрофические изменения отдельных мышечных волокон, в интерстициальной соединительной ткани наблюдаются лимфоцитарные и гистиоцитарные инфильтраты.

Общие клинические характеристики миастенического синдрома

Главными клиническими признаками миастении являются мышечная слабость и патологическая мышечная утомляемость, которые могут быть диффузными или ограниченными. От неврогенных (центральных и периферических) парезов мышечная слабость отличается тем, что при повторении движений она возрастает и может достигнуть степени паралича. После отдыха сила мышц частично или полностью восстанавливается.

Заболевание чаще отмечается у взрослых. В зависимости от формы страдания миогенные парезы могут быть локальными или генерализованными. В типичных случаях заболевание начинается с глазных мышц (наиболее нагруженных в процессе рабочего дня). Развиваются птоз верхних век (одно- или двусторонний), косоглазие,

двоение предметов. К вечеру эти симптомы под влиянием утомления могут нарастать, а утром, после сна, быть выражены нерезко. В дальнейшем может развиваться генерализация патологического процесса: появляются слабость и утомляемость мимических и жевательных мышц, мышц языка, глотки, гортани («бульбарный» паралич), шеи, туловища и конечностей. Возможны нарушения дыхания и сердечно-сосудистой деятельности. Глубокие рефлексы при миастении нормальные или снижены, чувствительных нарушений нет.

Тяжёлым осложнением миастении является развитие миастенического криза, при котором отмечается резкое ухудшение со-

стояния в виде генерализованной мышечной слабости, появления бульбарных симптомов и нарушений дыхания. При отсутствии срочных реанимационных мероприятий миастенический криз может привести к летальному исходу.

Следует строго дифференцировать миастенические и холинорецепторные кризы.

Миастенические кризы — ухудшение состояния вследствие неэффективности назначаемых антихолинэстеразных препаратов (табл. 1).

Холинорецепторные кризы возникают из-за передозировки указанных препаратов. В таблице 1 приведены сведения о симптомах, характерных для миастенических и холинорецепторных кризов.

При любом варианте миастенических кризов необходима экстренная госпитализация в отделения реанимации, однако на

Обязательные вопросы:

При расспросе больного нужно уточнить: Когда началось заболевание? – сколько времени назад (дни, недели, месяцы, годы). Нарастает ли слабость в ногах и руках к вечеру?

Имеется ли двоение в глазах, нарушение глотания, изменения голоса?

Если болезнь прогрессирует, то с чего она началась?

Какими хроническими заболеваниями болеет и что постоянно принимает?

Лечение (D, 4)

Оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе подразумевает проведение мероприятий по поддержанию витальных функций и срочную госпитализацию.

При наличии дыхательных нарушений выполняют следующие мероприятия.

Поддержание проходимости верхних дыхательных путей. Использование маски для подачи кислорода неприемлемо из-за избыточной саливации и нарушенного глотания. Интубация должна проводиться с осторожностью.

Оказание скорой медицинской помощи при миастении

Клинические рекомендации (протокол)

Характеристика симптомов при миастеническом и холинорецепторном кризах

Таблица 1

Симптомы	При миастеническом кризе	При холинорецепторном кризе
Величина зрачков	Широкие	Узкие; парез аккомодации
Пульс	Тахикардия	Брадикардия
Артериальное давление	Нормально или нерезко снижено	Быстро резко снижается
Мышечные фасцикуляции	Не характерны	Резко выражены
Боли в животе; бурная перистальтика кишечника; понос; рвота	Не наблюдаются	Резко выражены
Одышка, афония, невозможность отхаркивания содержимого ротоглотки	Очень характерны	Не характерны

догоспитальном этапе необходимо проводить мероприятия для восстановления проходимости верхних дыхательных путей.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Осмотр и физикальное обследование.
✓ оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания, дыхания, кровообращения

- ✓ визуальная оценка: положение больного, наличие асимметрии лица, птоза век
- ✓ измерение ЧДД, ЧСС (тахипноэ, тахикардия или брадикардия, неправильный ритм)
- ✓ измерение АД
- ✓ наличие очаговых неврологических симптомов:

- нарушение речи и глотания (плохо говорит, не понимает обращенную речь);
- нарушение движений (в одной или нескольких конечностях с одной стороны, с двух сторон);
- нарушение болевой и температурной чувствительности (на лице, туловище, в одной или нескольких конечностях с одной стороны, с двух сторон);
- наличие координаторных расстройств (испытывает затруднения при ходьбе, выполнении мелких движений, пользовании предметами, чувствует сильное головокружение в покое или при движениях и др.);
- нарушение зрения (двоение, слепота).

Важно! Каждый пациент с признаками миастении должен рассматриваться как пациент с потенциально возможной острой дыхательной недостаточностью. Обращают внимание на нарушения частоты, глубины и ритма дыхания, участие «вспомогательной» мускулатуры, обычно не участвующей в акте дыхания. Поэтому в первую очередь оцениваются следующие признаки:

- одышка;
- ограниченная экскурсия грудной клетки и живота при вдохе;
- парадоксальное движение грудной клетки при дыхании;
- западание межреберных мышц на вдохе;
- попытка опираться руками при вдохе.

Постановка диагноза

Для уточнения диагноза миастении имеет значение сочетание следующих симптомов: патологическая слабость жевательной мускулатуры, рук и ног, которые нарастают при повторении.

При наличии показаний перевод больного на ИВЛ.

Предупреждение осложнений (аспирация, травмы конечностей и суставов).

Нарушения функции сердечно-сосудистой системы купируются симптоматическими средствами.

Экстренная терапия при миастеническом кризе заключается во внутривенном введении 0,5-1,0 мл 0,05%-ного раствора прозерина, а затем – внутримышечно 2-3 мл того же раствора. В последующем частота инъекций определяется состоянием больного. Необходимо организация искусственной вентиляции лёгких и санация дыхательных путей.

Показания к интубации на догоспитальном этапе:

- ✓ выраженные формы нарушений дыхания вне зависимости от состояния сознания
- ✓ тахипноэ – частота дыхания свыше 40 в минуту
- ✓ брадипноэ – частота дыхания менее 10 в минуту
- ✓ наличие патологических форм дыхания.

Интубация трахеи выполняется только при условии хорошего владения техникой проведения манипуляции. Интубация снижает вероятность аспирации и регургитации при проведении комплекса реанимационных мероприятий. Интубация осуществляется путём введения интубационной трубки с раздувной манжеткой (либо ларингеальная двухпросветная трубка), обеспечивающей плотное прилегание к стенке трахеи, через рот в глотку. Процедура проводится под контролем ларингоскопа. Из набора для интубации, имеющегося у бригады «скорой» помощи, нужно выбрать трубку необходимого диаметра и длины.

В пути следования необходимо постоянное наблюдение и кислородная поддержка. Аппаратура для ИВЛ должна находиться в постоянной готовности для немедленного подключения. При недостаточной эффективности интубации и санирования трахеобронхиального дерева начинают ИВЛ. Для протезирования функции дыхания к трубке подключают ручные или автоматические портативные аппараты для ИВЛ, имеющиеся на оснащении бригад «скорой» помощи – мешок Амбу, Пневмакомп, Медумат и др.

Часто встречающиеся ошибки на догоспитальном этапе

Отказ в госпитализации при умеренных нарушениях функции дыхания.

Необоснованное применение миорелаксантов или средств, вызывающих мышечную слабость (транквилизаторы, антиконвульсанты и пр.), для купирования болевого синдрома.

Неполный сбор анамнеза.

Применение лицевой маски при ИВЛ.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СтОСМП)

Алгоритм экстренных мероприятий при любом варианте кризов (D,4).

Купирование нарушений дыхания: санация ротоглотки и трахеобронхиального дерева во избежание аспирационного трахеобронхита и пневмонии.

Интубация трахеи или перевод на ИВЛ – в зависимости от степени тяжести состояния больного.

Назначение цефалоспоринов при первых признаках пневмонии.

Адекватное энтеральное или – при бульбарных нарушениях – парентеральное питание.

Алгоритм экстренных мероприятий при миастеническом кризе (D,4):

✓ прозерин в/в по 1-2 мл 0,05%-ного раствора; при необходимости 2-3 раза в сутки
✓ иммуноглобулин в/в в суточной дозе 400 мг

✓ при неэффективности перечисленных мероприятий дополнительно назначается преднизолон в суточной дозе 100 мг

✓ для профилактики пневмонии – цефалоспорины III и IV поколений (цефотаксим,

Применение лекарств при миастении (по С.Мальбергу, 2001)

Группы лекарственных средств	Средства, способные утяжелять течение миастении	Безопасные средства
Антибактериальные средства	Стрептомицин, гентамицин и другие аминогликозиды, полимиксин В, тетрациклин, линкомицин, пенициллин в больших дозах, ципрофлоксацин, сульфамиды	Цефалоспорины III и IV поколений, левомецетин, рифампицин, нитрофуран, изониазид
Противоэпилептические средства	Триметин, дифенин, барбитураты, карбамазепин, бензодиазепины (в высоких дозах)	Препараты вальпроевой кислоты, гексамедин
Психотропные средства	Аминазин, препараты лития, amitриптилин	Сонопакс, бензодиазепины (малые дозы)
Гормональные средства	Кортикостероиды могут назначаться при строгом контроле, так как могут вызывать нарастание слабости в начале лечения. Препараты АКТГ, оральные контрацептивы, окситоцин, гормоны щитовидной железы	–
Кардиологические средства	Бета-блокаторы, хинидин, лидокаин, новокаиномид, антагонисты ионов кальция, ганглиоблокаторы, гуанетедин	Дигоксин, резерпин, метилдофа, спиролактон, триамтерен
Анальгетики и противовоспалительные средства	Производные морфина, хинин, хлоракон, Д-пеницилламин	Аспирин, нестероидные противовоспалительные средства, пентазоцин, соли золота
Другие средства	Миорелаксанты, соли магния, йодсодержащие контрастные средства	

цефтриаксон, цефтазидим, цефметазол, цефпирон и др.)

✓ для купирования возбуждения – в/в или в/м 1 мл 0,5%-ного раствора галоперидола (до 20 мг/сут).

Алгоритм экстренных мероприятий при холинергическом кризе (D,4)

Немедленная отмена антихолинэстеразных препаратов.

Внутримышечное или подкожное – в зависимости от тяжести состояния больного

– введение 0,5-1,0 мл 0,1%-ного раствора атропина. Инъекции могут при необходимости повторяться с интервалом в 1-2 часа до появления сухости во рту.

Возникновение кризов обоих упомянутых типов может быть, в определённой мере, предотвращено исключением из практики лечения препаратов, ухудшающих течение миастении (табл. 2). В таблице 2 упомянуты также безопасные средства.

Таким образом, во избежание развития

миастенических кризов ведение больных требует чрезвычайной осторожности при назначении медикаментозной терапии.

Игорь ВОЗНЮК,
заместитель директора по научной работе Санкт-Петербургского научно-исследовательского института им. И.И.Джанелидзе, профессор кафедры нервных болезней Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова.

Оказание медицинской помощи детям с острой респираторной вирусной инфекцией

Клинические рекомендации

(Окончание.)

Начало в № 14 от 13.04.2022.)

– дети с явлениями дыхательной недостаточности, имеющие какие-либо из следующих симптомов: хрипящее дыхание, раздувание крыльев носа при дыхании, кивательные движения (движения головы, синхронизированные со вдохом); частота дыхательных движений у ребёнка до 2 месяцев > 60 в минуту, у ребёнка в возрасте 2-11 месяцев > 50 в минуту, у ребёнка старше года > 40 в минуту; втяжение нижней части грудной клетки при дыхании; насыщение крови кислородом < 92% при дыхании комнатным воздухом.

Средняя длительность нахождения в стационаре может составить 5-10 дней в зависимости от нозологической формы осложнения и тяжести состояния.

Госпитализация детей с назофарингитом, ларингитом, трахеобронхитом без сопутствующих опасных признаков нецелесообразна.

Фебрильная лихорадка при отсутствии других патологических симптомов у детей старше 3 месяцев не является показанием для госпитализации в стационар.

Дети с простыми фебрильными судорогами (продолжительностью до 15 минут, однократно в течение суток), завершившимися к моменту обращения в стационар, не нуждаются в госпитализации, но ребёнок должен быть осмотрен врачом для исключения нейроинфекции и других причин судорог.

Профилактика

Первостепенное значение имеют профилактические мероприятия, препятствующие распространению вирусов: тщательное мытьё рук после контакта с больным.

Важно также ношение масок, мытьё поверхностей в окружении больного, в лечебных учреждениях – соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, соответствующая обработка фонендоскопов, отоскопов, в детских учреждениях – быстрая изоляция заболевших детей, соблюдение режима проветривания.

Профилактика большинства вирусных инфекций остаётся сегодня неспецифической, поскольку вакцин против всех респираторных вирусов пока нет. Вместе с тем ежегодная вакцинация против гриппа с возраста 6 месяцев снижает заболеваемость. Доказано также, что вакцинация детей против гриппа и пневмококковой инфекции снижает риск развития острого среднего отита у детей, то есть уменьшает вероятность осложнённого течения ОРВИ. В случае контакта ребёнка с больным гриппом, в качестве профилактики возможно

Таблица 2
Организационно-технические условия оказания медицинской помощи

Вид медицинской помощи	Специализированная медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Стационарно/в дневном стационаре
Форма оказания медицинской помощи	Неотложная

Таблица 3
Критерии качества оказания медицинской помощи

Критерий	Вид критерия
общий анализ крови	событийный
общий анализ мочи (при повышении температуры выше 38°C)	событийный
определение уровня С-реактивного белка (при повышении температуры выше 38°C)	событийный
рентгенография органов грудной клетки проведена только в случае подозрения на развитие пневмонии	событийный
в случае подозрения на развитие синусита – рекомендована консультация оториноларинголога	событийный
в случае подозрения на грипп – назначена этиотропная терапия	событийный
жаропонижающие препараты рекомендуются только симптоматически (не рекомендовано плановое назначение)	событийный
не рекомендовано плановое назначение антибактериальных препаратов при отсутствии подтверждённой бактериальной инфекции	событийный
назначены симптоматические препараты элиминационного действия	событийный
местные деконгестанты назначены коротким курсом	событийный
не рекомендовано плановое назначение муколитиков	событийный
не рекомендовано плановое назначение антигистаминных препаратов	событийный
не рекомендовано использование иммуномодуляторов	событийный
повторные анализы крови и мочи не проводились при отсутствии отклонений при первичном обследовании	событийный
проведение общего анализа крови в первые сутки установления диагноза и до назначения антибактериальной терапии	временной
проведение общего анализа мочи в первые сутки установления диагноза и до назначения антибактериальной терапии	временной
если рекомендована противовирусная терапия, то она назначена своевременно – только при обращении ребёнка в первые 48 часов болезни	временной
купирование симптомов болезни	результативный

применение ингибиторов нейраминидазы (осельтамивир, занамивир) в рекомендуемой возрастной дозировке.

У детей первого года жизни из групп риска (недоношенность, бронхолегочная дисплазия, гемодинамически значимые вро-

ждённые пороки сердца) для профилактики РС-вирусной инфекции в осенне-зимний сезон проводится пассивная иммунизация паливизумабом, препарат вводится внутримышечно в дозе 15 мг/кг ежемесячно раз в месяц с ноября по март (см. ФКР по

оказанию медицинской помощи детям с БЛД, ФКР по иммунопрофилактике респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у детей).

Бактериальные лизаты (код АТХ J07AX; код АТХ L03A; код АТХ J07AX; код АТХ A01AB11; код АТХ R07AX; код АТХ L03AX) у часто болеющих респираторными инфекциями детей, особенно организованных в детских коллективах, вероятно, могут сократить заболеваемость респираторными инфекциями, хотя доказательная база у этих препаратов не велика.

Надёжных свидетельств о снижении респираторной заболеваемости под влиянием различных иммуномодуляторов – нет. Не доказана также профилактическая эффективность растительных препаратов и витамина С, гомеопатических препаратов.

Исходы и прогноз

Как указано выше, ОРВИ в отсутствие бактериальных осложнений скоротечно, хотя и могут оставлять на 1-2 недели такие симптомы, как отделяемое из носовых ходов, кашель. Мнение о том, что повторные ОРВИ, особенно частые, являются проявлением или приводят к развитию «вторичного иммунодефицита», безосновательно.

Критерии качества оказания медицинской помощи (табл. 2, 3)

Актуализация данных клинических рекомендаций будет проводиться не реже, чем один раз в три года. Принятие решения об обновлении будет принято на основании предложений, представленных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями с учётом результатов комплексной оценки лекарственных препаратов, медицинских изделий, а также результатов клинической апробации.

Расшифровка примечаний

...ж – лекарственный препарат, входящий в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2016 г. (Распоряжение Правительства РФ № 2724-р от 26.12.2015)

...вк – лекарственный препарат, входящий в Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций (Распоряжение Правительства РФ № 2724-р от 26.12.2015)

Под редакцией
главного педиатра Минздрава России
академика РАН
Александра БАРАНОВА.

Почти 79% россиян, переболевших COVID-19 или отмечавших у себя его симптомы, сталкивались с последствиями этого заболевания, причём каждый третий из них во время выздоровления ощущал общую слабость. Такие данные получил Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) в ходе проведённого опроса населения России. По мнению специалистов, слабость и упадок сил являются проявлениями астении – болезненного состояния, которое называют «визитной карточкой» нового коронавируса, и которое необходимо лечить.

Расставляя акценты

По официальным данным, на текущий момент в России зафиксировано более 18 млн случаев заболеваний этой болезнью, способной протекать и как острая респираторная инфекция лёгкого течения, и в достаточно тяжёлой форме. Согласно недавно проведённому опросу ВЦИОМ, почти треть респондентов отметили, что у них коронавирус был официально подтверждён; а 20% замечали у себя его симптомы, не сдавая при этом тестов, или тесты у них были отрицательными. У 79% переболевших наблюдались различные последствия COVID-19, но лишь 17% из тех, кто перенёс коронавирус или отмечал у себя его симптомы, проходили специальные восстановительные мероприятия.

«Уже два года мы, как и весь мир, живём в условиях пандемии COVID-19, – говорит заместитель директора по научной работе Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии Роспотребнадзора РФ член-корреспондент РАН Александр Горелов. – За это время нами очень многое сделано для борьбы с новым коронавирусом: перестроена система оказания медицинской помощи, созданы и внедрены эффективные меры диагностики и иммунопрофилактики болезни, разработаны программы реабилитации».

По его словам, коронавирус расставил в обществе акценты отношения к инфекционным заболеваниям в целом. До этого они долгое время считались уделом развивающихся и слаборазвитых стран. А в развитых странах, дескать, «инфекцией» люди болеть не должны. Классический пример: после открытия пенициллина конгресс США постановил, что к 1980 г. об инфекционных заболеваниях мир вообще забудет. XXI век эту эйфорию нарушил: едва ли не каждый год стали появляться новые респираторные патогены, а последнюю пару лет иначе как эпохой пандемии COVID-19 уже и не называют.

«Некая успокоенность, существовавшая ранее, привела к тому, что инфекционные стационары закрыли, врачи-инфекционисты были упразднены – якобы не с чем бороться, – комментирует Александр Васильевич. – Ни свиной грипп, ни угроза птичьего, а летальность более 70%, нас ничему не научили: мы по-прежнему сокращали и саму службу, и преподавание инфекционных болезней (а это – полторы тысячи нозологических форм!); закрывали кафедры, где закладывались основы вакцинопрофилактики. Шло системное разрушение понятия «инфекционные болезни». Последствия не заставили себя ждать: число смертей вследствие коронавируса в России приближается к 400 тыс.; при этом число погибших на посту медиков исчисляется многими сотнями.

Где тонко, там и рвётся

И если вначале терапия нового заболевания подбиралась, как говорится, наощупь, сегодня у врачей, по словам А.Горелова, уже появились новые знания о ковиде, которые поневоле сравниваются

с хорошо изученной картиной заболевания гриппом.

«Согласно стандартным определениям, всё, что произошло с пациентом в течение двух месяцев после перенесённого гриппа, считается последствием заболевания, – говорит он. – Однако грипп относится к управляемым инфекциям. У нас есть, с одной стороны, вакцина (их в России, как минимум, 9), а с другой стороны – лекарства, которые целенаправленно действуют на вирус гриппа. И если в первые два дня манифе-

Каждый третий опрошенный отмечал появление после болезни сильной слабости, именуемой медиками астенией. От обычной усталости она отличается тем, что имеет продолжительное течение, не проходит после отдыха и приводит к устойчивому снижению активности. Астения встречается у 75% людей, перенёвших инфекционное заболевание, в том числе такие, как ОРВИ и грипп. При COVID-19 специалисты наблюдали её у 80% пациентов на стадии болезни и у 60% выздоровевших.

томы, как мышечная боль любой локализации и головная боль; головокружение, нарушение сна; постоянная раздражительность, тревога, напряжение. И самые разнообразные сбои в работе желудочно-кишечного тракта.

Пациенты жалуются также на мышечную слабость; гораздо меньше, чем ранее, выносливость и переносимость нагрузок; на затруднения с восприятием яркого света и громких звуков, нарушение аппетита, изменение веса, отёчность.

восстановления пациентов после таких состояний».

По её словам, терапия астенических состояний включает в себя и медикаментозные методы с применением адаптогенов, антигипоксантов, антиоксидантов, энергокорректоров, цитопротекторов, вазопротекторов и других классов препаратов, и немедикаментозные (ЛФК, физиотерапия, санаторно-курортное лечение, когнитивно-поведенческая и психотерапия, аутотренинг). Однако последняя не всегда бывает дей-

Особый случай

Астения – это не просто усталость

Она требует внимания и лечения

станции заболевания мы принимаем соответствующие препараты, то исходы не столь страшны, как, например, при ковиде».

А при ковиде любой подъём заболеваемости (так называемая волна) в эпидпроцессе обусловлен сменой генного варианта. И как уже не раз отмечалось, каждый раз это «дарит» абсолютно новые знания. Хотя, по мнению специалистов, пропорция тяжёлых форм при воздействии различных штаммов коронавируса примерно одна и та же, как и при любой классической инфекции – кори, краснухе, гриппе. А вот последствия, с которыми сталкивается человек, бывают самыми разнообразными. Однако наиболее часто инфекция поражает так называемые шоковые органы, уже имеющие определённые патологии.

Чаще всего страдает головной мозг, а в целом (и это уже подтверждено исследованиями) ковид приводит к формированию «букета» из 16 неврологических и психических проблем. Набор симптомов абсолютно индивидуален, но когда их у пациента несколько, ему рекомендуют в первую очередь обратиться к специалисту, в чьём «ведении» находятся наиболее беспокоящие проявления.

Временной промежуток проявления пост-ковидного синдрома трудно определить: сначала считалось, что это 2 месяца, потом стали говорить о 4-6, а теперь он сохраняется до года.

Не случайно во Франции уже создано сообщество людей, которые перенесли ковид, и сейчас в соцсетях делятся опытом преодоления как заболевания, так и его последствий.

Важность проблемы подтверждают такие данные: сегодня пост-ковидный синдром наблюдается практически у 50% взрослых. А у каждого третьего ребёнка, согласно опубликованным в Швеции ещё в 2000 г. данным, развивается состояние, требующее врачебного внимания, – мультисистемный воспалительный синдром.

Преодолеть бессилие

По словам директора по работе ВЦИОМ с органами государственной власти, члена Общественного совета Минздрава России Кирилла Родина среди ощутивших последствия COVID-19 респондентов почти половина назвала оставшийся после болезни симптом: характерный для ряда штаммов: нарушение вкусов и запахов. У многих появились одышка при малейших физических нагрузках, бессонница, депрессия, тревожность и даже усилились аллергические реакции.

«Астению во врачебной среде мы называем «визитной карточкой» COVID-19, – говорит руководитель отдела профилактики когнитивных и психоэмоциональных нарушений Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины Минздрава России доктор медицинских наук Вероника Шишкова. – Общая слабость, утомляемость, непереносимость нагрузок наблюдаются у пациентов как на этапе заболевания, так и после выздоровления». По её словам, эта проблема особо актуальна для трудоспособного населения:

Значительно снижается работоспособность не только физическая, но и умственная. Возникает когнитивная дисфункция. Многие жалуются на нарушения памяти и бдительности, внимания, способности к концентрации. Появляются психологические проблемы: снижение уверенности в себе, мотивации, самооценки; возникает частая смена настроения, подступают различные страхи. Астения оказывает влияние и на сексуальную жизнь: снижается или отсутствует либидо, происходит ослабление эрекции, накачивает одиночество.

Значительно снижается работоспособность не только физическая, но и умственная. Возникает когнитивная дисфункция. Многие жалуются на нарушения памяти и бдительности, внимания, способности к концентрации. Появляются психологические проблемы: снижение уверенности в себе, мотивации, самооценки; возникает частая смена настроения, подступают различные страхи. Астения оказывает влияние и на сексуальную жизнь: снижается или отсутствует либидо, происходит ослабление эрекции, накачивает одиночество.

«Мы отмечаем, что при COVID-19 у пациентов нарушаются процессы метаболизма, развивается гипоксия, из-за которой страдают центральная нервная система, миокард, сосуды, почки и другие органы, – говорит он. – Поэтому наша задача – обеспечить тех, кто получает лечение от коронавируса как амбулаторно, так и в стационаре, дополнительными препаратами, которые восстанавливают энергетический баланс клетки в условиях дефицита кислорода, переключая организм на наименее кислородозатратные пути получения энергии».

Цель лечения пациентов с пост-ковидным синдромом и астенией, в частности, – активировать восстановительные функции организма, повысить адаптацию к нагрузкам, нормализовать режим труда и отдыха. Одним словом, вернуть человека в то состояние, которое у него было до болезни.

Что интересно: по словам К.Родина, 64% из тех, кто проходил восстановительные мероприятия после коронавируса, признали наиболее распространённой формой реабилитации приём лекарственных средств. Каждый пятый опрошенный россиянин (19%) считает, что приём лекарственных средств и витаминов может ускорить процесс реабилитации, но 61% резонно считает, что в любом случае для этого необходима консультация врача.

Тем не менее, по мнению экспертов, жители нашей страны сегодня уделяют недостаточное внимание негативным последствиям для организма перенесённого COVID-19. Ведущие специалисты убеждены: перенёвшим заболевание пациентам стоит более пристально следить за своим здоровьем, и при возникновении слабости, астении, обращаться за рекомендациями к медикам, а не ждать, пока проявления пост-ковидного синдрома сами пройдут. Как показывает врачебный опыт, такая беспечность в большинстве случаев чревата ещё более тяжёлыми осложнениями.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Фото автора.



Точка зрения

Дороги к храму здоровья

Использование лучшего, что создано человечеством, расширяет врачебные возможности

Не так давно в СМИ появилась информация о том, что секрет «эффективности» гомеопатии – в некорректном применении правил, созданных для проведения исследований. Изучая действенность препаратов, гомеопаты зачастую не регистрируют исследования в соответствующем реестре заранее, а лишь публикуют те результаты, которые подтверждают эффективность. Проанализировав записи в крупных международных реестрах клинических испытаний и исследовательских базах данных, специалисты из Австрии и США пришли к выводу, что раз в них отсутствуют записи о гомеопатических исследованиях, веры исследователям нет. Однако с оговоркой, что некоторые исследования всё же подтверждают положительный эффект гомеопатических средств. Исследователи гомеопатии говорят, что в этих правилах совершенно не учитывается длительный опыт применения гомеопатических лекарств на миллионах пациентов, а также особенности применения гомеопатических препаратов, что требует совместной работы для согласования базовых черт проведения таких исследований.

Наиболее известным за несколько последних лет критическим документом относительно гомеопатии является так называемый Австралийский доклад № 2, созданный в 2016 г. по заказу Министерства здравоохранения Австралийского содружества. Однако к нему теперь имеется много вопросов о международных гомеопатических институтах, а также властей содружества в связи с тем, что рабочая группа по докладу состояла из противников данного лечебного метода и потому описанные негативные результаты не являются объективными.

В этой связи вспоминается «гомеопатический шторм», разразившийся в феврале 2017 г. Тогда противники гомеопатии, желавшие известить её под корень, предприняли попытку «окончательно и бесповоротно» расправиться с этим «несовременным» лечебным методом. Комиссия по борьбе с лженаукой и фальсификацией научных исследований при президиуме РАН выпустила меморандум, подписанный всего 20% состава комиссии. В этом меморандуме гомеопатия была названа лженаукой, с распространением которой следовало бороться. Но многие встали на её защиту. Прежде всего Всемирная организация здравоохранения, которая считает гомеопатию неотъемлемой частью медицины. Член этой комиссии академик РАН Сергей Колесников высказал суждение, что она не имеет права делать какие-либо заявления, ведь это общественный орган при РАН, и вообще «наука – это поиск. Запретить изучение чего-то нельзя, иначе мы скатимся во времена тоталитаризма. Наконец, нельзя объявлять лженаукой то, что не познано». Тогда же данное направление было поддержано высказываниями в СМИ рядом ответственных лиц Министерства здравоохранения РФ, Комитета Госдумы РФ по охране здоровья, Национальной медицинской палаты, многими профильными структурами, а в Общественной палате РФ было проведено специальное заседание.

Что же представляет собой современная гомеопатия? Архаизм это, лженаука или перспективное лечебное направление? Об этом мы попросили высказаться президента Национальной ассоциации традиционной и комплементарной медицины доктора медицинских наук Марию ТОМКЕВИЧ, которая много лет занимается изучением различных оздоровительных систем мира, гомеопатии, четверть века была главным консультантом по гомеопатии медицинского центра Управления делами Президента РФ.

– Мария Суменовна, как вы считаете, сегодня, когда врачи работают по современным технологиям, традиционная/комплементарная медицина уже совсем не ко двору? Могут ли сосуществовать современная медицина и традиционная или это неразрешимый антагонизм и, образно говоря, одна из них должна пасть в бою?

– Не только могут, но и должны, но не сосуществовать, а совместно работать для здоровья людей. За академической медициной высокие технологии, новейшие научные разработки. Академическая медицина весьма преуспела, в её арсенале неоспоримые заслуги перед человечеством. За традиционной для народов медициной – огромный практический опыт применения, ведь именно благодаря лечебным направлениям традиционной медицины люди выжили, несмотря на ужасающие болезни, которые сопровождали человечество. Именно благодаря ей мы живём и спорим о её эффективности. ВОЗ считает традиционную медицину «недооценённым ресурсом здравоохранения».

Академическая и традиционная медицина отлично сочетаются. Так считают ВОЗ и огромное число современных врачей, которые организуют большое число международных форумов по интегративной медицине. Я имею личный опыт и также придерживаюсь такой точки зрения. В фокусе внимания академической медицины – болезни, в фокусе традиционной – человек. В настоящее время по инициативе ВОЗ эту медицину принято называть комплементарной, то есть дополняющей.

– Иначе говоря, традиционная медицина следует принципу Гиппократа: «лечить не болезнь, а больного»?

– Именно. Этот постулат нам хорошо известен со студенческой скамьи, однако в современной медицине практически не осталось для этого рычагов. Академическая медицина фактически ушла с этих позиций и сейчас занимается только лечением болезни. Традиционная/комплементарная медицина в сочетании с академической может позволить лечить и болезнь, и больного. Такая интеграция сформирует иную медицину, медицину интегративную, медицину будущего. Об этом говорилось, в частности, на большом Международном конгрессе по интегративной медицине в Штутгарте в 2016 г., где была принята специальная декларация о том, что несмотря на значительные достижения современной медицины, она пока не решает всех существующих вопросов. Для решения большей части этих вопросов требуется интеграция разных медицинских направлений.

Говорят, к храму ведёт много дорог. Стремясь к храму здоровья, надо изучать все пути и в каждом случае выбирать лучшие. Сегодня много говорят о персонализированной медицине, при этом подразумевается учёт генетических особенностей, а порой даже вмешательство в эту сферу. Но в традиционной/комплементарной медицине персонализация проверена временем. Наиболее проработана такая персонализация в гомеопатии, которая является частью комплементарной медицины. В гомеопатии индивидуальное назначение делается в соответствии с фенотипическими маркерами индивидуальных реакций, а также учитываются возможные эпигенетические воздействия.

– Скажите, отчего гомеопатию сегодня всеми силами пытаются



запретить? Неужели у неё нет будущего?

– Гомеопатия постоянно подвергается нападкам, начиная ещё с конца XVIII века, когда была введена в качестве метода лечения немецким врачом и исследователем Фридрихом Христианом Самуилом Ганеманом. Метод, прямо скажем, оказался гениальным. Уменьшая концентрации современных ему лекарств с выражаемыми побочными эффектами, он создал лекарства с регулируемой активностью, не имеющие побочных эффектов. Многие коллеги-современники Ганемана не смогли понять и принять его учение, поэтому критика не утихла. И современная критика во многом похожа на критику того периода. Однако гомеопатия идёт вперёд. Эта успешная лечебная практика теперь изучается научными методами, только в России защищено около 200 диссертаций по эффективности метода при лечении как людей, так и животных, у которых отсутствует эффект плацебо. Понимание процессов, происходящих при получении гомеопатического лекарства, сейчас активно исследуется физиками и химиками как в России, так и в других странах. И уже имеются важные результаты. Такие междисциплинарные исследования необходимы в связи с пониманием сложности технологической подосновы получения гомеопатического лекарства. Думаю, надо разделить понимание многократно доказанной клинической эффективности метода и вопросов научного изучения и объяснения этого действия. Первое – дело практиков, второе – задача большой фундаментальной науки.

В XXI веке споры вокруг гомеопатии не утихают. В 2017 г. в связи с вышеуказанным меморандумом велись досужие разговоры о её запрете, дескать, эти методы бесполезны, даже вредны. Но для кого они бесполезны? Для фармкомпаний, видимо...

Я считаю, что у гомеопатии огромные перспективы. Из года в год её востребованность во всём мире нарастает, поскольку люди стремятся к эффективному и мягкому лечению. Конечно, гомеопатическая терапия не является основным методом, принятым в академической медицине, тем не менее существующий опыт позволяет заключить, что применение этого метода в дополнение к основному лечению может значительно улучшить результаты терапии, сократить сроки болезни и госпитализации, повысить качество жизни пациентов и уменьшить затраты на лечение каждого пациента.

– Проводились ли с помощью методов доказательной медицины исследования по действенности гомеопатических лекарств?

– Эффективность и безопасность гомеопатических препаратов доказаны клинически, проверены временем, побочных явлений не отмечено. В последнее время звучали обвинения, что гомеопатия не располагает научными объяснениями. Это не совсем так. Поймите: существуют разные пути к здоровью человека. Доказательная медицина – это эффективность в исследовании, а гомеопатия – это эффективность у постели больного. Врач, владеющий методом гомеопатии, может подобрать персонализированное лечение пациенту с букетом заболеваний, в доказательной медицине

не проводятся исследования на сложных пациентах. Их лечение всегда не соответствует «доказательным» исследованиям. Кроме того, нынешняя пандемия новой коронавирусной инфекции показала, что принципы доказательной медицины не всегда применимы, тут в лечении большую роль играло врачебное искусство, врачебное понимание заболевания. Есть данные по эффективному лечению этого заболевания с применением средств традиционной китайской медицины, аюрведы и, конечно, гомеопатии. Ещё в 1900 г. председатель Российского гомеопатического общества Лев Бразоль писал: «Проверка верности или ложности гомеопатического метода лечения должна проводиться не за письменным столом, а у постели больного». Эффективность метода «у постели больного» не подвергается сомнению. Говорят, что прав тот, кто вылечил. Исходя из этого постулата, гомеопатия права.

Восемь лет назад завершился европейский проект «Камбрелла» по изучению востребованности и эффективности методов комплементарной медицины в разных странах Европы. В итогах проекта было отмечено, что эффективность методов комплементарной медицины практически сравнима с эффективностью современной медицины, а наиболее востребованными методами были фитотерапия и гомеопатия. Косвенным образом эффективность подтверждается и тем, что в ряде государств гомеопатия признана на государственном уровне. Например, правительства Бразилии и Индии субсидируют крупные исследовательские проекты по гомеопатии клинического и фундаментального направлений. В Швейцарии гомеопатия входит в систему обязательного медицинского страхования. В Германии компенсируются расходы на гомеопатические лекарства при их назначении врачом. Гомеопатия применяется в 100 странах мира и во многих имеет государственное регулирование.

– Расскажите о болевых точках гомеопатии в нашей стране.

– Несмотря на большой интерес к данному направлению у жителей России, на государственном уровне гомеопатия не финансируется. В 1995 г. Минздравмедпром России приказом № 335 «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении» дал ей вторую жизнь. Первую – обеспечил специальный императорский Указ 1833 г., разрешивший применение

гомеопатии в России. К настоящему времени зарегистрировано свыше 4,5 тыс. российских и иностранных монокомпонентных и комплексных гомеопатических препаратов. Регистрация осуществляется в соответствии с Федеральным законом № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», а с недавних пор и по правилам, принятым для стран Евразийского союза. В Государственной фармакопее 14-го издания есть блок общих и частных фармакопейных статей, связанный с получением гомеопатических лекарств. В период перестройки сформировались отечественные производства, которые работают в соответствии с системой надлежащей производственной практики (GMP).

Несмотря на это, нам недостаёт адекватных нормативных регуляторных актов, что делает нашу работу несовершенной. Остро нужны иные подходы, иные критерии. Ряд направлений комплементарной медицины, в частности гомеопатия, выпали из перечня медицинских услуг. Традиционная/комплементарная медицина не упоминается в Федеральном законе № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», хотя в стране немало врачей владеют гомеопатией и другими направлениями комплементарной медицины и, оказывая помощь на первичном этапе, могли бы улучшить состояние пациента и уменьшить затраты на оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

Тревожит также и то, что, к сожалению, нынешние врачи мало осведомлены о гомеопатической терапии и других методах комплементарной медицины. Сложилась искажённая ситуация, когда врачи знают о лечебном методе меньше, чем пациенты. Этот вопрос обсуждался в Комитете Госдумы РФ по охране здоровья, Минздраве России, на Совете ректоров медицинских и фармацевтических вузов. В итоге в 2021 г. Минздрав России и совет ректоров принял решение за счёт вариативной части программы предоставлять старшекурсникам и ординаторам знания об основах традиционной/комплементарной медицины, к которой относится и гомеопатия. В связи с этим Национальный образовательный центр традиционной и комплементарной медицины подготовил специальный курс обучения для врачей и выпустил учебное пособие «Гомеопатическая терапия в современной медицине», где систематизированы современные знания, содержатся сведения об исследованиях и рекомендациях по гомеопатической терапии.

– С какими словами вы бы хотели обратиться к коллегам?

– Гомеопатия пришла в Россию 200 лет назад и хорошо укоренилась, завоевала народную любовь, стала широко применяться. Образовались российские школы гомеопатии – Московская и Ленинградская, на базе которых были образованы гомеопатические поликлиники, куда обращались люди со всех концов нашей необъятной Родины. Российский вклад в развитие мировой гомеопатии также довольно значителен. Призываю врачей изучать гомеопатию и другие методы комплементарной медицины и тем самым расширять своё врачебное искусство, которое поможет лучше, быстрее и эффективнее помочь каждому жителю нашей страны.

Беседу вёл
Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

В четвёртом сезоне конкурса управленцев «Лидеры России» флагманского проекта президентской платформы «Россия – страна возможностей» на участие в треке «Наука» было подано более 6 тыс. заявок, 33 человека стали победителями. Из них 18 теперь готовятся принять участие в суперфинале. Сегодня мы представляем одного из них.

Суперфиналист трека «Наука» четвёртого сезона конкурса управленцев «Лидеры России» – генеральный директор ООО «Биоразлагаемые резорбируемые композиты», ведущий научный сотрудник лаборатории функциональных полимерных структур Института синтетических полимерных материалов им. Н.С.Ениколопова РАН Максим Щербина разработал биоразлагаемый сетчатый протез для профилактики грыж при операциях на животе.

На российском рынке это будет первый сетчатый протез, максимально приближенный по своим биомеханическим свойствам к соединительной ткани человека и выполненный из биоразлагаемых полимерных материалов, что позволит применять его в детской хирургии. По мнению специалистов, применение такого протеза открывает новые возможности проведения вмешательств.

Идея родилась в Московской школе управления «Сколково» при участии Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова. Для получения опытных образцов учёным понадобилось более года.

Исследования проводились на базе компании «Биоразлагаемые резорбируемые композиты» и НМИЦ им. В.И.Кулакова.

В команде проекта – десять специалистов, в том числе биологи,

Конкурсы

Создавая будущее

Уникальная разработка для профилактики грыж



М.Щербину поздравляет помощник Президента РФ А.Фурсенко

медики, физики, химики, технологи в области переработки полимеров.

«Во время любых полостных операций разрезаются и потом ушиваются мягкие ткани, что часто приводит к образованию грыжи – выпячиванию внутренних органов», – пояснил М.Щербина. – Эту проблему давно решают сетчатыми протезами, которые сегодня про-

изводятся из неразлагаемых полимеров. Такие сетки повреждают органы и могут привести к хроническому воспалению и рецидиву. Ещё одна проблема заключается в том, что у детей органы растут, а сетка нет, поэтому останавливать её детям было нельзя».

Поэтому российские учёные оптимизировали профиль и толщину

нити, разработали специальный тип плетения сетки и приняли решение использовать биоразлагаемые полимеры.

«Биоразлагаемая сетка будет в течение определённого времени защищать органы, а когда эта необходимость исчезнет, она растворится и заместится собственными тканями. Это решает все проблемы и впервые делает возможным использование сетчатого протеза для детей», – уточнил М.Щербина. – Мы очень долго разрабатывали тип плетения сетки, чтобы она получила требуемое боковое и продольное растяжение, была бесшовной и не травмировала органы. Удалось добиться хорошего совпадения механических свойств протеза и человеческих мышц, благодаря чему сетка воспринимается организмом как своя».

Он также пояснил, что разработка позволит создавать сетки любого необходимого размера, что можно считать переходом к персонализированной медицине. Да и стоимость новых протезов будет невысокой.

Клинические испытания нового продукта планируется начать в сентябре 2022 г. в Москве. Затем разработчики смогут выйти на производство сетчатого протеза. Важно отметить, что часть первых партий будет бесплатно передана детям из малоимущих семей.

«У нас достаточно молодая и амбициозная команда. Мы счи-

таем, что нет ничего невозможного, и доказываем это на деле», – отмечает М.Щербина. – К нам приходили представители многих известных международных фармацевтических компаний, предлагали сотрудничество и даже пытались «перекупить» младший персонал. Но мы решили делать наши протезы самостоятельно, причём на территории нашей страны. Как показала жизнь, это был правильный выбор».

Правда, полимерные материалы, из которых изначально предусматривалось изготавливать новые протезы, делает только одна компания в мире (она находится в Южной Корее). Поэтому сейчас перед российскими учёными и промышленниками стоит новая задача: самим производить биоразлагаемый материал из простых компонентов.

«Задача запустить производство того или иного полимера решается сравнительно просто, – считает М.Щербина. – Но базового сырья чувствительно не хватает, по многим позициям мы всё ещё зависимы от международного рынка. Поэтому химическую промышленность нужно поднимать с синтеза самых простых вещей. А хороших химиков и физиков в России много, и мы умеем работать».

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

В медицинских вузах страны

Не стоим на месте!

Сотрудничество во благо

Кафедра акушерства и гинекологии им. В.С.Груздева Казанского государственного медицинского университета начала цикл лекций для сотрудников кафедр, врачей, ординаторов и аспирантов Ташкентской медицинской академии по программе международного сотрудничества Казанского ГМУ и Ташкентской медицинской академии.

Цикл открыл заведующий кафедрой профессор Ильдар Фаткуллин лекцией «Спорные вопросы применения антикоагулянтов в акушерстве. 12 положений для врача». Слова благодарности после выступления выразила заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Ташкентской медицинской академии профессор Дилбар Намудудинова:

– Спасибо за такую лекцию. Нестандартный и непредвзятый подход в освещении актуальной темы. Интересные данные, чёткие инструкции. Вас слушали более 100 человек – профессора, доценты, ассистенты кафедры, магистры, клинические ординаторы, врачи-ординаторы гинекологи, анестезиологи и наши недавние выпускники.

В рабочей программе цикла – 9 лекций по наиболее актуальным и дискуссионным проблемам современного акушерства и гинекологии. Цикл завершится лекцией профессора И.Фаткуллина «Критические акушерские состояния. Что за этим стоит?».

Расширить возможности

Рособнадзор своим приказом внёс изменения в лицензию Волгоградского государственного медицинского университе-

та, в соответствии с которыми уже в 2022 г. вуз начнёт приём на обучение по направлению подготовки «общественное здравоохранение» с присвоением квалификации «магистр».

Программа нацелена в первую очередь на углублённую подготовку специалистов по охране общественного здоровья. Магистрантов научат разбираться в тонкостях отечественного здравоохранения, чтобы впоследствии решать проблемы профилактики болезней и укрепления здоровья нации. Специалисты, прошедшие подготовку по направлению подготовки «общественное здравоохранение», хорошо проявляют себя на руководящих постах в медицине, занимаются вопросами нормативной документации, преподают, ведут научную работу.

Ещё три дополнительные программы подготовки медицинских кадров, в соответствии с изменениями в лицензии, появились в перечне программ ординатуры. Вуз начнёт готовить специалистов по специальностям «мануальная терапия», «нефрология» и «общая гигиена».

– Открывая новые специальности, мы ориентируемся в первую очередь не на популярность направления, а на объективную потребность в таких специалистах. Главная задача – подготовить врачей тех специальностей, в которых нуждается население,



– отметил ректор университета Владимир Шкарин.

Ранее «МГ» сообщала, что с 2022 г. университет впервые начнёт подготовку по программам ординатуры «ревматология», «стоматология общая», «управление и экономика фармации», «скорая медицинская помощь». С этого года впервые продолжить своё обучение студенты университета смогут в магистратуре вуза ещё и по направлению «Биология».

В приёмную кампанию 2022 г. наберёт на обучение и будущих ветеринарных врачей. Они будут учиться по программам специалитета. В образовательной программе предусмотрена возможность обучения специалистов навыкам лабораторной и инструментальной диагностики, оказания хирургической помощи и другим манипуляциям, необходимым в работе ветеринарного врача. Возможность учиться по программе «ветеринария»

получат не только российские, но и иностранные студенты.

Лучшие из лучших

По результатам исследований, проведённых Департаментом статистики и экспертизы ООО «Экспертмедиагрупп» на территории Российской Федерации, Курский государственный медицинский университет включён в официальный реестр лауреатов Всероссийского конкурса «Лучшие образовательные учреждения Российской Федерации – 2022».

В ходе исследований были отмечены качество образовательных услуг, профессионализм персонала и заслуженно высокая репутация университета.

По результатам конкурса вуз удостоен диплома лауреата конкурса и памятной медали.

Указом Президента Российской Федерации от 3 марта ректор Но-

восибирского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач России Игорь Маринкин награждён орденом Пирогова – за высокий профессионализм и добросовестную работу по организации и оказанию медицинской помощи, предупреждению и претотвращению распространения коронавирусной инфекции (COVID-19).

Непредсказуемо и безусловно

В течение двух недель в Оренбургском государственном медицинском университете кафедрой русского языка была организована акция «Театральная весна».

Преподавателями кафедры в группах первого курса факультета иностранных студентов проводился кураторский час «Мир театра», во время которого студенты погружались в театральную атмосферу, знакомились с историей и видами театра.

В частности, индийские студенты узнали о театрах Оренбурга: Драматическом театре им. М.Горького, Оренбургском государственном областном театре музыкальной комедии. Особый интерес у студентов вызвали Оренбургский государственный областной театр кукол и Театр кукол «Пьеро», которые они наметили посетить со своими кураторами в ближайшем будущем.

Ординаторы кафедры акушерства и гинекологии и профессорско-преподавательский состав посетили народный студенческий театр «Горицвет» и смотрели спектакль «Игра любви и случая», поставленного по пьесе Пьера Карле де Шамблен де Мариво. В основе спектакля – вечная тема о непредсказуемой, безусловной и сильной любви.

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

Выводы

Фагом по коли

Присутствие кишечной палочки *E.coli* в воде объясняет требование врачей и инфекционистов пить только кипячёную воду, в которой резко снижено содержание бактерий. Одними из первых, если не считать вирус оспы, который из-за своих размеров виден и под обычным микроскопом, увиденных в электронный микроскоп микробных вирусов стали бактериофаги, или «пожиратели бактерий». Исторически бактериофаги «доказали», что для их размножения необходимо и достаточно введение в бактериальную клетку ДНК, тем самым подчеркнув её генную природу. Сделали это С.Лурия и

М.Дельбрюк, у которых был ученик Дж.Уотсон, отправленный ими за океан в Кембридж, где сидел «без дела» Ф.Крик и активно просвечивала рентгеном кристаллы ДНК Розалинд Франклин. Результатом рассмотрения её рентгенограмм и их теоретического осмысления стало письмо редактору *Nature*, увидевшее свет в апрельском номере 1953 г. Через несколько лет американец и англичанин получили Нобелевскую премию (к сожалению, Франклин к тому времени погибла от рака молочной железы). Уже в качестве лауреатов они «проталкивали» имена Дельбрюка и Лурии, получивших премию в 1969 г.

ДНК кишечной палочки была «прочитана» уже после окончания проекта «Геном человека» (HUGO), и она оказалась на порядок короче человеческой, что не мешает ей быть весьма опасной для нас – достаточно вспомнить бактериальный колит. *E.coli* синтезирует весьма токсичный белок колицин, который губителен для её конкурентов и «заодно» клеток слизистых. Неприятна палочка и тем, что в результате мутации может резко увеличить свою патогенность, а также обретением резистентности к антибиотикам. Не так давно выявилась связь кишечной микрофлоры с мозгом, что объясняет давно известные ипохондрию и меланхолию. Первая обусловлена болью «под хрящом» мечевидного отростка грудины, а вторую называли ещё разлитием «чёрной желчи».

Помимо колицина палочка вырабатывает и колибактин, название которого говорит само за себя. Он также является средством борьбы с другими бактериями в окружении *E.coli* с помощью «пробужденных» им бактериофагов. Следует напомнить, что вирусы часто бывают латентными (напри-

мер, ВИЧ), однако встраивающие свой геном – провирус – в ДНК клетки, в том числе и бактериальной. Колибактин способствует «пробуждению» провирусов в результате повреждения ДНК, что вынуждает клетки – в том числе и наши – включать систему её репарации (её нарушение может вести к раку). По ходу последней и происходит высвобождение провируса и начинается репликация бактериофагов, инфицирующих окружающие бактерии, тем самым убивая их. Микробиологи Гарварда указывают в статье «Бактериальный токсин является триггером индукции профага», что колибактин «живёт» непродолжительное время, что до последнего времени затрудняло изучение его действия на ДНК.

Стимулом к их новой работе стало сообщение коллег из Исследовательского института в испанском городе Хироне и Барселонского университета, которые показали на мышах, что бактериофаги кишечника улучшают сообразительность животных. Гарвардцы показали, что молекула колибактина «рвет» цепи ДНК, что ведёт к её починке, и что

в этом ему помогают ещё какие-то вещества. Дело в том, что колибактин действует на коротком расстоянии, например, при образовании печально известных бактериальных плёнок-«фильмов». Поэтому выявление природы «вспомогательных» веществ могут стать основой для создания лекарственных средств для борьбы с «фильмообразованием». Обнаружение «помощников» затруднено, так как колибактин может осуществлять релиз провирусов лишь в клеточном окружении кишечника. К тому же «запуск» производства бактериофагов скорее всего случаен, что напоминает знаменитый опыт Лурия и Дельбрюка, выявивших случайное воспроизведение вируса в *E.coli*. С той поры прошло много времени, за которое была открыта бактериальная «иммунная» система в виде интерферирующих РНК, способствующих деградации чужеродных ДНК, а также их ген-редактирование. Можно напомнить, что самый успешный его вариант использует для «изничтожения» ген-материала микробный фермент (CAS стафилококка).

Взгля

Альцгеймер и белки

Ведущим симптомом развития болезни Альцгеймера считается нарушение памяти, формируемой и хранящейся в клетках гиппокампа. Но что происходит на молекулярном уровне в его нейронах и других участках мозга? Этим вопросом занялись в Университете Эмори (США), где прочитали РНК-геномы 110 здоровых «контролей» и 58 бессимптомных пациентов, а также 200 человек с явными поражениями умственной (когнитивной) деятельности.

Речь идёт о молекулярных «мессенджерах» генной активности, или информационных РНК (иРНК), синтезирующихся на ДНК в качестве копий генов, переносимых затем в цитоплазму к рибосомам, на которых идёт синтез протеинов. Совокупность иРНК называют ещё транскриптомом, поскольку он отражает транскрипцию последовательностей активных генов.

РНК-анализ позволил выделить несколько протеиновых модулей связанных друг с другом белков, нарушения которых крайне устойчивы в разных отделах мозга пациентов с болезнью Альцгеймера. Это прежде всего изменения в MAPK-каскаде, представляющем собой цепь ферментов киназ, которые переносят на протеины энергоёмкие фосфатные группы, регулирующие белковую активность. MAPK представляет собой киназу, активируемую внеклеточными митогенами, то есть веще-

ствами, «включающими» митоз, или деление клеток, в том числе и будущих нейронов. Известно, что нервные клетки развиваются из нервных стволовых (НСК), локализующихся, в частности, в зубчатом ядре гиппокампа (DG – Dental Gyrus). Страдает также и модуль постсинаптической плотности. Синапсы представляют собой точки соединения нервных клеток. Речь идёт не только о гиппокампе, но также и предлобной, или префронтальной коре (PFC).

В мозгу пациентов нарушено также и взаимодействие разных клеток с внеклеточным матриксом-подложкой (ECM – ExtraCellular Matrix), состоящим из волокон. С ними взаимодействуют клеточные белки интегрин, название которых говорит само за себя, а также молекулы цитоскелетных белков, например, актина и коллагена. Нарушение молекулярных контактов ведёт к отсутствию стимулов клеточного развития и формирования новых нейронов. Ещё одним важным модулем являются протеины взаимодействия с АРОЕ, или аполипопротеином Е, переносящим холестерин, необходимым для построения клеточных мембран. Холестерин как и всякое жироподобное вещество активно участвует в энергетическом обмене, который нарушен и у больных с бессимптомным Альцгеймером. Мутантный АРОЕ давно известен как один из факторов развития этой нейродегенеративной болезни. Изменения в обмене глю-

козы сказываются не только на нейронах, но и на клетках белого вещества мозга. Дело в том, что тот же сахар поступает из сосудов к нейронам не напрямую, а через звездообразные астроциты. Их отростки участвуют в формировании ГЭБ, или гемато-энцефалического барьера, защищающего мозг от нежелательных воздействий – как химических, так и биологических. В частности, воспалительной природы, с которыми «борются» небольшие клетки микроглии. Кстати, ещё в 2015 г. нейробиологи Вашингтонского университета показали связь между состоянием клеток микроглии и Альцгеймером.

Болезнь Альцгеймера характеризуется нарастанием в мозговой ткани бляшек амилоида-бета (Аб), представляющего собой мутантный пептид, то есть цепочку из 40-42 аминокислот. Неожиданное открытие сделали в Медицинском центре Нью-Йоркского университета, где показали, что Аб, «выделяемый» клетками меланомы с одной стороны подавляет нейровоспаление, а с другой – является промотором мозговых метастазов (CD). Открытие было сделано благодаря использованию протеомики, или анализа протеинов, синтезируемых в отдельных клетках. Авторы выяснили, что амилоид, синтезируемый клетками меланомы, отличается от такового во внеомозговых метастазах. Клетки мозговых метастазов «нуждаются» в Аб, чтобы поддерживать собственный рост и быть защищёнными от атак микроглии, выполняющей в нервных тканях роль иммунных клеток. К тому же Аб активирует астроциты и их противовоспалительные свойства, а также подавляет фагоцитоз микроглии. Остаётся добавить, что учёные фармакологически подавляли синтез амилоида, в результате чего сдержали метастазирование меланомы.

Сообщение о проведении годового общего собрания акционеров ЗАО «Московская фармацевтическая фабрика»

Место нахождения акционерного общества: г. Москва, Фармацевтический проезд, дом 1.
Собрание состоится 25 мая 2022 года в 10:00.
Годовое общее собрание акционеров проводится в форме совместного присутствия акционеров.
Место проведения годового общего собрания акционеров: г. Москва, Фармацевтический проезд, дом 1 (зал заседаний).
Время начала регистрации участников собрания: 9:00.
На основании ФЗ № 46 от 08.03.2022 акционеры имеют право в срок до 28 апреля 2022 года внести свои предложения по вопросам повестки дня годового общего собрания акционеров и предложения о выдвижении кандидатов в выборные органы общества.
Список лиц, имеющих право на участие в годовом общем собрании акционеров, будет составлен на основании данных реестра акционеров общества по состоянию на 4 мая 2022 года.

Повестка дня годового общего собрания акционеров

1. Утверждение годового отчёта за 2021 год.
2. Утверждение годовой бухгалтерской отчётности, в том числе отчётов о прибылях и убытках общества, а также распределение прибыли, в том числе выплаты (объявления) дивидендов по результатам 2021 года, а также выплаты вознаграждений членам совета директоров, связанных с выполнением ими своих обязанностей, выплаты вознаграждений членам ревизионной комиссии, связанных с выполнением ими своих обязанностей.
3. Избрание членов совета директоров общества.
4. Избрание членов ревизионной комиссии общества.
5. Утверждение аудитора общества на 2022 год.

С информацией (материалами), подлежащей предоставлению лицам, имеющим право на участие в общем собрании акционеров, при подготовке к проведению годового общего собрания акционеров, можно ознакомиться с 11 мая 2022 года в помещении ЗАО «Московская фармацевтическая фабрика» по адресу: г. Москва, Фармацевтический проезд, дом 1.

Акционеру необходимо иметь при себе паспорт, а для представителя акционера – паспорт и доверенность, подтверждающие полномочия на право участия в годовом общем собрании акционеров.

Совет директоров ЗАО «Московская фармацевтическая фабрика».

Исследования

Сердцу не прикажешь

Люди гибнут от сердечно-сосудистых заболеваний или мутаций, нарушающих работу кардиомиоцитов (СМС). Кардиологи давно ведут биохимические и электрофизиологические исследования СМС, благодаря чему выделили протеиновые рецепторы, являющиеся зачастую и ионными каналами.

По ним в клетку и из неё идёт ионный трафик, регулирующий сокращение и расслабление сердечной мышцы в ходе циклов сердцебиения. Однако проблема в том, что изучение осуществляется точно, то есть с помощью вводимых в клетку электродов, либо в 2D-формате на клеточных культурах, где клетки теряют свою 3D-форму.

Исправить этот недостаток решили в Калифорнийском университете, предложив первый 3D-чип со многими электродами, а вернее FET (Field Effect Transistor), «острия» которых направлены вверх в сторону СМС. Чип со многими (до 128) транзисторами и золотыми проводниками производится путём стандартной 2D-технологии, но в него изначально «заложены» петли. С их помощью при сложении образуется вертикальная «складка», в результате чего поднимаются контактирующие с СМС электроды высотой пять и шириной не более двух микрон. Использование чипа неинвазивно для клеток и позволяет записывать импульсы, генерируемые ими как снаружи, так и внутри, отражающие витальную электрогенность. Авторы обращают внимание на высокую степень пространственного и временного разрешения. С помощью чиповой платформы им удалось измерить внутреннюю скорость мышечного проведения СМС, которая составляет 0,182 м/сек и оказалась в пять раз выше межклеточной. Чип, по мнению учёных, позволяет исследовать электроповедение отдельных клеток и больших клеточных сетей, что позволяет глубже понять клеточную физиологию СМС, а также патологию их взаимодействия.

Последние «управляются» трансмембранными токами ионов, например хлора (Cl). Последние «объ-

единяют» желудок с его соляной кислотой и «работу» клеток эпителия слизистой воздухоносных путей, в мембране которых имеется хлорный «ректификатор». Мутации в его гене ведут к чрезмерному накоплению пристеночной слизи, в которой бурно развивается патогенная флора. Результатом этого нарушения становится кистозный фиброз.

Ещё одним примером хлорного канала является светочувствительный родопсин океанических одноклеточных, с помощью которого «запускается» фотосинтез, снабжающий атмосферу кислородом. Ген канала CIR (Cl-Ion Rhodopsin) используется в оптогенетике нейронов, в оболочке которых появляется протеин, реагирующий на лазер. Поступление ионов Cl в нервную клетку стимулирует её активность. Однако лишь в конце марта 2021 г. в Университете Ёнсе (Корея) в сотрудничестве с пекинским Циньхуа, Аризонским, Станфордским (в котором создана оптогенетика), а также Мельбурнским сообщили о начальных стадиях динамики родопсина. Их изучили с помощью рентгеновского лазера, лучи которого генерируются ускоренным потоком свободных электронов. Учёные писали в журнале PNAS, что «накачка» хлорных ионов после освещения фемтосекундным лазером с длиной волны 550 нанометров и начинается уже через 100 пикосекунд после его «вспышки».

Следует сказать, что родопсин «представлен» в клеточной мембране семью альфа-спиралями. Поступление ионов стимулирует подмембранный протеин, запускающий ферментный каскад в цитоплазме, способствующий в палочках и колбочках сетчатки глаза генерации импульса, поступающего затем в мозг. В клетках морских одноклеточных начинается процесс фотосинтеза, начальным этапом которого становится разложение (фотолиз) воды с высвобождением токсичного для клеток кислорода. Чёткое понимание работы ретины – представителя мембранных рецепторов – поможет пониманию механизмов других клеточных рецепторов и разработке лекарств для «исправления» работы большого сердца...

Подготовил Игорь ЛАЛАЯНИ,
кандидат биологических наук.

По материалам *Nature Nanotechnology, PNAS, Cell Host & Microbe, Nature, Scientist, Cancer Discovery, Cell, Nature Neuroscience.*

Обращаясь за медицинской помощью, пациенты обычно ожидают от медперсонала не только излечения физического недуга, но и облегчения своих душевных страданий. Считается, что врач должен проявлять понимание, сочувствие, эмоциональную вовлечённость, одним словом, быть ко всему прочему еще и эмпатом. Однако на практике больные и их семьи зачастую испытывают разочарование, сталкиваясь с откровенным безразличием медиков.

Владеть навыками

До сих пор в медицине было распространено такое понятие, как «беспристрастная забота». Всегда считалось, что эмоциональное дистанцирование является показателем объективности врача, помогая ему избегать конфликтных ситуаций и к тому же спасает от выгорания. Но времена меняются. На сегодняшний день появляется всё больше доказательств того, что проявление эмпатии делает клиническое взаимодействие более эффективным. Эмоциональная вовлечённость медиков повышает доверие, что напрямую ведёт к снижению тревожности у пациентов, улучшению их самочувствия и даже помогает в прямом смысле выжить. Так, согласно данным исследователей из Кембриджского университета (Великобритания), пациенты, которые в течение года с момента постановки диагноза находились под наблюдением более «душевных» врачей, в последние 10 лет имели риск смерти на 40-50% ниже по сравнению с теми, чьи доктора оказались менее «чуткими».

Ракурс

Внимание облегчает понимание

Но, если на бытовом уровне «эмпатия» и «сопереживание» часто воспринимаются как синонимы, в медицинской практике это означает совсем другое. Здесь речь идёт скорее об эмоциональном интеллекте в целом и эмпатии как основной его составляющей. В ходе общения с больным врач должен суметь проанализировать общую ситуацию и непосредственно чувства пациента, проявить своё понимание в процессе общения (в том числе взять в свои руки управление конфликтом в случае необходимости) и оказать пациенту терапевтическую поддержку с учётом всего вышеперечисленного.

Такой подход в корне отличается от простого сочувствия, когда погружение в эмоции пациента может, наоборот, привести к эмоциональному опустошению и в итоге к отсутствию объективности и снижению качества лечения.

Навстречу друг другу

По мнению членов Канадской медицинской ассоциации, для того чтобы повысить эффективность взаимодействия «врач – пациент», необходимо осуществить следующие шаги: научиться воспринимать и идентифицировать свои и чужие эмоции.

Для начала врач должен осознать свои эмоции, что называется,

в реальном времени. Особенно необходимо задать себе в конфликтных ситуациях вопрос «что я сейчас чувствую?». Термин «конфликт» в данном случае означает не только явные разногласия, но охватывает широкий спектр проблем, с которыми могут столкнуться врачи в своей практике. Очень важно уметь распознавать скрытое напряжение в случае, когда, например, некоторые пациенты не хотят открыто выразить своё несогласие с доктором или задать ему вопросы, опасаясь, что это может привести к уменьшению объёма помощи. Раздражение со стороны таких пациентов может быть единственным признаком конфликта. При отсутствии чётких навыков управления конфликтами, врачи с готовностью занимают оборонительную позицию и вступают в контрпродуктивные споры, что в конечном итоге приводит к эскалации конфликта. Осуждать их сложно, ведь в отличие от психологов и психотерапевтов, врачей других специальностей редко обучают отслеживать свои и тем более чужие негативные чувства. Тем не менее, полагают эксперты, если уделить внимание эмоциональному фону, это уменьшит количество врачебных ошибок, улучшит процесс принятия решений и поможет разрешить конфликт.

Тем не менее, как следует из опыта тех же психологов и психотерапевтов, именно принятие критики без демонстрации своей оборонительной позиции открывает путь ко взаимопониманию.

Будущее за эмпатией

Поскольку медицинская профессия непосредственно связана с общением и взаимодействием с людьми, «эмпатичность» врача имеет важное значение, о чём свидетельствует растущий интерес к развитию эмоционального интеллекта в клинической практике.

Эмоциональный интеллект важен не только для оказания качественной медицинской помощи, он также необходим для управления всеми человеческими отношениями, которые возникают в процессе лечения. Он важен для врача, чтобы эффективно работать в команде среди медсестёр, менеджеров больницы и других смежных медицинских работников. Он играет не последнюю роль при общении с родственниками, друзьями и близкими пациентов, находящихся на лечении. По мнению специалистов, даже проблема физической агрессии в адрес медиков может быть решена путём развития эмпатии и коммуникативных навыков у медицинских работников.

В связи с этим экспертами отмечается насущная необходимость прививать навыки эмоционального интеллекта в рамках медицинского образования.

Илья ДУГИН.

По материалам
Journal of General Internal Medicine,
Annals of Family Medicine.

Жизнь как она есть

Не время терять бдительность



Нельзя упускать из виду новые мутации вируса COVID-19, он продолжает развиваться. Об этом недавно заявила Всемирная организация здравоохранения и предупредила, что более низкие показатели заболеваемости и смертности не обязательно означают, что на данном этапе коронавирус «потерял силу».

Также ВОЗ подтвердила, что на прошлой неделе было зафиксировано самое низкое число смертей от коронавируса со времени начала пандемии. Но, тем не менее, в некоторых странах всё ещё наблюдаются серьёзные всплески заболеваемости.

«Сложно судить о последних тенденциях в развитии коронавируса, поскольку многие государства свернули программы тестирования», – отметил, выступая на брифинге в Женеве, директор

Всемирной организации здравоохранения ООН Тедрос Гебрейесус. – В настоящее время мы внимательно следим за рядом вариантов омикрона, включая ВА.2, ВА.4 и ВА.5. Кроме того, нами обнаружен ещё один рекомбинант, состоящий из вариантов ВА.1 и ВА.2».

По данным организации, варианты ВА.4 и ВА.5 были зафиксированы в некоторых европейских странах и в Южно-Африканской Республике.

Майкл Райан, директор ВОЗ по чрезвычайным ситуациям, предупредил, что пока вирус продолжает развиваться, мир не может позволить себе упустить его из виду.

«На данном этапе было бы очень недальновидно предполагать, что меньшее количество случаев заражения означает более низкую опасность», – отметил он. – Мы, безусловно, рады тому, что смертность снижается, но этот вирус

уже не раз удивлял и заставлял нас врасплох».

Ведущий научный сотрудник ВОЗ Сумия Сваминатан предупредила, что новые вариации и рекомбинанты коронавируса будут продолжать появляться, поэтому мир не должен прекращать инвестиции в усовершенствованные инструменты борьбы с COVID-19.

«Нам надо быть готовыми к тому, что этот вирус изменится настолько, что однажды сможет преодолеть существующий иммунный барьер», – подчеркнула она.

Т.Гебрейесус подчеркнул, что вирус по-прежнему остаётся смертельно опасным, особенно когда речь идёт о незащищённых и непривитых людях, у которых нет доступа к медицинской помощи и противовирусным препаратам.

«Лучший способ защитить себя – сделать прививку и ревакцинироваться, когда это рекомендуют медицинские специалисты», – сказал он. – Продолжайте носить маски, особенно в местах скопления людей. Сохраняйте воздух свежим – открывайте окна и двери. Инвестируйте в надёжные системы вентиляции».

Чрезвычайный комитет Международных медико-санитарных правил, который оценивает текущую ситуацию с COVID-19 в мире, единогласно согласился с тем, что пандемия остаётся чрезвычайной ситуацией в области глобального общественного здравоохранения.

«Не время терять бдительность», – подчеркнул Гебрейесус, ссылаясь на решение комитета. – Сейчас самое время работать ещё усерднее, чем когда бы то ни было».

Инга КАТАРИНА.

Гипотезы

Бронхолёгочная дисплазия (БЛД) и связанная с ней лёгочная гипертензия (БЛД-ЛГ) вызывают высокую заболеваемость и смертность у недоношенных детей. Однако факторы, вызывающие их, изучены недостаточно. Учёные Гудзонского института медицинских исследований (Австралия) охарактеризовали иммунную поляризацию в образцах крови недоношенных детей и в мышечной модели БЛД и БЛД-ЛГ. В обоих случаях БЛД была связана с иммунной поляризацией 2-го типа, характеризующейся интерлейкином-4 (ИЛ-4), ИЛ-5 и ИЛ-13, а также активацией преобразователя сигнала и активатора транскрипции 6 (STAT6). Дефицит STAT6 или блокада иммунных медиаторов 2-го типа частично устраняют признаки альвеолярного и лёгочного сосудистого заболевания у мышей, предполагая, что эта сигнальная ось может быть нацелена на недоношенных детей с БЛД.

Сигнальная ось с прицелом

Постнатальное созревание иммунной системы пока ещё плохо изучено, как и его влияние на заболевания, поражающие доношенных или недоношенных детей, такие как БЛД и связанная с ней лёгочная гипертензия. Это сердечно-лёгочные воспалительные заболевания, которые вызывают значительную смертность и высокие затраты на его лечение. Были охарактеризованы образцы крови, собранные у 51 недоношенного ребёнка в пяти временных точках, у 20 здоровых доношенных детей при рождении и в возрасте от 3 до 16 недель, и у 5 здоровых взрослых. Исследователи наблюдали сильную связь между иммунной поляризацией типа 2 в циркулирующих CD3 + CD4 + T-клетки и сердечно-лёгочные заболевания с отношением шансов до 24. Терапия сульфатом магния у матери, отсроченная вакцинация против гепатита В и усиление тяжести хориоамнионита у плода, но не у матери, были связаны с ослабленной поляризацией 2-го типа. Блокирование медиаторов 2-го типа, таких как ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-13 или

преобразователь сигнала и активатор транскрипции 6 (STAT6) при сердечно-лёгочной болезни новорождённых мышей in vivo предотвращало изменения в составе клеточных типов, увеличение ИЛ-1β и ИЛ-13, а также потерю лёгочных капилляров, но не прирост в более крупных сосудах. Таким образом, блокада 2-го типа уменьшала воспаление лёгких, защищала целостность альвеол и сосудов и подтверждала патологическое влияние цитокинов 2-го типа и STAT6. Глубинная проточная цитометрия и одноклеточная транскриптомика лёгких мышей дополнительно выявили сложные ассоциации между иммунной поляризацией и сердечно-лёгочными заболеваниями. Таким образом, эта работа расширяет знания об иммунологии развития и её влиянии на болезни в раннем возрасте и определяет несколько терапевтических подходов, которые могут облегчить страдания, вызванные воспалением, у самых юных пациентов.

Юлия ИНИНА.

По материалам Science.

Вехи биографии

Окончив с золотой медалью гимназию в Туле, М.Копылов в 1910 г. поступил на медицинский факультет Московского университета. В 1915 г. был выпущен зауряд-врачом и мобилизован в армию. В ноябре того же года в качестве старшего врача полка принял участие в походе русского экспедиционного корпуса генерала Н.Баратова в Персию.

Лишь спустя три года он сдал государственные экзамены и получил долгожданный диплом. Несколько месяцев являлся экстерном госпитальной клиники 1 Московского государственного университета. Затем был мобилизован в Красную Армию. Вплоть до 1923 г. служил рентгенологом и хирургом в госпиталях Пятой Армии на Восточном фронте. Тогда же Марк Борисович сделал свою первую научную работу.

После демобилизации он продолжает заниматься и рентгенологией, и хирургией в различных стационарах Москвы. А с 1926 г. становится ординатором Института рентгенологии. На базе Боткинской больницы организует специальный кабинет для разработки методик применения рентгенодиагностики при патологии нервной системы. Здесь же впервые в СССР в 1928 г. он проводит курсы по отоларингологической и неврологической рентгенологической диагностике.

С момента создания нейрохирургической клиники в Государственном рентгенологическом институте Марк Борисович является её старшим научным сотрудником и заведующим рентгенологическим отделением. В этом же качестве с 1932 г. вплоть до ухода на пенсию в 1964 г. продолжает работать в Институте нейрохирургии. В 1937 г. М.Копылов становится кандидатом, а в 1939 г. доктором медицинских наук. В 1940 г. ВАК присвоил ему учёное звание «профессор». В 1941-1942 гг. профессор М.Копылов – начальник рентгеновского кабинета эвакогоспиталя 1667 в Казани.

Новая нейронаука

Своими трудами М.Копылов заложил основы нейрорентгено-

Имена и судьбы

Лучи диагноза

22 апреля 2022 г. исполнится 135 лет со дня рождения основоположника отечественной нейрорентгенологии Марка Копылова



логии – как важнейшей составляющей нейрохирургического комплекса. Он подошёл к рентгенологическим исследованиям не статически, картиночно, а рассматривал любую информацию, полученную с помощью рентгеновских лучей, как отражение динамической сущности патологического процесса, протекающего в головном и спинном мозге, либо в их костных футлярах – черепе и позвоночнике. Благодаря этому он раскрыл влияние не только местного воздействия, но и внутрочерепной гипертензии (вторичные изменения) на различные отделы основания и свода черепа при церебральных опухолях. По существу, им было создано учение о краниографическом отображении очаговой патологии головного мозга, что в докомпьютерную эру было чрезвычайно значимо для клинической диагностики.

М.Копылов – пионер в изучении церебрального венозного крово-

обращения в норме и при патологии. Учёный с рентгенологических позиций глубоко разработал компенсаторные механизмы сосудистой регуляции в головном мозге и черепе при нейрохирургических заболеваниях.

Им обоснованы новые концепции механизмов и путей венозного оттока в мозгу и черепе; раскрыта роль механических факторов в мозговой и черепной гемодинамике. Открыты дополнительные аппараты, функционирующие по принципу насосов и сифонов в венозной сети мозга и его оболочек.

Большой вклад внёс он в рентгенологию травматической болезни головного мозга. Им предложена классификация ранений черепа и мозга, а на основе баллистических данных изучены закономерности проникновения в мозг костных и металлических осколков и мест их остановки. Он описал и рубрифицировал посттравматические рубцовые и воспалительные изменения в мозгу. М.Копылову принадлежит исследование морфологического и ликвородинамического отражения фазности течения черепно-мозговой травмы. Он уточнил роль сосудов в распространении инфекции в костях черепа и, в частности, значение диплоических вен при тромбофлебите.

Пионер

Марк Борисович опубликовал в 1940 г. первое иллюстрированное руководство по нейрорентгенологии под редакцией Н.Бурденко «Основы нейрохирургической рентгенодиагностики», ставшее настольной книгой для специалистов. Совместно с Б.Егоровым осуществил первую в СССР церебральную ангиографию в 1931 г. С тех пор его интерес

к этому методу исследования и диагностики не ослабевал. Он накопил большой материал по особенностям васкуляризации глиальных и оболочечных опухолей головного мозга, который богато представил в фундаментальной монографии «Основы рентгенодиагностики заболеваний головного мозга» (1968).

Марк Борисович создал первую в Отечестве школу нейрорентгенологов. Среди его учеников такие выдающиеся специалисты, как Н.Альтгаузен, А.Кун, Н.Плевако, З.Полянкер и др.

«Надо уметь нюхать»

Крупнейшие нейрохирурги и неврологи: Б.Егоров, А.Арендт, Л.Корейша, М.Рапопорт, Ю.Коновалов всегда советовались с Марком Борисовичем в запутанных трудных случаях. Он умел извлекать из рентгенологических изображений, казалось, только ему одному доступную информацию. «Надо уметь «нюхать» снимки», – загадочно улыбался Марк Борисович. Его ежедневные разборы были хорошей школой. Он сидел у негатоскопа, а вокруг располагались рентгенологи и клиницисты. Выслушав рассказ о больном, Марк Борисович сосредоточивался на снимках: краниограммах, пневмограммах, вентрикулограммах, ангиограммах. Начиная свой анализ с чтения рентгенограмм черепа. Он так знал и даже чувствовал костные структуры, что по их изменению, к изумлению коллег, не только ставил сложный диагноз, но раскрывал и давность очаговой патологии, и пути венозного оттока, и влияние на спинку турецкого седла, и многое другое. Конечно, он детально анализировал и контрастные картины. Обнаруженное

Марк Борисович показывал на снимках, своими рассуждениями значительно дополняя их и развивая клиническое мышление у слушающих.

В чем-то он напоминал сказочника. Увлекался сам и увлекал других, щедро одаривая знаниями.

Мой учитель

Благодаря Марку Борисовичу я научился разбираться в нейрорентгенологических исследованиях. Переход к чтению компьютерных и магниторезонансных томограмм после обучения у него происходил легко. Только их надо было ещё больше «нюхать», чем обычные краниограммы.

М.Копылов был рецензентом на апробации моей кандидатской диссертации в Институте нейрохирургии в феврале 1962 г. Сегодня трудно себе даже представить, чтобы профессор-мэтр выполнял такую роль. Но Марк Борисович с огромной пользой для диссертационного труда поработал со мной, и я сумел выделить и описать пневмовентрикулографические и ангиографические синдромы опухолей прозрачной перегородки мозга.

Под влиянием Марка Борисовича у меня возникло даже желание посвятить себя нейрорентгенологии, и хотя оно не смогло преодолеть генетического тяготения к неврологии, но навсегда совместилось с моей любимой клинической дисциплиной.

М.Копылов пользовался исключительным авторитетом в коллективе института. Он плодотворно прожил долгую жизнь. На его столетии в 1987 г. с докладом о юбиларе, что символично, выступил профессор Фёдор Сербиенко, который, отталкиваясь от разработок М.Копылова, создал эндоваскулярную нейрохирургию, мировой отечественный приоритет.

Скончался Марк Борисович в 1988 г. на 101-м году жизни.

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

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

Книжная полка

В издательстве международного историко-литературного журнала «Странник» (Смоленск) вышло полное издание научных, педагогических, литературных и философско-духовных работ великого учёного, врача, общественного и государственного деятеля Николая Пирогова. Издание осуществлено по инициативе академика РАН Юрия Шевченко – основателя и президента Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова. Проект реализован спустя шестьдесят лет с момента выхода 8-томного собрания сочинений Н.Пирогова.

Вышедшее в свет уникальное издание трудов Н.Пирогова делает общедоступным его научное и литературное наследие и станет бесценным артефактом во врачебном образовании и профессиональной подготовке будущих врачей.

В своём обращении к читателям академик РАН Ю.Шевченко подчеркнул: «Бесценным источником для изучения многогранного научного и духовного наследия Н.Пирогова служат сами труды учёного-мыслителя. Возможность изучать именно первоисточники позволяет избежать предвзятого толкования исторических фактов, ошибочных умозаключений исследователей-предшественников,

Жить – значит постоянно бороться и постоянно побеждать

создать собственное представление о неимоверно сложном пути постижения научной истины и смысла жизни».

В первом томе публикуется краткий очерк жизни и деятельности Н.Пирогова, его автобиография, изложенная в письмах. Далее помещаются его труды по экспериментальной и клинической хирургии, опубликованные в 1832-1840 гг. в Дерпте.

Во втором томе собраны труды Н.Пирогова по клинической хирургии (1837-1839).

В третий том вошла «Хирургическая анатомия артериальных стволов и фасций» с атласом (50 таблиц рисунков), вышедшая в 1837 г. в Дерпте одновременно на латинском и немецком языках.

Настоящий труд публикуется по последнему прижизненному изданию первой книги по анатомии великого русского хирурга. Первое издание этой книги принесло русскому учёному всемирную известность.

В четвёртом томе публикуются труды Н.Пирогова по экспериментальной, оперативной и военно-

полевой хирургии (1847-1854). В этих трудах он по существу сформулировал основные положения, касающиеся лечения огнестрельных ран.

Блестящая эрудиция Н.Пирогова и точное знание хирургической анатомии дали ему возможность в этих работах не только выявить основные причины осложнений огнестрельных ран, но и предложить ряд способов эффективного предупреждения нередко смертельных осложнений.

В труде «Отчёт о путешествии по Кавказу» Н.Пирогов анализирует результаты применения эфирного наркоза среди раненых бойцов, а также затрагивает ряд важных вопросов военно-полевой хирургии.

Также в данном томе публикуются таблицы операций, сделанных им и другими хирургами в России с помощью анестезирования. Завершает том публикация «Налепная алебастровая повязка в лечении простых и сложных переломов и для транспорта раненых на поле сражения».

В пятом томе собрания включены труды И.Пирогова по патологической анатомии и клинической хирургии, написанные в период наибольшего расцвета творческой, научно-врачебной деятельности (1849-1855), во время работы в Петербургской медико-хирургической академии.

Соединение в одном томе труда «Патологическая анатомия азиатской холеры» и ряда статей и лекций по различным вопросам клинической хирургии объясняется не только их хронологическим совпадением, но и тем, что весь вместе взятый материал представляет несомненный интерес для врача-практика и для патолога, особенно патологоанатома.

В следующих двух томах публикуется труд Н.Пирогова «Начала общей военно-полевой хирургии». Кроме «Начал» в VI томе печатаются в виде приложения наиболее важные документы, написанные лично Н.Пироговым в период его участия в событиях Крымской войны. Сюда относятся

его докладные записки, разработанные им инструкции и пр. Во второй части VII тома включены ранее издававшиеся письма Н.Пирогова из Крыма.

В восьмой том включены два труда Н.Пирогова по военной медицине: «Военно-врачебное дело и частная помощь на театре войны в Болгарии и в тылу действующей армии в 1877-1878 гг.» и «Отчёт о посещении военно-санитарных учреждений в Германии, Лотарингии и Эльзасе в 1870 г., представленный академиком Н.И.Пироговым Обществу попечения о больных и раненых воинах» (1871). В этот же том включены труды Н.Пирогова по профилактической медицине.

Девятый том состоит из наиболее полного собрания педагогических статей, трудов и статей о высшей школе и публицистики, принадлежащих перу Н.Пирогова, и в последний том включён главный духовно-философский труд Н.Пирогова «Вопросы жизни. Дневник старого врача».

Владимир ВЛАДИМИРОВ.

Я вам так скажу – классиков надо знать! Очень помогает с выбором жизненных приключений. Но это если только досуг не в соцсетях проводишь, а книжки читаешь умные, желательно – первоисточники; кино смотришь правильное, а не про драконов с вампирами и роботами. В общем, всё в таком духе.

Это мы уже потом с Игорем, дружком моим школьным, догадались. После поездки в областную столицу. Но по порядку.

Живём мы в небольшом городке. Когда грянул капитализм и местное градообразующее предприятие загнулось, делать стало нечего. Только телевизор зимой смотреть да картошку летом на 6 сотках окучивать. Родителям, бабушкам с дедушками дело привычное, а нам, двадцатилетним, куда деваться? Особенно тем, в чьих семьях «финансы поют романсы» беспрестанные, но у кого руки в положенном месте выросли. Не то что у тех, кто, согласно популярной шутке советского кумира эстрады, пить, курить и говорить начал одновременно. Прототипы этой хохмы, к слову сказать, лучше всех устроились – что капитализм, что социализм, им по барабану. С утра выпили – день свободны. Как шутил другой кумир-юморист.

Строили мы с Игорьком бизнес-планы, строили, ничего путевого так и не построили. В одной единственной местечковой коммерческой нише – картошку ведрами продавать – конкурентов как пчёл в улье. Случись такое, что кто-то кому-то мешок впарил, считай, раскрутился. Неудачники в очередь к таким кредиторам, за полтинником до лучших времён, тут же выстраиваются.

Тут как раз по телеку областной градоначальник в ток-шоу выступил, к выборам готовился, по всему. Про какие-то социальные лифты толковал. Дескать, нехватка у них там, в областном центре, пассажиров в этих лифтах. Только приезжайте, встретим с распростёртыми объятиями, кого надо – подучим на кого надо, кого не надо – тоже не обидим, постараемся. Так или иначе, за карьеру отвечаем. Голосуйте за прогресс и партию его.

А ещё был случай

Точняк по Жванецкому



Ну, мы с Игорьком сразу смекнули – наш вариант. Главное, не мешкать. А то приедешь, а лифт уже битком...

Сумарь, один на двоих, сменкой на первое время набили, да и рванули. Два часа на электричке – и вот мы уже на площади Свободы, бывшей Ленина. В холл здания администрации входим, видим – рамка металлоискателя, барьер, полицейский с автоматом неподалеку ненавязчиво трётся. Другой – за конторкой сидит. Сробели малость, но раз уж здесь...

– Здравствуй! Мы тут по поводу лифта... Мэр сказал, работники нужны.

Тот, что с автоматом, того, что за конторкой спрашивает:

– У нас что, лифт какой сломался? Спроси у старшего, скажи ремонтники пришли.

Тот куда-то позвонил. Нет, говорит, работают пока. Все три. Так что, ребята, ошибка какая-то выходит. Хотя, погодите. Толкнитесь в столовку, там у них свой спец-лифт имеется, может, с ним чего. Это вам нужно здание обойти, в правом крыле, с торца – увидите.

Поблагодарили мы, пошли искать, уже в смутных подозрениях, что что-то пошло не так. Но коли припёрлись...

Не буду дальше томить. Нашли мы этот грузовой лифт, на котором товары для пищеблока в подвал спускают. Как раз фура у него разгружалась. Не стали мы больше позориться, про социальные лифты с водилой тему тереть. Собрались с ним перекурить перед обратной дорогой, так столовский товаровед нас для ускорения логистического процесса в грузчики подрядил. По тысточке, в итоге, срубили, так что не даром прокатились. За минусом путевых расходов по семь сотен чистыми поимели. Для наших краёв, по нашим понятиям, нормальный честный заработок. И кабы не транспортные издержки, считай – натуральные богачи были бы. Да ещё телефоны наши столовский директор записал. Обещал, если вакансии откроются, дать нам знать. Понравилось, видать, как лихо мы с коробками управлялись.

Домой вернулись на последней электричке. Довольные, без

разговоров. Каждый с тайной надеждой – вдруг директор и впрямь звякнет. В общем, не худший вариант делового вояжа Фортуна удружила.

Но до сих пор удивляюсь, как же это раньше знаменитая, в тему, юмореска Михаила Жванецкого мне в уши не влетала? Ну, вы, наверное, помните: «Нормально, Григорий! Отлично, Константин!» И вот, как-то в воскресенье на кухне семейный завтрак, телевизор в обычном фоновом режиме гундит. Вдруг, слышу в бесподобном авторском исполнении: «Мы в один город приехали. Не просто, а по приглашению председателя горисполкома. Он по телевидению выступал. «Приезжайте в наш город, вас ждут новые гостиницы, пансионаты, кафе». Так упрасивал – мы поехали. Но у нас такое впечатлительное всё-таки возникло, что нас не ждали. Решили к председателю зайти. Объяснили секретарше, что мы не просто свалились, а по приглашению...»

У меня аж челюсть отвисла. Реально, ничто не ново под луной, как мудрецы верно заметили, не знаю ещё когда. Респект юмористу-сатирику. И добрая память.

А нам с Игорьком, глядишь, да и свезёт с трудоустройством. Тут уж мы своего не упустим.

Если вы, дорогие читатели, не забыли, про умные книжки в начале рассказа упоминалось. Попалась одна недавно. Бенджамин Франклина, «Путь к богатству». Да, да – того самого, с американской денежки. Крутая мысль из неё на душу легла: «Праздность, словно ржа, поглощает скорее, чем Труд изнашивает. Между тем, не зря говорится – потёртый ключ всегда блестит». Поэтому, не ленись, братва, делай что должно, а будет что будет. Позвонит директор столовки, не позвонит – бог весть. А мы с Игорьком – завтра огород лопатить.

Юрий КУБАНИН.

Новосибирск.

Размышлизмы

Виктор КОНЯХИН

Поиск – всему начало

✓ Феминистки одели штаны, теперь во все стороны равны.

✓ Он был в таком возрасте, что спокойно смотрел, как уходит чужая молодость.

✓ Всевидящие черти – хуже беспилотников.

✓ Студенты грызут гранит науки. Гастарбайтеры возмущаются – зачем уничтожают строительный материал.

✓ Потерял свой уже сотый «новый».

✓ Кто по абонементу – тому исполнители листы без очереди.

✓ Музыкальная история метро. «Тройка» – мчитесь... «Тройка» – скачет... Если она не заблокирована.

✓ Вззошёл на Пик Победы, и с души альпиниста свалился камень.

✓ Трамвайный заяц оказался «конка-крадом».

✓ Табун не выживает рядом с конокодромом.

✓ «Закон подлости» парламент принял сразу в первой – последней подлости.

✓ Каждый строит свой мост между прошлым и будущим. Но не все строители.

✓ Не пахнет жареным, значит, – нос не дорос.

✓ Империи не пропадают даром – их растаскивают на саженьцы.

✓ Каждому небу собственное небо. Каждому небу – собственное небо.

✓ Безсластие безвластия.

✓ Судостроители обещали построить суд на каждой улице... в каждой подворотне...

✓ Жизнь – это поиск всему начала.

✓ Хлеб – универсальная пища. Его можно кушать без хлеба.

✓ Рекламированный, спонсированный, премированный... не читаемый текст.

✓ Хозяева квартиры всю ночь соображали очередную работу домашней няне.

✓ Чтобы власть была вашей, её следует приватизировать.

✓ Театр начинается со спонсоров. Станиславский этого не знал.

✓ Чтобы лето не кончалось – это задача коммунальщиков.

СКАНВОРД																																																																																																																																																																															
Лавка	Мирта-запин	"Врач", актриса	Пеметресед	Духи	Голос	Летучая собака	Алфавит	Алтайский баран																																																																																																																																																																							
		Немилость		Модник	Делает гороскоп	Валсартан	Характер	Сюжет	Резкий окрик																																																																																																																																																																						
Нем. дерматолог	Прибрежница			Благородный газ			Светильник		Изгиб реки																																																																																																																																																																						
		Роман Санд	Все-ленная	Первая столица Японии	Нятянутая бечева	Спешная работа		Матем. знак																																																																																																																																																																							
Иньекция	Мокко			"Дочь мадам ...", Лекок	ФИАТ, модель	"Сит-роен", модель	Дворян. титул		Спивакова																																																																																																																																																																						
		Супруга Тиндорея			Город Киров. обл.		Уголовный кодекс																																																																																																																																																																								
Противодействие	Шест. рычаг			Экват. созвездие		Лошадь, осел																																																																																																																																																																									
Автор Валерий Шаршуков	Летчик		Муз. интервал		Архит. стиль																																																																																																																																																																										
<table border="1"> <tr> <td>С</td><td>А</td><td>Д</td><td>К</td><td>О</td><td>Ш</td><td>Ф</td><td>Л</td><td>А</td><td>З</td><td>И</td><td>К</td><td>С</td> </tr> <tr> <td>Т</td><td>У</td><td>С</td><td>Е</td><td>П</td><td>Т</td><td>Б</td><td>А</td><td>Г</td><td>О</td><td>П</td><td>Р</td><td>И</td><td>Л</td><td>Е</td><td>П</td><td>У</td> </tr> <tr> <td>А</td><td>Л</td><td>Е</td><td>Ш</td><td>И</td><td>Н</td><td>Л</td><td>О</td><td>Р</td><td>Д</td><td>З</td><td>Ч</td><td>И</td><td>Ю</td><td>Ж</td><td>И</td><td>Л</td><td>А</td><td>Р</td> </tr> <tr> <td>Г</td><td>К</td><td>О</td><td>Д</td><td>Е</td><td>Р</td><td>О</td><td>Т</td><td>Р</td><td>О</td><td>К</td><td>Г</td><td>Е</td><td>С</td><td>С</td><td>Е</td><td>Н</td><td>Т</td><td>Р</td><td>И</td> </tr> <tr> <td>И</td><td>У</td><td>Д</td><td>А</td><td>В</td><td>Т</td><td>А</td><td>К</td><td>Т</td><td>А</td><td>О</td><td>Б</td><td>А</td><td>У</td><td>Н</td><td>А</td><td>К</td><td>А</td><td>Л</td> </tr> <tr> <td>С</td><td>У</td><td>К</td><td>А</td><td>Р</td><td>Е</td><td>О</td><td>Ф</td><td>У</td><td>А</td><td>Б</td><td>У</td><td>Д</td><td>Р</td><td>А</td><td>А</td><td>Н</td><td>И</td> </tr> <tr> <td>Т</td><td>О</td><td>Н</td><td>И</td><td>О</td><td>И</td><td>Н</td><td>Е</td><td>Р</td><td>Р</td><td>Г</td><td>И</td><td>Т</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>А</td><td>С</td><td>В</td><td>О</td><td>С</td><td>К</td><td>О</td><td>Л</td><td>И</td><td>Г</td><td>О</td><td>Д</td><td>О</td><td>Н</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Т</td><td>У</td><td>Ш</td><td>А</td><td>Р</td><td>Б</td><td>У</td><td>З</td><td>Н</td><td>О</td><td>Г</td><td>А</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										С	А	Д	К	О	Ш	Ф	Л	А	З	И	К	С	Т	У	С	Е	П	Т	Б	А	Г	О	П	Р	И	Л	Е	П	У	А	Л	Е	Ш	И	Н	Л	О	Р	Д	З	Ч	И	Ю	Ж	И	Л	А	Р	Г	К	О	Д	Е	Р	О	Т	Р	О	К	Г	Е	С	С	Е	Н	Т	Р	И	И	У	Д	А	В	Т	А	К	Т	А	О	Б	А	У	Н	А	К	А	Л	С	У	К	А	Р	Е	О	Ф	У	А	Б	У	Д	Р	А	А	Н	И	Т	О	Н	И	О	И	Н	Е	Р	Р	Г	И	Т								А	С	В	О	С	К	О	Л	И	Г	О	Д	О	Н							Т	У	Ш	А	Р	Б	У	З	Н	О	Г	А								
С	А	Д	К	О	Ш	Ф	Л	А	З	И	К	С																																																																																																																																																																			
Т	У	С	Е	П	Т	Б	А	Г	О	П	Р	И	Л	Е	П	У																																																																																																																																																															
А	Л	Е	Ш	И	Н	Л	О	Р	Д	З	Ч	И	Ю	Ж	И	Л	А	Р																																																																																																																																																													
Г	К	О	Д	Е	Р	О	Т	Р	О	К	Г	Е	С	С	Е	Н	Т	Р	И																																																																																																																																																												
И	У	Д	А	В	Т	А	К	Т	А	О	Б	А	У	Н	А	К	А	Л																																																																																																																																																													
С	У	К	А	Р	Е	О	Ф	У	А	Б	У	Д	Р	А	А	Н	И																																																																																																																																																														
Т	О	Н	И	О	И	Н	Е	Р	Р	Г	И	Т																																																																																																																																																																			
А	С	В	О	С	К	О	Л	И	Г	О	Д	О	Н																																																																																																																																																																		
Т	У	Ш	А	Р	Б	У	З	Н	О	Г	А																																																																																																																																																																				

Ответы на сканворд, опубликованный в № 14 от 13.04.2022.

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты.

Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

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.

Е-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 № 0581

Тираж 13 940 экз.

Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.



Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

Корреспондентская сеть «МГ»: Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89383585309; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.