

Дисбаланс на российском фармрынке в период санкций.

Стр. 4

Проблемы инфекций в клинической медицине рассмотрены на конгрессе Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням.

Стр. 5

Настоящий лидер, уходя, оставляет после себя ценное наследие – свои правила жизни в профессии.

Стр. 10-11

Работают мастера

Премьера состоялась

Первая гибридная кардиохирургическая операция в регионе



В Ивановской областной клинической больнице успешно выполнили сложное оперативное вмешательство на сердце, в ходе которого необходимо было решить три равнозначных задачи: тромбэкстракция, реконструкция трикуспидального клапана и реимплантация электрокардиостимулятора (ЭКС). Особенность данного события в том, что для ивановских кардиохирургов это была первая в их практике гибридная операция, то есть комбинация открытого доступа к сердцу и малоинвазивных интервенционных технологий.

Пациент, которому ранее был установлен кардиостимулятор, обратился в областную больницу по поводу сильной одышки. Обследование показало в правом предсердии тромб большого размера, который фиксировался на электродах ЭКС и перекрывал трикуспидальный клапан. Без срочной операции это грозило в ближайшей перспективе завершиться тромбоэмболией лёгочной артерии с неблагоприятным исходом.

Специалисты решили все три проблемы «за один заход» в операцию. Первым этапом в условиях искусственного кровообращения они удалили тромб, параллельно извлекли

электрокардиостимулятор, затем выполнили монокомпонентную реконструкцию клапана сердца. Вторым, малотравматичным этапом этой операции стала имплантация постоянного электрокардиостимулятора.

В Ивановской областной больнице оценивают результаты первой гибридной операции на сердце высоко. Пациент уже выписан из стационара с хорошими клиническими показателями, а специалисты готовы действовать по отработанному сценарию во всех аналогичных случаях.

Ольга БЕРЕЦКАЯ.

Иваново.

Деньги

Правительственные инвестиции

Правительство РФ в 2022 г. выделит Минздраву России 650,7 млн руб. на капитальный ремонт общежитий для студентов государственных вузов. Совокупно на аналогичные цели 11 федеральных ведомств получат 3 млрд. Среди получателей средств – Минобрнауки, Минцифры, Минсельхоз и ряд других федеральных ведомств.

«Важно, чтобы все профильные ведомства при принятии решений учли пожелания регионов. Работу по обновлению общежитий нужно вести прежде всего там, где сейчас создаются новые центры технологического и промышленного роста. И выпускникам высших учебных заведений можно будет уже во время преддипломной практики определиться с трудоустройством, а предприятия и компании получат специалистов с необходимым опытом», – отметил председатель Правительства РФ Михаил Мишустин на совещании с вице-премьерами.

О необходимости в 2021-2030 гг. провести капремонт общежитий федеральных вузов говорил Президент РФ Владимир Путин. В марте 2021 г. он поручил Правительству провести соответствующие мероприятия, особенно в регионах, испытывающих наибольшую потребность в кадрах с высшим образованием.

В прошлом году капитальный ремонт – замену кровли, фасадов, инженерных систем и внутреннюю отделку – провели в 250 общежитиях 94 вузов. На эти цели из федерального бюджета было выделено 5 млрд. В частности, на капремонт общежития № 5 Казанского ГМУ направили 218,3 млн. Здание построено в 1985 г. и рассчитано на 640 человек.

Кроме того, по данной программе обновляли общежитие и в Волгоградском

ГМУ. На эти цели направили 81,5 млн руб., из которых 69,5 млн – средства федерального бюджета. В здании 2001 г. постройки проживает 600 студентов медвуза. Капремонт в общежитии завершился в марте 2022 г., в здании отремонтировали комнаты, кухни, санузлы и зоны для отдыха. Там появились аудитории для занятий, коворкинг-пространство с зонами Wi-Fi и фудкорт.

Наряду с этим Правительство РФ направило 1,227 млрд на завершение строительства домов-интернатов для инвалидов и пожилых людей в 13 регионах страны. Работа ведётся по федеральному проекту «Старшее поколение», входящему в нацпроект «Демография».

В феврале 2021 г. М. Мишустин подписал постановление, обновившее госпрограмму «Социальная поддержка граждан» в части порядка получения региональными властями субсидий на строительство соцучреждений для пожилых людей. Документ предусматривает отсрочку для подачи ряда документов – свидетельства о праве собственности на земельный участок, разрешения на строительство, заключения государственной экспертизы на проект.

Также в конце 2021 г. Правительство утвердило правила предоставления субсидий на реализацию инвестиционных проектов по строительству и реконструкции стационарных соцучреждений для пожилых и инвалидов. Согласно постановлению, инвестор должен вложить не менее 20% от стоимости такого проекта, а остальные средства на его реализацию будут выделены из федерального и регионального бюджетов.

Борис ЕФИМОВ.

Решения

Поправки в принцип модернизации

Минздрав России внесёт поправки в принципы модернизации первичного звена здравоохранения, освободив региональные проекты программы от утверждённого ранее механизма прохождения экспертизы, мониторинга и контроля. Изменения вносятся в связи с переходом с 1 января 2022 г. к проектному управлению программой модернизации «первички». Поправки будут внесены в постановление правительства № 1304 от 09.10.2019, регламентирующее принципы модернизации первичного звена здравоохранения в России.

Как отмечается в пояснительной записке к проекту постановления, с января 2022 г. входившая в госпрограмму «Развитие здравоохранения» ведомственная целевая программа

«Модернизация первичного звена здравоохранения в РФ» заменена на одноименный федеральный проект с проектным управлением (параметры такого управления утверждены постановлением № 1288 от 31.10.2018). В связи с этим разработанные ранее механизмы проведения экспертизы, мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена не гармонизированы с процедурами в рамках ПП № 1288, что приводит к дублированию управленческих решений», – отмечают авторы документа.

Поправки разработаны по поручению вице-премьера Татьяны Голиковой от 1 апреля 2022 г. и призваны устранить несоответствие между мероприятиями ранее разработанных региональных программ, с одной стороны, и федерального и региональных проектов – с другой.

Программа модернизации первичного звена здравоохранения стартовала в январе 2021 г. Проект призван повысить доступность медпомощи, особенно для жителей малых населённых пунктов и отдалённых территорий страны. В 2021 г. по программе было построено 214 объектов медицинской инфраструктуры (58 из них получили лицензию), поставлено 385 быстровозводимых конструкций (33 лицензировано), 1,3 тыс. объектов отремонтировано, закуплено 34,5 тыс. единиц медоборудования и 5,5 тыс. единиц транспорта.

Игорь КОРАБЛЁВ.

АВТОРИТЕТНОЕ МНЕНИЕ

Александр ЛУКАШЁВ



Член-корреспондент РАН:

Зарубежные исследования показали, что свежая четвертая вакцинация прямо перед новой волной коронавирусной инфекции относительно эффективна, но что остаётся от иммунитета через несколько месяцев – пока вопрос открытый.

Стр. 7

Новости

Президент побывал в госпитале

Президент РФ Владимир Путин посетил Центральный военный клинический госпиталь им. П.В.Мандрыка Министерства обороны РФ. Во время визита пообщался с проходящими лечение в госпитале военнослужащими Вооружённых сил РФ, получившими ранения в ходе специальной военной операции, а также с медицинским персоналом лечебного учреждения.

Глава государства вместе с министром обороны Сергеем Шойгу зашли в палаты к раненым, проходящим лечение.

«Тульская область, город Богородицк, родители там, супруга с детьми – в Нижнем Новгороде», – рассказал Президенту один из военнослужащих. В другой палате он побеседовал с сержантом Дмитрием Марая из Кабардино-Балкарии, в следующей – с военнослужащими из Башкирии и других регионов страны. Президент пожелал им всем удачи и скорейшего выздоровления.

Также он поинтересовался у врачей, есть ли у них всё необходимое для лечения и реабилитации раненых. «Все вопросы оперативно решаются командованием, медикаменты, перевязки, современное оборудование – всё есть», – доложили они. По словам начальника госпиталя, благодаря новым методикам лечения раны заживают в два раза быстрее.

Андрей ДЫМОВ.

Информация для каждого

Иркутский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями провёл просветительскую акцию по ВИЧ-инфекции для работников правительства региона.

В канун Международного дня памяти жертв СПИДа в здании, где размещается областная исполнительная власть, разместили выставку плакатов, на которых представлена информация о ситуации с распространением ВИЧ-инфекции не только в Иркутской области, но и по России в целом, о том, как вирус проникает в организм человека, какой механизм действия у современной терапии, где и как можно пройти обследование.

«Знать свой ВИЧ-статус – это нормально!», – подчёркивают организаторы выставки. С этой целью они предложили желающим пройти экспресс-тестирование. Такой возможностью воспользовались 63 человека. К общей радости, все результаты оказались отрицательными.

Сам факт публичного размещения информации о ВИЧ-инфекции в стенах правительства можно назвать смелым поступком руководства центра СПИД и взрослым ответом чиновников региональной администрации. Поскольку основным путём заражения в области остаётся половой – 89,5% случаев по результатам 2021 г., – то считать чиновников в отличие от остальных людей неуязвимыми нельзя. «Теперь в зоне риска каждый», – отмечают в областном центре СПИД.

В свою очередь главный врач учреждения Юлия Плотникова напоминает, что информационная работа – главный инструмент сдерживания эпидемии ВИЧ-инфекции, вот почему важно привлекать внимание общественности к данной проблеме. Тем более, что эпидситуация по ВИЧ-инфекции в регионе непростая: на начало текущего года здесь зарегистрировано более 29 тыс. человек, живущих с ВИЧ-инфекцией, почти 2 тыс. новых случаев заражения произошло за прошлый год.

Ирина БАЖЕНОВА.

Иркутск.

Целевики могут претендовать на миллион

За два последних года в Тюменскую областную больницу № 4 (Ишим) по программе «Земский доктор» было трудоустроено 9 врачей и 12 фельдшеров. В этом году медучреждение ожидает возвращения 28 специалистов. Все они могут претендовать на единовременную компенсационную выплату, предусмотренную программой.

У медицинских организаций появилась дополнительная возможность привлечь молодых специалистов для работы на селе. Правительство РФ внесло изменения в программу «Земский доктор/Земский фельдшер», расширив категории получателей единовременных компенсационных выплат. Теперь условия программы распространяются также на выпускников медицинских колледжей и университетов, в том числе и на целевиков, которые после окончания обучения возвращаются работать в свои населённые пункты.

Ранее в программах могли участвовать медицинские работники, проживающие в сельском населённом пункте, рабочем посёлке, посёлке городского типа или в городе с населением до 50 тыс. человек.

Единовременные выплаты студентам, обучающимся по целевому набору от лечебных учреждений, будут осуществляться после 5 лет трудовой деятельности в медицинской организации. Участники программы, в частности, врачи, получают единовременные выплаты в размере 1 млн руб., фельдшера, акушерки и медсестры – 500 тыс. руб.

«Сегодня медорганизация, помимо целевиков, готова по программе принять на работу врачей: педиатров, акушера-гинеколога, анестезиологов-реаниматологов, терапевта и оториноларинголога, а также 10 фельдшеров для работы в сельской местности», – сказал главный врач больницы Вячеслав Афанасьев. – Вакансии открыты и в филиалах: в Абатской, Викуловской, Сорокинской и Бердюжской больницах. Кроме того, в каждом районе есть возможность предоставления служебного жилья, что играет немаловажную роль при выборе места работы».

Жанна СТРИЖАК.

Тюменская область.

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

Тенденции

Слаженность действий – залог спасения

Каждый показал себя профессионалом



Слаженная работа врачей различных учреждений – межмуниципальных медицинских центров в Артёмовском и Ирбите, а также территориального центра медицины катастроф Свердловской области спасли пожилого пациента, у которого во время утренней разминки случился инфаркт.

На тренажёрной площадке возле дома 68-летний житель Артёмовского Евгений Мезенцев почувствовал себя плохо после привычной пробежки. К счастью, несмотря на ранний час, его заметил сотрудник спорткомплекса и вызвал скорую. У прибывшей через пять минут бригады сомнений не возникло: инфаркт миокарда. В автомобиле скорой помощи на пути в больницу начали проводить тромболизис. Тем не менее, состояние пациента оставалось тяжёлым. Он был сразу доставлен в отделение реанимации.

«Параллельно шли переговоры со специалистами территориального центра медицины катастроф Свердловской области», – говорит и.о. заведующего кардиологическим

отделением Артёмовской центральной районной больницы Людмила Репина. – Болевой синдром не купировался, требовалось экстренное спасительное чрезвычайное коронарное вмешательство. Поэтому было принято решение транспортировать пациента в межмуниципальный медицинский центр на базе Ирбитской горбольницы, где оказывают высокотехнологичную помощь таким больным».

Вертолёт Медицины катастроф доставил в Артёмовский реанимационно-анестезиологическую бригаду и медицинское оборудование, необходимое для эвакуации пациента.

«Инфаркт в данном случае осложнялся низким артериальным давлением и нарушением сердечного ритма на фоне аtrieвентрикулярной блокады», – поясняет анестезиолог-реаниматолог территориального центра медицины катастроф Ольга Асхатова.

К счастью, к моменту прибытия бригады артёмовским врачам удалось стабилизировать работу сердца и восстановить ритм. Эвакуация прошла благополучно, и пациент был передан в руки

ирбитских медиков. Он сразу же оказался в ангиографической операционной Ирбитской ЦГБ, где ему установили стент в правую коронарную артерию. После операции состояние пациента быстро стабилизировалось, он вышел из кардиогенного шока. По словам врачей, в течение суток отмечалось достаточно тяжёлое, но стабильное состояние, затем он был переведён из реанимации в палату интенсивной терапии, а вскоре – и в общепрофильную палату, откуда был выписан в удовлетворительном состоянии.

«Коллеги из Артёмовской ЦРБ правильно оценили тяжесть состояния и выбрали верную тактику лечения. Быстро отреагировали врачи территориального центра медицины катастроф, пациент был вовремя доставлен в Ирбит и успешно прооперирован. Только благодаря общим усилиям он остался жив», – считает заведующая кардиологическим отделением Ирбитской ЦГБ Наталья Супрунова.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Екатеринбург.

Ориентиры

Ветеранский спорт продлевает жизнь

Учёные клиники факультетской терапии Саратовского медицинского университета провели длительное всестороннее исследование состояния здоровья людей старше 40 лет, регулярно занимающихся профессиональным спортом и участвующих в спортивных соревнованиях.

Полученные результаты доказывают, что ветеранский спорт препятствует возрастным изменениям в сердце и сосудах. При этом разные виды спорта в зависимости от интенсивности занятий и нагрузок по-разному влияют на сердечно-сосудистую систему.

Например, спортивные тренировки и соревнования, где доминируют скорость и ловкость (волейбол, футбол, фехтование и др.), вынуждают сердце работать на грани запредельных возможностей. Поэтому с особой осторожностью к этим видам спорта нужно подходить людям с гипертонией и ожирением. «Интенсивные тренировки преимущественно на выносливость не являются оптимальными для миокарда, особенно если наблюдается исходное увеличение сердца», – поясняет директор клиники факультетской терапии профессор Юрий Шварц. – В этом случае выводы нашего исследования подтверждаются мировой ста-

тистикой, которая свидетельствует о том, что наибольшее количество случаев внезапной сердечной смерти регистрируется именно у марафонцев и футболистов».

В ходе исследований ученые университета пришли к выводу, что характеристики сердца и сосудов у спортсменов-ветеранов намного лучше, чем у тех, кто не занимается соревновательными видами спорта профессионально, а сердечно-сосудистые катастрофы встречаются реже, чем у их ровесников, ведущих малоподвижный образ жизни.

«Научная деятельность медицинского университета ориентирована не только на решение актуальных проблем медицины, но и на повышение качества жизни людей, в особенности старшего возраста», – отмечает ректор вуза Андрей Еремин.

Алексей ЛЕОНИДОВ.

Саратов.

Проекты

Скорая помощь по новому порядку

Минздрав России представил проект нового Порядка оказания скорой медицинской помощи (СМП). Среди прочего предлагается создать региональные центры СМП и медицины катастроф, которые будут функционировать как отдельные медицинские организации. Кроме того, установлены нормативы для общепрофильных выездных бригад и время доезда до пациента при оказании медпомощи в экстренной и неотложной формах. Проект документа предполагает отмену действующего приказа Минздрава России № 388н от 20.06.2013 «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

Центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф впишут в номенклатуру медорганизаций, причём исключить станции и больницы СМП из номенклатуры не планируется. Региональные центры предлагается создавать для оказания выездной скорой специализированной медпомощи взрослым и детям в круглосуточном режиме, а также для выполнения функций и полномочий территориального центра медицины катастроф субъекта. Основными функциями центра СМП и медицины катастроф являются организация медицинской эвакуации пациентов, обеспечение преемственности с медорганизациями и укомплектование выездных бригад медиками. В структуре

организации рекомендовано предусмотреть 18 отделений, в том числе подстанции СМП (филиалы, посты, трассовые пункты), отдел медицинской эвакуации, который также может быть организован в составе региональной станции СМП, и территориальный центр медицины катастроф.

Проектом приказа предлагается также установить временные нормы для медицинской эвакуации из медучреждений, где нет возможности оказать необходимую медпомощь. Эвакуацию в экстренных случаях необходимо проводить не позднее 12 часов после принятия решения о перевозке пациента, в труднодоступных районах – не позднее 24 часов. Устанавливаются и нормативы

по времени доезда бригады СМП до пациента: при оказании медпомощи в экстренной форме – не более 20 минут с момента приёма вызова, в неотложной форме – до 120 минут после приёма вызова, причём время может быть «обоснованно скорректировано» с учётом эпидемиологической обстановки, транспортной доступности, а также численности населения и географических особенностей региона.

Федеральный Минздрав также предлагает ввести нормативы для общепрофильных бригад СМП. При радиусе территории обслуживания до 20 км необходимо не менее одной бригады на 10 тыс. взрослого населения и одной – на 10 тыс. детского. При радиусе от 20 до 30 км – по одной бригаде на 9 тыс. взрослых и детей. От 30 до 40 км – по одной бригаде на 8 тыс. человек. От 40 до 50 км – по бригаде на 7 тыс. взрослых и детей. При радиусе более 50 км рекомендовано предусмотреть не менее одной бригады на 6 тыс. взрослого и детского населения соответственно. Специализированные выездные бригады СМП

анестезиологии-реанимации формируются исходя из норматива: одна бригада на 100 тыс. человек обслуживаемого населения.

В штатной численности станции СМП может появиться несколько новых должностей – врач-методист (одна должность на каждые 100 тыс. вызовов в год), а также замглаврача медорганизации по клинко-экспертной работе.

Ещё одним нововведением является создание оперативного отдела, который будет выполнять функцию единой центральной диспетчерской службы СМП при организации централизованного приёма обращений со всей территории субъекта. Сотрудникам отдела необходимо сортировать вызовы по поводам и предполагаемой форме (экстренная и неотложная), а также срочности и профилю направления бригад; оказывать дистанционные консультации пациентам до прибытия бригады, в том числе по вопросам оказания первой помощи; консультировать выездные бригады.

Вячеслав ДАШКОВ.

Назначения

Министром здравоохранения Республики Башкортостан стал Айрат РАХМАТУЛЛИН, ранее работавший главным врачом городской клинической больницы № 18 Уфы.

Руководивший ведомством с 2018 г. вице-губернатор Максим Забелин ещё в конце марта возглавил администрацию президента республики Радия Хабирова.

Айрат Рахматуллин в 2010 г. окончил Башкирский государственный медицинский университет. С 2009 г. работал медбратом уфимского городского госпиталя ветеранов войн, в 2011–2016 гг. – неврологом в Республиканской клинической больнице им. Г.Г.Куватова, затем был ведущим специалистом отдела организации медицинской помощи взрослому населению Минздрава республики, в 2018 г. стал главным специалистом отдела по проектной деятельности ведомства.

В 2018–2021 гг. А.Рахматуллин занимал должность заместителя главного врача, а затем и главного врача Дюртюлинской центральной районной больницы. После этого возглавлял ГКБ № 18 в Уфе.

Ситуация

Водители Московской областной станции скорой медицинской помощи (СМП) написали письмо Президенту РФ Владимиру Путину с просьбой повлиять на ситуацию с низкими зарплатами. По словам водителей, их оклад не индексировался с 2014 г. и составляет 14 680 руб. в месяц. В Минздраве региона сообщили, что по сравнению с 2014 г. средняя зарплата водителей СМП выросла на 57%.

В тексте письма говорится, что за одну ставку водитель без стажа получает 28 тыс. руб. в месяц, водитель со стажем – около 35 тыс. (с надбавкой к окладу в размере 55%). «Мы с вами понимаем, что на эту денежную сумму прожить в Московской области невозможно семье с детьми», – отмечают авторы обращения, добавляя, что реальная зарплата водителей скорой помощи в Московской области за прошедшие 5 лет стала меньше.

Водители, говорится в письме, не подпадают под действующее постановление правительства Московской области № 483/23 от 03.07.2007 «Об

С надеждой на самый «верх»

оплате труда работников государственных учреждений здравоохранения в Московской области», которое устанавливает размеры и условия оплаты труда. Кроме того, сетуют авторы обращения, водители СМП не будут участвовать в пилотном проекте по внедрению новой системы оплаты труда медработников, который должен стартовать в июле 2022 г. в клиниках семи регионов России (Московская область в проект не входит).

Авторы письма просят главу государства дать тематические указания Минздраву России, федеральному правительству и Минздраву Московской области, а также руководству Московской областной станции СМП. В частности, по мнению водителей, Минздраву России необходимо предложить Правительству и Минтруду России включить водителей в пилотный проект по внедрению новой системы оплаты труда, «исходя из расчета 80% от оклада фельдшера скорой медицинской по-

мощи», и с таким же уточнением рекомендовать региональным властям включить водителей в постановление № 483/23.

Правительству Московской области, считают авторы обращения, нужно принять меры по восстановлению индексации окладной части зарплаты водителей региональной станции СМП. Руководство этого медучреждения, по мнению заявителей, должно рассмотреть вопросы о восстановлении водителям надбавки за классность, о возобновлении доплат в 15% к окладу за мойку автомобилей скорой помощи на всех подстанциях и постах Московской областной станции СМП, а также произвести перерасчёт зарплаты.

Между тем, в пресс-службе Минздрава Московской области сообщили, что всем водителям скорой помощи с 1 января 2022 г. установлена доплата в размере 8046 руб. «Заработная плата водителей «скорой» состоит из должностного оклада, компенсационных выплат,

в частности надбавки за работу во вредных условиях, надбавки за ночные и праздничные дни, стаж непрерывной работы и прочих доплат, надбавок и стимулирующих выплат. Также условиями коллективного договора предусмотрена надбавка в размере 15% за мойку автомобиля», – отметили в ведомстве.

Средняя зарплата водителя Одинцовской подстанции СМП, по данным регионального Минздрава, в 2014 г. составляла 34 598,8 руб., а в I квартале 2022 г. с учётом всех доплат – 54 483, «что выше на 57% по сравнению с 2014 г.».

«Дополнительно сообщаем, что 18 мая состоялась встреча администрации Московской областной станции СМП с водителями скорой помощи Одинцовской подстанции, где были даны все разъяснения по вопросам начисления, а также индексации заработной платы», – сказали в региональном министерстве.

Леонид ПОЛЯКОВ.

Акценты

Пандемия не закончилась

Глава Всемирной организации здравоохранения Тедрос Гебрейесус заявил на открытии ассамблеи Организации о крайне тяжёлых последствиях конфликта на Украине для здоровья человечества.

«Там, куда приходит война, вскоре за ней следуют и голод, и болезни», – сказал он. – С точки зрения здравоохранения, мир сегодня столкнулся с критическими вызовами – сочетанием эпидемий, засух, голода и войны, которое подогревается переменаами климата, неравенством и политическим соперничеством. Разделённый мир не может противодействовать кризисам такого масштаба, как, например, пандемия коронавируса».

При этом заболеваемость COVID-19 продолжает увеличиваться почти в 70 странах. «Закончилась ли пандемия? Нет, определённо нет. Я понимаю, что это не то послание, которое вы хотели бы услышать, и это точно не то послание, которое я хотел бы доставить, – заявил он. – Лишь 57 стран вакцинировали более 70% населения, и почти все они являются странами с высоким уровнем дохода».

Между тем, впервые в мировой истории число беженцев достигло 100 млн человек. Причина этого – военные конфликты на Украине и в других странах, говорится в сообщении Управления Верховного комиссара Организации Объединённых наций по делам беженцев. «Сто миллионов – это суровая цифра, отрезвляющая и тревожная в равной мере. Это рекорд, который никогда не должен был быть установлен», – заявил Верховный комиссар ООН по делам беженцев Филиппо Гранди.

Алексей ПИМШИН.

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.

В марте на «круглом столе» в Государственной Думе обсуждали необходимость создания в Российской Федерации национальной системы лекарственной безопасности в условиях экономических санкций.

– Независимо от того, какая будет ситуация, на каждую гайку мы найдём свой болт, – заверил тогда участников встречи депутат Александр Петров.

С законодательными и прочими нормативными «болтами» для санкционных и иных «гаек», мешающих отечественному фармбизнесу, видимо, более-менее справиться удалось. Во всяком случае теперь наши производители и поставщики лекарств не высказывают жалоб на какие-либо критические проблемы. Однако, достигнутая на данный момент за счёт восстановления параллельного импорта лекарственная безопасность России не может отождествляться с её лекарственной независимостью.

Именно о независимости страны от импорта готовых фармпрепаратов и субстанций для дженериков шла речь на другой площадке – конгрессе «ОргЗдрав-2022». Здесь встретились все заинтересованные стороны: учёные, производители, поставщики, чиновники Минздрава России и Росздравнадзора, депутаты Госдумы. Как пояснили организаторы форума, при обсуждении темы лекарственного обеспечения страны следует сосредоточиться не только на том, как адаптироваться к изменению логистических цепочек, росту цен на импортные препараты и субстанции, но прежде всего на необходимости создавать отечественные инновационные препараты и развивать собственный научно-производственный фармацевтический комплекс полного цикла.

Финансово-научная катастрофа

Выступление председателя Межведомственного совета РАН по научному обоснованию и сопровождению лекарственной политики Российской Федерации вице-президента РАН академика Владимира Чехонина можно назвать моментом истины: академия наук идёт ва-банк, хватит политесов, пора называть вещи своими именами. Он перечислил ключевые проблемы, мешающие созданию инновационных лекарственных препаратов в России, причём, все они сформировались не три месяца назад, когда на Россию обрушились санкции, а складывались десятилетиями.

– В 2019 г. расходы на медицинскую науку в России составили долю от ВВП в пять раз меньше, чем в большинстве развитых стран, и в 23 раза меньше, чем в США. Данное обстоятельство снижает инновационный потенциал научных разработок и сокращает приток новых кадров в науку. В итоге за период с 2010 по 2020 г. произошло существенное снижение объёма подготовки научных кадров, количество защищённых диссертаций снизилось на 80%, – сообщил В.Чехонин.

Далее. Спрос на результаты научно-производственного труда низкий из-за недофинансирования здравоохранения, считает вице-президент РАН и снова приводит сравнение: государственные расходы на лекарства в амбулаторно-поликлиническом звене в расчёте на душу населения у нас в три раза ниже, чем таковые в новых странах Европы.

Следующая проблема заключается в том, что в РФ нет единого центра управления и финансирования научно-исследовательских и опытно-конструкторских разработок, в этом участвуют три ведомства – Минобрнауки, Минздрав, Минпром – и шесть государственных фондов. Также нет адекватного мониторинга эффективности финансовых вложений.

Самое печальное, что в стране вообще не сформулированы на уровне государства конкретные приоритеты по разработке лекарственных средств и по другим на-

учным направлениям тоже, исходя из потребностей здравоохранения.

Инфраструктура отраслей, которые обеспечивают разработку лекарств, также хромает на обе ноги. Не хватает оборудования для проведения доклинических исследований новых препаратов, экспериментальных животных тоже не хватает, высокая зависимость от приобретения лабораторного оборудования и реактивов за рубежом, недостаток промышленных платформ для синтеза фармацевтических субстанций, для генетической инженерии, для технологий

затягивает время поставок импорта и увеличивает себестоимость препаратов, что, безусловно, будет отражаться на аптечных ценах. Тем не менее, мы считаем, что отрасль однозначно выдержит. Напомню: ни лекарственные средства, ни изделия медицинского назначения не попадают под санкции, соответственно, ожидать каких-то проблем с поставками не приходится, – считает В.Дмитриев.

Если принять во внимание замечание эксперта о том, что в России исторически фармрынок дженериковый, порядка 90% в деньгах – это

Когда спешка уместна, а когда нет?

Дальше слово предоставили учёным, то есть именно тем специалистам, которые призваны решить задачу лекарственного обеспечения России не путём организации прямого и параллельного импорта, а своим интеллектуальным трудом. Чем государство и бизнес могут и должны помочь науке?

Заведующий отделом лекарственной токсикологии НИИ фармакологии им. В.В.Закусова член-

в популяции. Кроме того, не следует объединять разные фазы клинических исследований. Если в условиях пандемии это было обосновано необходимостью более быстрой регистрации новых противовирусных средств и вакцин, то сейчас данная практика стала распространяться на все препараты. Далее, сокращать число пациентов, участвующих в клинических исследованиях, недопустимо. Мы можем получить доказательства эффективности препаратов, но не всегда достигаем истинной безопасности, потому что некоторые нежелательные реакции

«Круглый стол»

С «болтами» порядок, с наукой сложнее

Дисбаланс на российском фармрынке по-прежнему в пользу импорта

3D-печати лекарственных препаратов и т.д. Если добавить в этот список дефицит научных кадров, в том числе, из-за их оттока в сторону Запада, результаты получаются драматичные: количество новых лекарств, которые зарегистрированы в России за последние пять лет, в 25 раз ниже, чем в США, и в 19 раз ниже, чем в странах ЕС!

– Наши коллеги за рубежом переняли советский опыт пятилеток с их приоритетными целями и конкретными задачами. Так, в Китае, согласно пятилетнему плану развития медицинской науки, предусмотрено до 2025 г. внедрить международные стандарты производства лекарств. Определены приоритеты для развития биотехнологий – 10 конкретных заболеваний, для терапии которых предполагается запустить в производство 20-30 новых препаратов. В Южной Корее на текущую пятилетку поставлена задача войти в число 7 стран-крупнейших производителей лекарств, увеличить объём экспорта лекарств в 10 раз. В свою очередь, Евросоюз намерен к 2025 г. разработать и начать производство 25 инновационных молекул, – привёл убедительные примеры В.Чехонин.

А что можно сказать о главных направлениях развития отечественной фармакологии и фармацевтической отрасли на краткосрочную и среднесрочную перспективы? Пожалуй, ничего конкретного. Нет, по словам спикера, ни пятилетнего плана развития фармакологии и производства, ни единого центра управления, ни соответствующего финансирования, ни жёсткой отчётности и ответственности за полученные результаты. Точнее, за их отсутствие. Если, конечно, не считать результатами продолжающийся активный импорт лекарств и субстанций для дженериков, который, кстати, может быть остановлен продающей стороной в любой политический момент.

Над страной безоблачное небо?

Впрочем, отечественные производители и поставщики лекарств общего скепсиса не разделяют, напротив, они настроены вполне оптимистично.

Так, генеральный директор Ассоциации российских фармацевтических производителей Виктор Дмитриев успокоил аудиторию форума организаторов здравоохранения тем, что «ковидный» стресс, который наша фармотрасль пережила за два последних года, во многом оказался для неё тренингом.

– То, что происходит сейчас, в основном понятно и уже привычно. Из новых сложностей – логистические проблемы, недопоставки и возможная смена поставщиков. Все эти проблемы приходится решать в ручном режиме. Да, это



дженерики, то сложно разделить оптимизм господина В.Дмитриева относительно того, что «отрасль будет работать, как и раньше». Не пора ли сменить пропорции рынка, позволив российской фармакологии реализовать свой потенциал?

Однако заинтересованности в успехах отечественной науки представитель фармпроизводителей не сказал ни слова. Если сегодня в чём-то и заинтересован бизнес, так это в помощи регулятора, а именно в процедуре ускоренной регистрации новых препаратов и более свободного завоза из-за рубежа в условиях параллельного импорта. В.Дмитриев деликатно отметил, что в нынешних форс-мажорных обстоятельствах чиновники могли бы работать оперативнее.

Удивительно, но с точностью до наоборот оценил деятельность регулирующих органов председатель Комитета по предпринимательству в здравоохранении и медицинской промышленности Торгово-промышленной палаты РФ академик РАН Валерий Сергиенко.

– Наши федеральные органы власти очень оперативно реагируют на просьбы и пожелания производителей, а им нужны субстанции, оборудование, налоговые льготы. Все решения по этим вопросам принимаются фактически в режиме онлайн. В этом смысле над всей Россией безоблачное небо. Населению не надо беспокоиться о том, что в аптеках не будет тех или иных препаратов, например, аспирина. Хотя... Может быть, и не будет, потому что субстанцию для аспирина готовят не у нас в стране. Однако вся логистика уже отлажена с юга, востока и запада. Пусть на сутки-двое дольше, но в итоге всё приходит в нашу страну, – охарактеризовал ситуацию В.Сергиенко.

Какое отношение имеют эти слова к импортозамещению? Никакого. К смене локации производителей субстанций и готовых импортных препаратов – да, но к обеспечению фармнезависимости России от импорта – точно нет.

корреспондент РАН Андрей Дурнев категоричен: добиться лекарственной независимости страны без разработки собственных инновационных лекарств невозможно.

– Их производство невозможно без обеспечения доклинических исследований. При этом появилось большое количество «доморощенных» организаций, которые никем не аттестованы, но претендуют на то, чтобы исследовать безопасность лекарственных средств. Деньги государства на проведение экспертизы безопасности лекарств получают лаборатории, не имеющие для этого опыта, их сотрудники не имеют нужной квалификации.

Это негативная тенденция, которая должна быть прекращена, – настаивает эксперт.

Продолжая тему доклинических исследований новых лекарств, директор Института молекулярной медицины Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, доктор биологических наук, профессор Андрей Замятин сделал акцент на том, что у российских разработчиков нет лабораторных животных надлежащего качества для этих целей. Он также посетовал на то, что к работам российских фармакологов нет интереса со стороны бизнеса.

И ведь все эти проблемы не вчера возникли, они хронические, но государство почему-то не спешило их разрешить, хотя здесь спешка была бы уместна в отличие от других процессов.

Так, и.о. ректора Ярославского государственного медицинского университета, председатель Совета по этике при Минздраве России член-корреспондент РАН Александр Хохлов призвал отказаться от ускоренной практики вывода новых лекарств в практику, которая была инициирована во время пандемии COVID-19.

– В частности, надо отказаться от упрощённой процедуры доклинических исследований, так как это чревато накоплением рисков

являются редкими, и они могут быть зарегистрированы только в больших популяционных исследованиях, – подчеркнул А.Хохлов.

Подождем до 2030 года

Итак, каковы же перспективы идеи фармнезависимости для России? Директор департамента науки и инновационного развития здравоохранения Минздрава России Игорь Коробко никаких конкретных сроков и объёмов истинного импортозамещения не называет, просто ссылается на Национальный проект «Медицинская наука для человека», который стартовал в 2022 г. и рассчитан до 2030 г. и, по словам чиновника, как раз имеет целью систематизировать процессы в медицинской науке, а также повысить эффективность отдачи научных исследований для практического здравоохранения.

В то же время, отвечая на вопрос В.Чехонина, на сколько должно быть увеличено финансирование научных исследований в области фармакологии, И.Коробко ответил так: «Начинать нужно не с того, чтобы обсуждать увеличение финансирования, а с того, чтобы в первую очередь повысить эффективность расходования средств на медицинскую науку. Именно эту цель преследует упомянутый новый нацпроект. Он призван исключить дублирование научных исследований, но самое главное – сформировать систему квалифицированного заказа науке в интересах здравоохранения, а также помочь разработчику довести свою идею до индустриального партнёра и выхода на рынок».

Разговор чиновников с учёными по принципу «денег нет, но вы держитесь» явно непродолжителен. Зато показателен. Что ж, остаётся дожидаться 2030 г. и надеяться на то, чтобы Запад и Азия до тех пор окончательно не перекрыли России поставки лекарств и субстанций.

А чем может обернуться такая ситуация для системы здравоохранения, хорошо проиллюстрировал и.о. генерального директора МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова доктор медицинских наук Олег Гриднев:

– Как научно-медицинский исследовательский центр, наше учреждение проводит мониторинг обеспеченности 40 субъектов РФ офтальмологическими препаратами. Следует отметить, что российские лекарства среди всех офтальмологических препаратов составляют 10%, всё остальное – или оригинальные импортные, или дженерики также не российского производства. А, например, среди прогрессивных комбинированных препаратов для лечения глаукомы доля отечественных – всего 0,4%.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Накопленный объём данных об инфекционных агентах в современной медицине выходит далеко за пределы специальности «инфекционные болезни» и создаёт потребность в новых знаниях об инфекционном процессе. Представители этой специальности отмечают, с одной стороны, значимость инноваций, которые пришли в их практику, а с другой – те неоднозначные ситуации, которые они создают. В этом разбирались участники прошедшего в мае VIII конгрессе Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням.

Кризис специальности

В арсенале инфекционистов появилось много нового: омиксные технологии в изучении системы человек – микроорганизмы, большие данные в биомедицинских исследованиях, новые подходы к оценке взаимодействия микро- и макроорганизма, большие данные в вирусологии, реестры пациентов. Вместе с тем, сказал президент детского научно-клинического центра инфекционных болезней ФМБА России главный специалист по инфекционным болезням у детей Минздрава России Юрий Лобзин, нет единых подходов к оценке значимости инфекционных агентов в жизни человека, как с точки зрения возникновения заболеваний, так и сохранения здоровья.

Даже произошедшая глобализация медицинских решений, как показала жизнь, не всегда идёт на пользу делу, утверждает он: «Всемирная организация здравоохранения существенно подвергается критике и, на мой взгляд, совершенно справедливо. Создание ВОЗ, национальных и региональных центров сбора, анализа и обобщения информации существенно бюрократизировали алгоритм принятия решений. Последствиями этого стали необходимость объединения разных по своей структуре систем сбора и анализа медико-биологической информации, существенные затраты времени на обработку больших массивов данных. Задерживаются принятие решений об ограничительных мероприятиях при возникновении инфекционных заболеваний, политизированы и коммерциализированы глобальные медицинские проекты. Мы с этим столкнулись: вакцины, этиотропные средства – попробуйте внедрить какой-нибудь из наших отечественных препаратов. И доказательная медицина – мы все молились на неё, как на бога, но, на мой взгляд, доказательная медицина в некоторой степени стала способом управления, политизации и коммерциализации глобальных медицинских проектов».

Кризис назрел и в самой специальности, считает Ю. Лобзин. С одной стороны, достигнуты успехи в контроле за инфекционными заболеваниями, есть выдающиеся результаты в лечении ВИЧ/СПИД, гепатитов и др., отмечает он. Но с другой стороны, есть такой фактор, как доступность антибиотиков и это позволяет большинству врачей лечить инфекционные болезни, не обращаясь за помощью к экспертам. В том числе по этой причине инфекционисты остаются одними из самых низкооплачиваемых специалистов. Развитие специальности критически важно не только для самой инфектологии, но и для успеха других дисциплин, убежден Ю. Лобзин: «Не имея собственных уникальных технологий, мы используем самые современные методы инструментально-лабораторной диагностики, включая изучение системы микро- и макроорганизмов. Игнорирование нашей специальности приводит к катастрофе».

Именно как катастрофу эксперты расценивают данные из США, которые были приведены на конференции: неадекватное использование антибиотиков врачами-неинфекционистами приводит к тому, что формируется высочайший уровень резистентности – свыше 51%. Врачи с тревогой наблюдают конвергенцию множественной устойчивости и гипервирулентности, что всё чаще вызывает внебольничные инфекции у здоровых людей.

Преодоление

Инфекционные агенты влияния



Ю. Лобзин и В. Покровский

При этом выдающихся успехов в разработке антибиотиков нет. И хотя есть много кандидатов, по части из них разработка прекращена, часть находится на стадии испытаний, и только небольшая часть клинически валидированных мишеней внедряется в практику.

Говоря о проблемах инфекции в медицине, Ю. Лобзин отметил, что спектр инфекционных болезней в последние десятилетия продолжает претерпевать существенные изменения, а прогресс в области изучения взаимодействия микро- и макроорганизмов не реализовался в реальную диагностическую практику. Профессиональное медицинское сообщество испытывает значительные затруднения в трансформировании колоссального объёма информации в практическую деятельность, что приводит к широкому распространению неадекватных терапевтических подходов. «На этом фоне возрастает роль инфектологии. Почему? Да в силу подготовки врача-инфекциониста, специалиста по инфекционным болезням – он воспитывается на целостном подходе к проблеме. Узкие специалисты не имеют достаточной подготовки для такого широкого взгляда, как у инфекциониста», – высказался он.

Для хорошего инфекциониста характерна динамическая оценка происходящих событий, ведь в ряде случаев важны даже не дни, а часы и даже минуты. Как считает эксперт, инфекционист из всех терапевтических специальностей ближе всего к хирургу по скорости и радикальности принимаемых решений. На нём лежат такие задачи, как постановка дифференциального диагноза, принятие ответственных и решительных действий, координирующая роль в организации диагностики,

в оценке результатов исследований и терапии. Специалист в области инфекционных болезней должен аккумулировать самые современные знания в области этиологии, патогенеза, клиники, диагностики широкого круга инфекций. А для этого необходима постоянно действующая система образования и самообразования на основе междисциплинарного подхода, без чего прогресс в этой области медицины невозможен, заявил Ю. Лобзин.

чем в среднем в мире, число новых случаев из-за недостаточной эффективной профилактики заражения, меньший охват антиретровирусной терапией людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, из-за недостаточного обеспечения лекарственными препаратами, а некоторые из стран и вовсе зависят от внешнего финансирования программ по борьбе с ВИЧ/СПИД.

Увы, по абсолютному числу ВИЧ-инфицированных граждан в регионе лидирует Россия

(790 тыс.), затем следуют: Украина (260 тыс.), Узбекистан (58 тыс.), Казахстан (35 тыс.), Беларусь (28 тыс.), Таджикистан (14 тыс.), Азербайджан (9,9 тыс.), Грузия (8,4 тыс.), Армения (4,8 тыс.). По Туркменистану данных нет, и хотя власти этой страны уверяют, что ситуация там хорошая, российские специалисты находят заражения среди её граждан. Помимо данных, которые предоставляют указанные страны, специалисты судят о картине по данным обследований лиц, приезжающих в Россию на срок более 3 месяцев.

Эти данные важны, потому что, как сказал В. Покровский, мощные миграционные потоки создают угрозу быстрого распространения различных вариантов ВИЧ. И если со стороны Европы, Белоруссии эти риски меньше, то в Закавказье они высоки, поскольку кавказские республики тесно сотрудничают с Турцией, арабскими странами. То же самое в Центральной Азии, где есть потоки и внутри республик, и из Ирана, и из других стран. Россияне ездят отдыхать туда, в также в Тайланд, Китай – как результат, в страну завозятся разные субтипы ВИЧ-инфекции, и если в прежние годы доминирующим всегда был субтип А, то теперь на Дальнем Востоке появляется большое разнообразие субтипов, попавших туда из Южной Африки. Букет субтипов специалисты наблюдают и в Татарстане, Киргизстане, Армении. Для эпидемиологов эти данные важны в аспекте разработки вакцин: «Вакцина для одного субтипа уже будет явно неэффективна, кончились те времена. Обмен продолжается, заносятся новые субтипы».

Коронавирус уходит, а ВИЧ остаётся

Коронавирусные инфекции, о которых так много говорится в последние годы, приходят и уходят, а ВИЧ-инфекция остаётся, напомнил коллегам руководитель Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом ЦНИИ эпидемиологии Вадим Покровский. Он отметил, что проблемы борьбы с ВИЧ/СПИД в Евро-азиатском регионе актуальнее, чем где-либо: здесь фиксируется большее,

на въезд ВИЧ-инфицированных иностранных лиц на территорию РФ, депутаты, казалось бы, сделали благое дело, но на практике это решение не столь однозначно. «Допустим, человек едет в Россию или уже пребывает здесь, зарабатывает деньги, потом его высылают или не пускают в Россию. Он пытается проникнуть нелегально, что ухудшает ситуацию, ведь он не может получить лечение у себя в стране».

Такой гражданин зачастую лишается возможности получить лечение и в стране пребывания. Как отмечает В. Покровский, в условиях действия законов, запрещающих въезд и пребывание ВИЧ-инфицированных иностранцев на территории отдельных государств, не ясно, если такой гражданин всё же остаётся в стране, кто будет платить за оказываемую ему медпомощь? «У нас по закону только граждане РФ имеют право на бесплатное лечение. Поэтому стоит вопрос, как организовать помощь иностранным гражданам», – сказал эксперт. По его мнению, решением здесь может стать создание специального межгосударственного фонда, хотя, как он признался, «никто не хочет платить, поэтому придумывают причины, чтобы это продвигалось очень медленно».

Вирусы с непредсказуемыми свойствами

С началом пандемии коронавируса вытеснил грипп и ряд других ОРВИ, сказал директор НИИ гриппа им. А.А. Смирнова заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова Дмитрий Лиюнов. В сезон 2020-2021 гг. отмечались только единичные, спорадические случаи по всему миру, а в сезон 2021-2022 гг. была зарегистрирована эпидемия гриппа, вызванная вирусами гриппа А (H3N2), но низкой интенсивности, спорадически отмечались вирусы гриппа В викторианской линии. Регистрация случаев началась летом, а поздней осенью и ранней весной были превышены показатели базовой линии заболеваемости.

Вирусы гриппа продолжают активно циркулировать. В марте-апреле этого года отмечалась их активность в странах Европы. В Китае в минувший осенне-зимний период прошла полноценная эпидемия гриппа, вызванная вирусами гриппа В. Параллельно наблюдается активная циркуляция вирусов SARS-CoV-2, возбудитель COVID-19 активно эволюционирует в условиях массовой иммунизации населения, появились новые линии омикрон – BA.2, BA.3, BA.4 и их субварианты, рекомбинантные вирусы SARS-CoV-2.

Согласно прогнозам учёных, с высокой долей вероятности следует ожидать прихода в циркуляцию вирусов гриппа В в викторианской линии и гриппа А (H1N1) pdm09, не показывавшихся широко с сезона 2019-2020 гг. Ожидают и появления новых вариантов SARS-CoV-2, свойства которых невозможно предсказать. Ослабить их натиск можно, только сохранив готовность к росту числа случаев. Для этого Д. Лиюнов предлагает разработать тактику на случай одномоментной циркуляции COVID-19 и гриппа в осенне-зимний сезон, повысить приверженность вакцинации против гриппа и коронавируса, усилить генетический надзор с целью раннего обнаружения новых вариантов SARS-CoV-2.

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

Известно, что мигранты, трудовые и нетрудовые, «вносят свой вклад» в распространение инфекции. Что касается ВИЧ-инфекции, то В. Покровский указал на возникающую в последнее время дилемму: проголосовав за запрет

В стенах детской городской клинической больницы № 13 им. Н.Ф.Филатова прошла IX Всероссийская студенческая олимпиада по детской хирургии. По традиции её организатор – кафедра детской хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова – собрал сильнейших студентов 1-6-х курсов со всей страны.

«Замечательно, что именно в стенах нашей больницы продолжается такая замечательная традиция, как олимпиада студенческого научного кружка по детской хирургии университета, – сказала главный врач больницы им. Н.Ф.Филатова профессор кафедры госпитальной педиатрии им. В.А.Таболкина РНИМУ им. Н.И.Пирогова Антонина Чубарова. – Этот год для нас особенный: исполнилось 100 лет со дня присвоения имени Н.Филатова нашей больнице, 180 лет со времени её основания. Это всегда была университетская клиника, где учились молодые доктора, научные сотрудники. Мы всегда считали, что уже в процессе учёбы студентам надо вникать в практическую деятельность. Когда в учебном процессе вы не просто учитесь, а общаетесь со старшими коллегами, смотрите, как протекает жизнь больницы изнутри, лучше понимаете профессию и то, что вам предстоит в жизни. Надеюсь, традиция будет поддержана уже вами».

«Здесь собралась элита, ребята, которые находятся на очень высоком уровне, – отметил один из организаторов олимпиады, доцент кафедры детской хирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова, заведующий отделением городского пункта неотложной травматологической помощи ДГКБ им. Н.Ф.Филатова Николай Шастин. – Я был поражен, что некоторые участники 2-3-х курсов решают такие задачи, которые не всегда под силу молодому доктору. Когда я задумал эту олимпиаду 9 лет назад, уже тогда представлял её механизмом отработки педагогических технологий. Участники разъедутся по стране, станут ассистентами, преподавателями, и всё, что узнали здесь, будут применять в своей практике. Это расширяет их кругозор и увеличивает медицинский и педагогический потенциал в целом», – подчеркнул он.

С видеообращением к участникам выступил и известный врач, детский хирург, заведующий кафедрой детской хирургии РНИМУ, член-корреспондент РАН Александр Разумовский: «Вы находитесь в стенах, с моей точки зрения, лучшей для детского хирурга клиники – Филатовской больнице. Хочу пожелать вам, чтобы это мероприятие породило в вас желание постоянно, каждый день прогрессировать, совершенствоваться. И так до окончания вашей хирургической карьеры. Если проигрываете, не расстраивайтесь: в таких мероприятиях проигравших не бывает».

Перспективы

Проверка на профессионализм

Олимпиады помогают будущим врачам лучше понимать выбранное ими дело



Соревнование стартовало

Для участников в очередной раз были подготовлены непростые задания – 12 конкурсов. Первый из них – это осмотр, где предлагалось последовательно просмотреть 30 фотографий пациентов с хирургической патологией. Каждое изображение демонстрировалось по 30 секунд, последовательно два раза с интервалом в три минуты. В бланке ребята указывали, какое, по их мнению, заболевание иллюстрировала фотография. И в конце им давались ещё 3 минуты для окончательного оформления своих результатов.

Далее шло задание обследования, во время которого надо было просмотреть 30 изображений, демонстрирующих результаты выполнения того или иного метода диагностики. Их необходимо было интерпретировать и предположить диагноз. В бланке участники конкурса указывали, какое, по их мнению, заболевание иллюстрировало изображение.

Следующим этапом был протокол. Конкурсантов знакомили с видеофрагментом, на котором врач собирает у пациента жалобы, анамнез и демонстрирует результаты обследования и манипуляции, выполняемую пациенту. По окончании нужно было написать протокол, отражающий увиденное.

Пальпация, где участникам предлагалось ознакомиться с кратким анамнезом, пропальпировать и оценить четыре макета, которые имитировали ту или иную патологию. В бланке ответов необходимо было описать каждый

макет и поставить предполагаемый диагноз.

Задание анализы, где были представлены шесть результатов лабораторных исследований разных пациентов, с кратким описанием клинической картины. Необходимо было проанализировать эти данные и указать полное название лабораторного исследования, установить предварительный диагноз и дать клиническую трактовку данных изменений.

Во время конкурса рукоделие необходимо было, используя предложенные выкройки и хирургические инструменты, сшить хирургический костюм для куклы. По окончании отведённого времени участники должны были надеть на куклу сшитый костюм и продемонстрировать жюри.

Топографическая анатомия. Здесь предлагалось создать из пластилина две модели пороков развития (атрезию пищевода и желчекаменную болезнь), при этом определённым цветом необходимо было отобразить прилежащие анатомические структуры.

Конкурс операция, во время которого на модели нужно было выполнить первичную хирургическую обработку раны травматического происхождения под местной анестезией. Вмешательство должно быть выполнено с использованием правил асептики и наложением одиночных узловых швов. Оценка результата не зависела от времени выполнения манипуляции, но необходимо было уложиться в норматив – 20 минут.

Следующее задание – манипуляция. Предлагалось технически правильно выполнить на моделях три манипуляции с соблюдением правил асептики и антисептики: пункцию кефалогематомы; удаление присосавшегося клеща и катетеризацию вены.

Во время задания десмургия, каждому участнику была предложена клиническая задача с рентгенограммой. Необходимо было выбрать способ иммобилизации и выполнить её. Вторая задача потребовала наложения определённой бинтовой повязки.

Ещё одним из конкурсов была викторина. Для участия в ней последовало приглашение по одному из членов команды. Ведущий задавал вопросы, а участник в течение 30 секунд должен был написать ответ.

И в завершении – конфликт. Перед началом конкурса представители команд тянули жребий с описанием конфликтной ситуации. Им предстояло погасить конфликт, возникший между родственниками пациента и врачом.

Санкт-Петербургский ГМУ им. И.П.Павлова и Южно-Уральский ГМУ.

Во время церемонии награждения победителей и призёров своё мнение об олимпиаде выразил заслуженный врач Республики Дагестан, доцент кафедры детской хирургии Дагестанского ГМУ Вагиф Ашурбеков: «Олимпиада была проведена на высоком уровне. Спасибо организаторам! В нашем университете каждый год проходит внутривузовская олимпиада, в которой участвуют все факультеты. И мы обязательно почерпнём для неё те задания, которые увидели здесь».

Так же высказался доцент кафедры детской хирургии и урологии андрологии им. Л.П.Александрова Сеченовского университета Максим Айрапетян: «Хотел бы обратиться к организаторам: вы проделали большую работу, и мы это ценим. Хотел бы отметить, что вам, участники, нужно больше читать, тренироваться и дежурить в отделениях в качестве волонтеров. Это те самые главные три пункта, которые нужно усвоить. По вашим



Верное решение даётся нелегко

В общем командном зачёте 1-е место разделили команда РНИМУ им. Н.И.Пирогова и Уральского ГМУ. 2-е место заняли Иркутский ГМУ, Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского и Ярославский ГМУ. 3-е место разделили Башкирский ГМУ, Воронежский ГМУ им. Н.Н.Бурденко, Первый

результатам сразу было понятно, кто проходил практику, а кто нет. Относитесь к оценкам, как к пусковому моменту: теперь вы знаете, чем заняться летом. Вы увидели свои ошибки, будете целый год работать над ними и становиться лучше!»

Александр ГЕОРГИЕВ.

Проблемы

Без светоча науки окажемся в потёмках

Активность вирусов в последние годы будет только возрастать, что приведёт к росту числа коморбидных пациентов. Об этом сказал президент Российского научного общества иммунологов, научный руководитель Института иммунологии и физиологии Уральского отделения РАН, академик РАН Валерий Черешнев на 2-й международной конференции «Врач – пациент – общество: иммунология и генетика 2022».

«Тенденцией современной медицины является вирусная инфекция. Вирусы атакуют. И уже давно

все согласны с тем, что XXI век будет веком инфекций», – сказал учёный. Он пояснил, что связано это прежде всего с антропогенной деятельностью человека – лесными пожарами, уничтожением растительности и диких животных: «Животные ведь носители вирусов; погибая, они отдают свои вирусы тому единственному виду, который накапливается, размножается – Homo sapiens. И если сегодня нас уже около 8 млрд человек, то, по прогнозам учёных, к 2050 г. будет 9,5 млрд, а к концу столетия – уже 11,5 млрд. Вирусы будут трансформироваться из зоонозов, то есть вызывающих заболевания у живот-

ных, в антропонозы, которые вызывают заболевания у человека».

В.Черешнев отметил, что динамика этих процессов ускоряется год от года. Если на трансформацию ВИЧ понадобилось чуть больше 100 лет, чтобы он перешёл от двух видов обезьян на человека, а коронавирусом понадобилось 50-60 лет, чтобы из безобидного, вызывающего ринит у человека, заболевание превратилось в опаснейший COVID-19, то нынешние антропонозные инфекции будут формироваться значительно быстрее.

Вирусы опасны тем, что, как показывает опыт ещё не завершившейся пандемии новой коронавирусной

инфекции, могут активно образовывать суперантигены, которые обладают способностью не только к моноклональной активации лимфоцитов, но и к поликлональной, то есть задевают клоны супрессированные, запрещённые к действию против собственных тканей, пояснил иммунолог. Поэтому, сказал он, большинство вирусных заболеваний неизбежно сопровождается и аутоиммунными расстройствами. И напомнил, что аутоиммунное заболевание – это прежде всего системное хроническое воспаление, которое создаёт базу для других патологических процессов, которые возникают на его фоне более

быстро. Так возникает уже новая проблема – полиморбидность и коморбидность пациентов.

«Как видите, очень и очень много задач стоит перед медициной. Поэтому неслучайно ООН назвала нынешний 2022 г. годом фундамента науки для устойчивого развития человечества. И мы сегодня совершенно по-новому воспринимаем слова Д.Менделеева, который в начале прошлого века завещал: «И запомните, без светоча науки даже с нефтью и газом окажемся в потёмках», – заключил академик.

Рита ГРИГ.

Что происходит с вирусом SARS-CoV-2, который был центром нашего внимания на протяжении двух с лишним лет? Он завершил свой жизненный цикл и, подобно вирусу MERS, исчез бесследно, или же притаился и готовит очередную волну, в то время как человечество встревожено по поводу других инфекционных опасностей, возникших неведь откуда и почему-то одновременно – оспу обезьян, холеру, гепатит неясного генеза у детей?

О том, что на самом деле сегодня происходит в микромире, и насколько новые «угрозы» действительно обладают угрожающим потенциалом, читателям «Медицинской газеты» рассказал ведущий российский специалист в области эволюции вирусов член-корреспондент РАН Александр ЛУКАШЁВ.

«Улетел, но обещал вернуться»

– Александр Николаевич, после молниеносного подъёма заболеваемости коронавирусной инфекцией в начале 2022 г. начался столь же стремительный её спад. Вирус SARS-CoV-2 исчерпал свой ресурс окончательно?

– Коронавирус не исчез, он продолжает циркулировать. Относительно спокойная эпидемическая картина, которую мы наблюдаем в России в настоящее время, обусловлена тем, что как раз после резкого подъёма заболеваемости COVID-19 в феврале сформировался мощный коллективный иммунитет. Значительная часть населения страны, включая и тех, кто раньше уже болел, а также тех, кто был вакцинирован и даже ревакцинирован, переболели коронавирусной инфекцией, вызванной вариантом омикрон. Невозможно было остановить этот вирус ни при помощи прививок, ни при помощи масок, он заразил всех, кто был восприимчив. Зато в итоге образовалась та самая необходимая иммунная прослойка, к достижению которой мы упорно шли два года. Именно она сегодня защищает нас от подъёма заболеваемости.

– Но ведь это, наверное, не навсегда?

– Не то что не навсегда, а очень ненадолго. Известно, что иммунитет к коронавирусу SARS-CoV-2 быстро угасает. Скорость угасания очень индивидуальна: у кого-то уже через 3 месяца нет антител к вирусу, а у кого-то и спустя 2 года после болезни или прививки антитела сохраняются, однако вторых меньшинство. Исходя из этого и строятся прогнозы динамики эпидемиологической ситуации по коронавирусной инфекции. Согласно наиболее вероятному прогнозу, очередной подъём заболеваемости COVID-19 будет осенью нынешнего года. Возможность сколько-нибудь заметного подъёма заболеваемости в летние месяцы невысока, во-первых, потому что ещё «работает» коллективный иммунитет, а во-вторых, летом в принципе условия для подъёма заболеваемости респираторными инфекциями неподходящие, учитывая разобщённость людей в период отпусков.

В то же время в США и ряде стран Европы, где волна штамма омикрон была раньше, чем в России, очередной подъём заболеваемости происходит именно сейчас. Так что небольшой рост заболеваемости у нас может и случиться в ближайшие недели, но высокая волна, аналогичная февральской, сейчас маловероятна.

– С чем на этот раз имеют дело Запад и Америка, что показало секвенирование?

– Там сейчас циркулирует подвид омикрона, который в прессе называют «стелс-омикрон», а вирусологи называют BA.2. Радикально новых вариантов этого возбудителя не появилось, и данное обстоятельство тоже пока в нашу пользу. В то же время невозможно предсказать, какой именно вариант коронавируса вызовет следующий подъём заболеваемости в нашей стране, потому что в любой момент может появиться новый штамм аналогично тому, как внезапно появились омикрон, а до него дельта и все предшествующие штаммы. Таким образом, мы абсолютно не исключаем появления новых вариантов вируса. Не обязательно они будут более патогенными, чем дельта и омикрон, при этом

Авторитетное мнение

Нашествие

Коронавирус, оспа, загадочный гепатит: что происходит в микромире?



допускаем, что смогут успешно пробивать иммунную защиту.

– В одной из наших бесед вы сказали, что ВОЗ может объявить завершение пандемии коронавирусной инфекции в любой момент, это решение чисто политическое. Сейчас ещё нет оснований её завершить?

– Есть основания, потому что теперь коронавирусная инфекция – это уже часть нашей жизни. Теперь волны COVID-19 будут регулярно возникать один-два раза в год.

– Тогда главный вопрос, интересующий любого врача, к которому приходит пациент и спрашивает: «Доктор, а мне теперь надо прививаться против коронавируса пожизненно каждые полгода?»

– Вопрос очень сложный, так как чёткого ответа, с точки зрения доказательной медицины, пока нет, следовательно, мы не можем дать однозначные рекомендации практическому здравоохранению.

Мы довольно точно знаем о том, в какой мере вакцина защищала людей от заражения при первой встрече с этим вирусом. Чётко знаем, что бустерная иммунизация была необходима. Однако сейчас, когда все мы уже по несколько раз привились и по несколько раз переболели, очень сложно систематизировать данные об эффективности периодической вакцинации, поскольку не осталось людей, которые никогда не встречались с коронавирусом. Поэтому сказать однозначно, какого рода у каждого из нас иммунитет – поствакцинальный либо приобретённый после болезни, пусть даже бессимптомной, – и на основании этой информации принимать решение об очередной прививке, в рутинной медицинской практике невозможно.

Антитела – это хорошо, но от заражения омикроном они защитили далеко не всех. Анализ на наличие клеточного иммунитета, не требующего дополнительного усиления вакциной, – сложное дорогостоящее исследование, которое выполняется только в научных целях.

Исходя из этого можно считать, что три дозы вакцины, которые получило большинство людей – две дозы первой прививки и затем однократная ревакцинация через полгода, – были эффективны, здесь все учёные сходятся во мнении. А вот как получить клинические данные об эффективности четвёртой и последующих доз вакцины, и следует ли менять режим ревакцинации – вопрос открытый.

никновение случаев заболевания оспой обезьян – хоть и внезапное явление, но прогнозируемое. Существует список из трёх десятков вирусов, которые представляют особый интерес, поскольку могут быть угрозой для человечества. Вирусы оспы животных входят в их число. Поэтому нынешняя вспышка данной инфекции – это, можно сказать, ожидаемая неожиданность.

– В эфире федерального телеканала уже прошла информация о том, что мы имеем дело с очередным супер-вирусом, разработанным врагами. Не зря ведь с вирусом оспы обезьян долгие годы работали в американской лаборатории Форт-Детрик, где, якобы, создаётся биологическое оружие. К тому же в 2001 г. военнотрудовые страны были вакцинированы против натуральной оспы. Из этого делается вывод...

– То, что американских военных привили – правильное решение, потому что натуральная оспа – один из наиболее опасных вирусов, известных человечеству. В настоящее время образцы живого вируса хранятся только в двух лабораториях мира, одна из которых в России, вторая в США. Утечка вируса из этих лабораторий практически невероятна, однако искусственно синтезировать его вполне возможно. Вот почему чёрная оспа остаётся потенциальной угрозой, и совершенно логичный шаг – прививать против неё военнотрудовых и так называемых лиц первого контакта, работающих в указанных выше лабораториях. В самом этом факте нет ничего указывающего на вероятность применения американцами биологического оружия.

Вообще связывать нынешние случаи заболевания оспой обезьян с чьими-то попытками создать новый супер-вирус, чтобы начать очередную пандемию, не следует. Это безосновательная конспирология чистой воды, тем более, учитывая особенности данного эпидемиологического процесса.

Дело в том, что вирус попал в среду, где он может очень эффективно передаваться от человека человеку, а именно – в сообщество мужчин, практикующих секс с мужчинами. Почти все из числа заболевших на сегодня – мужчины гомосексуальной либо бисексуальной ориентации. Для данной категории людей характерно очень большое количество половых контактов, вот почему вирус, попав в Европу, стал, как теперь выясняется, после массового мероприятия с участием лиц определённой сексуальной ориентации распространяться одновременно в разных странах, далёких от Африки.

– Но коль скоро среди них есть бисексуалы, имеющие семьи, оспа обезьян может попасть в остальную часть популяции. И что тогда?

– Рано или поздно вирус выйдет за пределы специфического круга людей, как это произошло с ВИЧ-инфекцией. Естественно, вспышка будет расти, но вирусу станет уже намного сложнее распространяться, потому что в отличие от ВИЧ-инфекции и гепатита, где человек остаётся заразным на протяжении многих лет, зачастую даже сам об этом не догадываясь, оспой люди

болеют остро и уже через пару недель выздоравливают. Кроме того, у инфекции очень характерные визуальные признаки, что позволяет сразу изолировать заболевшего и тем самым прервать цепочку передачи инфекции. Во всяком случае, пока науке неизвестны случаи скрытого носительства вируса оспы.

Мы знаем несколько способов передачи данного вируса. Самый очевидный – прямой тактильный контакт с человеком, у которого характерные кожные высыпания. Второй путь – через заражённые предметы обихода, одежду, постельное бельё и т.д. Обсуждается вероятность аэрозольного пути, но она предельно мала: пока нет данных за то, что больной оспой выделяет вирус при кашле и чихании, как при респираторных инфекциях. А коль скоро нет респираторного пути передачи, остановить распространение вируса будет намного проще.

Итак, судя по тому, что мы знаем сейчас, ситуация не выглядит пессимистичной. Я не вижу признаков надвигающейся пандемии. Хотя число заболевших в мире будет продолжать расти, и не исключена вероятность их появления в нашей стране.

– Что необходимо предпринимать в этой связи?

– Ничего глобального. Во время пандемии коронавирусной инфекции в России появилась неплохая инфраструктура инфекционной службы, достаточное количество боксированных палат в госпиталях. У нас есть мультиплексный ПЦР-тест на четыре варианта вируса оспы. Специфического лечения оспа не требует, только симптоматическое. Массовую вакцинацию против оспы проводить в настоящее время нет необходимости, при том, что резервы готовой вакцины от натуральной оспы есть у многих стран, включая Россию. Ещё раз скажу: та ситуация, которую мы наблюдаем сегодня, совершенно не оправдывает массовую вакцинацию против оспы.

– Имеет ли оспа обезьян что-либо общее с вирусом иммунодефицита человека, учитывая, что источником инфекции в обоих случаях являются приматы?

– Начну с того, что оспа обезьян – это условное название, на самом деле природным резервуаром данного вируса являются грызуны, а называли его так потому, что впервые возбудитель был выделен в лаборатории именно у обезьяны, которая в свою очередь наверняка была инфицирована от грызунов, то есть является промежуточным хозяином вируса. Что касается вируса иммунодефицита человека, он исходно был в чистом виде обезьяний. Поэтому ничего общего ни по происхождению, ни по эпидемиологическому потенциалу эти два патогена, к счастью, не имеют. Разумеется, всех интересует, каким образом вирус оспы грызунов попал к обезьянам, а от них – к человеку? Вероятнее всего, в данной цепочке обезьяны вообще ни при чём, вирус попал к человеку напрямую от грызунов, обитающих в Западно-Африканском регионе. Речь идёт о странах с очень низким уровнем жизни, где грызунов употребляют в пищу, то есть вероятность инфицирования людей существует постоянно.

Случаи заболевания людей обезьяньей оспой регистрируются в странах Африки постоянно, просто в новости эти события прежде не попадали. Но как только случай заболевания произошёл на европейском континенте, событие сразу привлекло всеобщее внимание.

– А по поводу «нового» гепатита у детей что-то прояснилось?

– В этом вопросе пока никакой ясности нет. Однозначно сказать, каким именно возбудителем вызваны все случаи заболевания, имеют ли они что-то общее либо не имеют, и есть ли повод для тревоги, сложно. Так что лучше сохранять информационное спокойствие.

Беседу вела Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 19 (2331)

Дисплазия – общее название послед- ствий неправильного формирования в процессе эмбриогенеза и постнатальном периоде отдельных частей, органов или тка- ней организма; изменения размера, формы и строения клеток, тканей или органов.

Краниосиностоз – это процесс преждев- ременного слияния швов черепа. Краниосте- ноз – конечный результат этого процесса. Различают краниосиностозы простые, когда поражается один шов, и сложные, когда поражаются сразу несколько швов. Если поражены все черепные швы, то речь идёт о пансиностозе.

Диагноз краниостеноз является клини- ческим и устанавливается на основании визуального осмотра, антропометрических и рентгенологических данных. Аномальная форма черепа (тригоноцефалия, скафо- цефалия, плагิโอцефалия, брахицефалия, оксикефалия) определяется типом кранио- синостоза и зависит от того, какие именно швы подверглись преждевременному сино- стозированию. При этом синостозирование одноимённых швов, но произошедшее в разные сроки, может вызвать различные типы деформаций черепа. Краниосино- стозы делятся на изолированные или не- синдромальные (деформации мозгового отдела черепа) и синдромальные (наряду с краниостенозом имеются и другие дефек- ты морфогенеза).

Синдром Treacher Collins – вид ком- плексного черепно-челюстно-лицевого дизо- стоза, характеризующегося недоразвитием нижней и средней зон лица, краниосиносто- зом. Альтернативные названия: Franceschetti, Franceschetti-Klein, Franceschetti-Zwahlen- Klein, мандибулофациальный дизостоз.

Гемифациальная микросомия (hemi- facial microsomia – HFM) – термин, использующийся для идентификации де- формаций лица, связанных с нарушением развития первых и вторых пар жаберных дуг, характеризующихся недоразвитием одной половины лица. Альтернативные названия: отокраниостеноз, черепно-лицевая микро- сомия, латеральная фациальная дисплазия, синдром первой и второй пары жаберных дуг, окулоаурикуловертебральная дисплазия или синдром Goldenhar.

Орбитальный гипертелоризм (ОГ) – тер- мин, обозначающий черепно-лицевую дис- плазию, характеризующуюся ненормально широким расстоянием между глазами за счёт увеличения элементов решётчатого лабиринта.

Этиология и патогенез заболевания или состояния. Этиологические моменты, приводящие к возникновению дизостозов, действуют на плод на 2-3-м месяце эмбри- ональной жизни. Повреждающие тератоген- ные факторы, нарушения обмена веществ, гематологические нарушения, пороки раз- вития влияют на формирование нейрокра- нияльного тяжа, из которого помимо мозга формируются элементы средней зоны лица, I и II жаберных дуг. Причина закрытия швов приписывается сосудистым, гормональным, генетическим, механическим и местным факторам. Однако истинная причина за- крытия швов до сих пор не ясна.

Синдромальные краниосиностозы объ- единяют группу дискраний, при которых различные пороки развития и оксификации костей лицевого и мозгового черепа ком- бинируются с аномалиями других органов, тканей и систем. Точная этиология остаётся неясной, возникновение синдромальных краниосиностозов связывают со специфи- ческими мутациями генов.

Этиология синдрома Treacher Collins и гемифациальной микросомии неизвестна.

Эпидемиология заболевания или со- стояния. Частота встречаемости краниоси- ностозов – 1-4 на 10 тыс. новорождённых. Несиндромальные краниосиностозы со- ставляют около 90% от этого числа, а на долю синдромальных краниосиностозов приходится более 150 различных синдромов.

Наиболее распространённым простым краниосиностозом является синостоз са- гиттального шва. Он составляет 54-58% от общего числа краниосиностозов. Гемико- ронарный синостоз (синостозная лобная плагิโอцефалия) встречается с частотой 0,4-1 случая на 1000 новорождённых. Кри- вошей и деформационная лобная плаг- иоцефалия встречаются вместе у каждого из 300 новорождённых. Преждевременное закрытие лямбдовидного шва и компенса- торная лобная плагิโอцефалия встречается от 1 до 9,4%.

Синостоз метопического шва составляет от 10 до 17% всех форм краниосиностозов. Сращение сразу нескольких швов про- исходит примерно в 7% случаев. Частота возникновения синдромальных краниоси- ностозов, по данным различных авторов, может достигать 11%.

Орбитальный гипертелоризм встречается в 33,4% случаев при фронтоназальной дис- плазии, в 28,9% – при различной синдро- мальной патологии, в 20% – при черепно- фронтоназальной дисплазии, в 11% – при парамедиальных черепно-лицевых расщели- нах и в 6% – при черепно-мозговых грыжах.

Клиническая картина заболевания или состояния. Основными клиническими про- явлениями врождённых аномалий костей

черепа и лица, а также врождённых кост- но-мышечных деформаций головы и лица являются: изменение конфигурации лица и головы, косоглазие, ограничение подвиж- ности глазных яблок, затруднение движения челюстью, затруднение носового дыхания, нарушение прикуса, отставание ребёнка в развитии, при повышении внутричерепного давления – головные боли, беспокойство, крик и другие жалобы, исходя из степени прогрессирования заболевания.

Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Жалобы и анамнез. Рекомендуется вы- явление жалоб на изменение конфигурации лица и головы, косоглазие, ограничение подвижности глазных яблок, затруднение движения челюстью, отставание ребёнка в развитии, при повышении внутричерепного давления – головные боли, беспокойство, крик и другие жалобы, исходя из степени

прогрессирования заболевания. Заболева- ния врождённые, обычно симптомы наблю- даются уже с первого месяца жизни.

Физикальное обследование. Рекомен- дуется лечащим врачом, с целью выявления клинических симптомов, начать обследова- ние с определения симметрии мозгового и лицевого черепа, оценки прикуса, про- ведения антропометрических измерений, измерения окружности головы, массы тела пациента.

Одним из основных клинических проявле- ний черепно-лицевых дизостозов является наружная деформация и грубое изменение симметрии лица, оценка которых является первичным звеном обследования. Про- ведение антропометрических измерений позволяет объективно оценить степень де- формации, а также определить соответствие размеров головы возрасту ребёнка. Оценка массы тела пациента важна для первичного определения операционно-анестезиологи- ческих рисков возможного необходимого травматичного оперативного вмешательства, связанного с кровопотерей.

Рекомендуется провести осмотр челюст- но-лицевым хирургом с целью выставления

Врождённые аномалии костей черепа и лица, врождённые костно-мышечные деформации головы и лица (взрослые и дети)

Клинические рекомендации

Таблица 1
Дифференциальная диагностика плагิโอцефалии в зависимости от этиологии возникновения

Тип плагิโอцефалии	Этиология возникновения
Синостозная (гемикоронарный синостоз)	Односторонний синостоз коронарного, лобно-решетчатого и лобно-клиновидного швов.
Компенсаторная (гемиламбдовидный синостоз)	Преждевременное закрытие лямбдовидного шва и ком- пенсаторный рост и выбухание лба на стороне, противо- положной лямбдовидному синостозу
Деформационная	Внутриутробная компрессия или сдавление в постнаталь- ном периоде (вынужденное положение головы ребёнка во время сна)

Таблица 2
Дифференциальная диагностика синостозной и деформационной форм плагิโอцефалии

Анатомические ориентиры	Синостозная	Деформационная
Лоб	Сглаженный	Сглаженный
Верхнеглазничный край	Перемешенный вверх	Перемещённый вниз
Ушная раковина	Вперёд и вверх	Назад и вниз
Скуловая кость	Вперёд	Назад
Глазная щель	Расширение	Сужение
Корень носа	Смещён ипсилатерально	Не смещён
Точка подбородка	Смещена контрлатерально	Смещена ипсилатерально

Таблица 3
Дифференциальная диагностика деформационной и компенсаторной форм плагิโอцефалии

Особенности	Деформационная	Компенсаторная
Контрлатеральное выбухание сзади	Затылочное	Теменное
Лобное выбухание	Ипсилатеральное	Контрлатеральное
Ипсилатеральное затылочно-сосцевидное выбухание	Отсутствует	Присутствует
Ушная раковина	Впереди	Сзади (впереди) и внизу
Основание черепа и лицо	Не наклонены	Наклон ипсилатерально и вниз
Гребень по лямбдовидному шву	Отсутствует	Присутствует
Форма головы: сверху	Параллелограмм	Трапедия
Форма головы: затылочная проекция	Нормальная	Параллелограмм
Состояние лямбдовидного шва	Открыт	Закрыт

диагноза и определения плана лечения. Че- люстно-лицевой хирург выставляет диагноз, определяет план лечения, необходимость дополнительных методов обследования и консультаций смежных специалистов, про- водит лечение.

Рекомендуется осмотр нейрохирургом с целью выявления нейрохирургической па- тологии и необходимости дополнительного нейрохирургического обследования.

Совместное ведение пациента челюст- но-лицевыми хирургом и нейрохирургом позволяет комплексно оценить все аспекты патологии и оперативного вмешательства, затрагивающего, как лицевой, так и мозговой череп. При необходимости, нейрохирург вы- ставляет показания к спинномозговой пун- кции, что позволяет провести диагностику ликворной системы, оценить внутричереп- ное давление, а постановка люмбального дренажа — управлять показателями вну- тричерепного давления. Перед операцией спинномозговая пункция может применяться у детей старшей возрастной группы с це- лью снижения внутричерепного давления. В этом случае необходимо детально изучить анатомию в области большого затылочного отверстия, исключить патологию Арноль- да Киари, поскольку в противном случае возможно вклинение головного мозга. В послеоперационном периоде проведе- ние люмбальных пункций возможно у де- тей с компенсированной гидроцефалией, в случаях интраоперационного повреждения твёрдой мозговой оболочки для её лучшего заживления.

Рекомендуется провести осмотр офталь- мологом с целью оценки состояния органа зрения и придаточного аппарата глаза. Ос- мотр глазного дна является неинвазивным способом, позволяющим выявить признаки внутричерепной гипертензии. Офтальмолог выявляет признаки атрофии зрительного нерва и отёка диска зрительного нерва, зрительные нарушения.

Рекомендуется провести осмотр невро- логом с целью оценки неврологического статуса. Он оценивает неврологический статус, степень умственного и психического развития ребёнка, выставляет показания к проведению нейрофизиологических ис- следований, ЭЭГ, видео-ЭЭГ мониторинга.

Рекомендуется провести осмотр отори- ноларингологом с целью оценки состояния лор-органов. Оториноларинголог оценивает состояние и предупреждает развитие ослож- нений со стороны лор-органов.

Рекомендуется осмотр педиатром с целью оценки общесоматического статуса пациен- та. Педиатр оценивает общее состояние па- циента, росто-весовые показатели, выявляет сопутствующую патологию. Подавляющее число оперативных вмешательств при опи-

сываемых заболеваниях является плановым, вследствие чего пациент должен быть тща-тельно обследован и компенсирована вся сопутствующая патология.

Рекомендуется осмотр анестезиологом-реаниматологом с целью оценки предопера-ционного состояния пациента и выставления рисков анестезиологического пособия.

Перед любым оперативным вмеша-тельством оценивается степень анестезиоло-гического риска. Большинство операций, при описываемых патологиях, являются высокотравматичными, сопряжены с рас-пилотом и перемещением костей, вовлече-нием большого количества мягких тканей и сопровождаются массивной кровопотерей, что требует проведения гемотрансфузии. Последнюю рекомендуется проводить, не дожидаясь снижения показателей крови, а уже с начала оперативного вмешательства.

Рекомендуется осмотр ортодонтом с целью оценки состояния прикуса. Большое количество челюстно-лицевых дизостозов сопровождаются нарушением расположения челюстей и нарушением прикуса. Хирур-гическое лечение таких пациентов всегда сопровождается ортодонтическим этапом, в ходе которого ортодонт оценивает рас-положение челюстей, проводит ортодон-тическую коррекцию, как до, так и после операции.

Рекомендуется осмотр генетиком с целью выявления генетической патологии. Прово-дится с целью выявления этиологической причины заболевания, возможных сопутст-вующих синдромов, планирования будущих беременностей.

(Окончание. Начало в № 20 от 25.05.2022.)

Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии установления диагноза пере-лома на уровне плечевого пояса и плеча: наличие хотя бы одного абсолютного кли-нического признака перелома либо наличие данных за вероятный перелом костей плече-вого пояса и плеча по результатам исследо-вания методами медицинской визуализации, не в клинической ситуации родовой травмы скелета, при локализации данных симпто-мов в пределах одной верхней конечности, предполагаемом остром травматическом генезе этих симптомов и отсутствии других состояний, требующих кодирования другими кодами МКБ-10.

Жалобы и анамнез. Рекомендуется сбор жалоб и анамнеза при лечении пациентов всех групп с переломом на уровне плечевого пояса и плеча с целью выявления обстоя-тельств травмы, механизма повреждения, срока, прошедшего с момента получения травмы, наличия возможных хронических заболеваний и факта приёма лекарственных препаратов. Сбор жалоб и анамнеза входит в объём соответствующей медицинской ус-луги, оказываемой пациенту, из раздела «В» номенклатуры медицинских услуг (утвержде-на Приказом Минздрава России № 804н от 13.10.2017 с последующими изменениями и дополнениями).

Физикальное обследование. Рекомен-дуется визуальное исследование области травмы пациентам всех групп с переломом на уровне плечевого пояса и плеча с целью оценки состояния кожных покровов, нейро-трофического статуса верхней конечности, уточнения локализации повреждения и опре-деления дальнейшей тактики диагностики и лечения. Визуальное исследование обла-сти травмы входит в объём соответствующей медицинской услуги, оказываемой пациенту, из раздела «В» номенклатуры медицинских услуг (утверждена Приказом Минздрава России № 804н от 13.10.2017 с последующи-ми изменениями и дополнениями).

Рекомендуется пальпация области травмы пациентам всех групп с переломом на уров-не плечевого пояса и плеча с целью оценки состояния кожных покровов, нейротрофиче-ского статуса верхней конечности, уточнения локализации повреждения и определения дальнейшей тактики диагностики и лечения. Пальпация области травмы входит в объём соответствующей медицинской услуги, оказы-ваемой пациенту, из раздела «В» номенклату-ры медицинских услуг (утверждена Приказом Минздрава России № 804н от 13.10.2017 с по-следующими изменениями и дополнениями).

Инструментальные диагностические исследования. Рекомендуется рентге-нография области интереса пациентам с переломом на уровне плечевого пояса и плеча, при отсутствии противопоказаний, согласно эпикризу лечащего медицинского работника, с целью уточнения локализации перелома, наличия смещения отломков

Таблица 4
Дифференциальная диагностика деформации свода черепа в зависимости от поражённых швов

Форма свода черепа	Синостозированные швы					
	Лямбдовидные	Коронарные	Сагиттальный	Лобно-решётчатый	Лобно-клиновидные	Скулоклиновидные
Окسيцефалия	+/-	+	+	+	+	+
Акроцефалия	+/-	+	-	+	+	+
Туррибрахице-фалия	-	+	+/-	+	+	+
Брахицефалия	-	+	-	+	+	+

+ означает, что шов преждевременно синостозирован; - означает, что шов не поражён; +/- означает, что шов может быть синостозирован

Лабораторные диагностические ис-следования. В комплекс лабораторной диа-гностики входят исследования, назначенные генетиком, а также комплекс исследований предоперационный для проведения пла-нового оперативного вмешательства. Иной специфической лабораторной диагностики не предусмотрено.

Инструментальные диагностические исследования. Рекомендуется проведение компьютерной томографии черепа с мультипланарной и трёхмерной реконструкцией рентгенологу с целью визуализации структур головы.

Диагностика любого из описываемых заболеваний невозможна без этого мето-да обследования, который является ос-новополагающим для данных пациентов. КТ позволяет провести детальное изучение анатомии костей и швов черепа, механизма

деформации. Рекомендуется проводить мультиспиральную компьютерную томогра-фию всего черепа (и лицевого, и мозгового отделов) с разрешающей способностью не менее 1 мм.

Рекомендуется проведение магнитно-резонансной томографии головного мозга в режиме венографии, компьютерно-томо-графической ангиографии рентгенологом с целью визуализации сосудистых структур головного мозга.

Исследования позволяют провести де-тальное изучение головного мозга, ликвор-ной системы, а так же анатомии кровеносной системы черепа с целью планирования оперативного вмешательства и снижения риска интраоперационных осложнений, в том числе кровотечений.

Рекомендуется проведение эндоскопи-ческой эндоназальной ревизии полости

носа и носоглотки. Позволяет провести исследование полости носа и носоглотки с целью выявления возможных анатомических отклонений и особенностей, препятству-ющих проведению анестезиологического пособия.

Рекомендуется проведение электроэнце-фалографии, а при наличии изменений на энцефалограмме – электроэнцефалографии с нагрузочными пробами и/или электроэн-цефалографии с видеомониторингом врачом функциональной диагностики с целью оцен-ки активности головного мозга.

Электроэнцефалография позволяет вы-явить функциональные изменения голов-ного мозга, эпилептиформную активность. Результаты должны быть интерпретированы неврологом, при необходимости – назначен видео-ЭЭГ мониторинг.

(Окончание следует.)

Перелом на уровне плечевого пояса и плеча

Клинические рекомендации (протокол)

и их пространственной ориентации. «Рентге-нография области интереса» на усмотрение назначающего её медицинского работника соответствует одной или несколькими меди-цинским услугам типа «рентгенологические исследования с их последующим описанием и рентгенотерапией», включая – но не огра-ничиваясь ими – следующие медицинские услуги:

Рентгенография верхней конечности.
Рентгенография ключицы.
Рентгенография лопатки.
Рентгенография головки плечевой кости.
Рентгенография плечевой кости.
Рентгенография локтевой кости и лучевой кости.

Лечение переломов ключицы. Не реко-мендуется остеосинтез пациентам с закры-тым переломом ключицы без смещения или с незначительным смещением отломков и имеющим противопоказания к хирургическо-му лечению – с целью консолидации пере-лома без операционно-анестезиологических рисков. Нет убедительных доказательств преимуществ хирургического лечения перед консервативным при закрытых переломах средней трети ключицы со смещением костных отломков.

Лечение переломов лопатки. Не реко-мендуется остеосинтез пациентам с за-крытым внесуставным переломом лопатки – с целью консолидации перелома без операционно-анестезиологических рисков.

Лечение переломов проксимального отдела плечевой кости. Не рекомендуется остеосинтез пациентам с закрытым пере-ломом проксимального отдела плечевой кости без смещения или с незначительным смещением отломков и имеющим противо-показания к хирургическому лечению – с целью консолидации перелома без опе-рационно-анестезиологических рисков. Нет убедительных доказательств преимуществ хирургического лечения перед консерватив-ным при закрытых переломах проксималь-ного отдела плечевой кости со смещением костных отломков, в том числе у детей.

Лечение переломов диафиза плече-вой кости. Не рекомендуется остеосинтез пациентам при закрытом стабильном пере-ломе диафиза плечевой кости без смещения отломков и при переломе со смещением отломков у пациентов, имеющих противо-показания к хирургическому лечению, – с целью консолидации перелома без опе-рационно-анестезиологических рисков. Нет убедительных доказательств преимуществ хирургического лечения перед консерва-тивным при закрытых переломах диафиза плечевой кости.

Лечение переломов дистального от-дела плечевой кости. Не рекомендуется остеосинтез взрослым пациентам при за-крытом стабильном переломе дистального отдела плечевой кости без смещения от-ломков, с незначительным смещением, при переломах со смещением отломков у пациентов, имеющих противопоказания к хирургическому лечению, – с целью кон-солидации перелома без операционно-ане-стезиологических рисков.

Рекомендуется закрытое вправление перелома с внутренней фиксацией спицами для остеосинтеза (спицами для скелетного вытяжения) пациентам детского возраста при закрытом чрезмыщелковом (надмы-щелковом) переломе плечевой кости II или III типа с целью восстановления анатомиче-ских взаимоотношений в локтевом суставе и иммобилизации костных отломков. Нет убедительных доказательств преимуществ открытого остеосинтеза при переломе плеча чрезмыщелковом (надмыщелковом) II или III типа у детей перед закрытым вправлением перелома с внутренней фиксацией спицами для остеосинтеза (спицами для скелетного вытяжения).

Обезболивание. Рекомендуется на-значение лекарственных препаратов (ЛП) из фармакотерапевтической группы других анальгетиков и антипиретиков всем паци-ентам на уровне плечевого пояса и плеча, предъявляющим жалобы на боль в области травмы, не отказывающимся от данного вмешательства и не имеющим противопо-казаний, в соответствии с инструкцией по применению ЛП, с целью обезболивания. Вмешательство соответствует медицинской услуге «Назначение лекарственных пре-паратов при неуточнённых заболеваниях» номенклатуры медицинских услуг (утверж-дена Приказом Минздрава России № 804н от 13.10.2017 с последующими изменениями и дополнениями).

Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Рекомендуются услуги по медицинской ре-абилитации пациента, перенёсшего травму опорно-двигательной системы, пациентам с переломом на уровне плечевого пояса и плеча при наличии показаний, согласно эпикризу лечащего медицинского работника, с целью полноценного функционального,

социально-бытового и профессионального восстановления.

Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Рекомендуется диспансерный приём (осмотр, консультация) травматолога-ор-топеда всем пациентам с переломами на уровне плечевого пояса и плеча с целью контроля консолидации и процесса восста-новления функции конечности.

Организация оказания медицинской помощи

Этапы оказания медицинской помощи при переломе на уровне плечевого пояса и плеча:

- первичная доврачебная медико-сани-тарная помощь;
- первичная врачебная медико-санитарная помощь;
- первичная специализированная медико-санитарная помощь;
- скорая, в том числе скорая специализи-рованная, медицинская помощь;
- специализированная, в том числе вы-сокотехнологичная, медицинская помощь.

Оказание медицинской помощи при пере-ломе на уровне плечевого пояса и плеча производится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ № 901н от 12.11.2012 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «травматология и ортопедия».

Игорь НОРКИН,
заведующий кафедрой травматологии
и ортопедии, председатель Саратовского
регионального отделения АТОР,
доктор медицинских наук, профессор.

Юрий БАРАБАШ,
профессор кафедры травматологии
и ортопедии, главный научный сотрудник
отдела инновационных проектов
в травматологии и ортопедии НИИТОН,
член АТОР, доктор медицинских наук.

Сергей КИРЕЕВ,
профессор кафедры травматологии
и ортопедии, ведущий научный сотрудник
отдела инновационных проектов
в травматологии и ортопедии НИИТОН,
член АТОР, доцент,
доктор медицинских наук.

Саратовский государственный
медицинский университет.

О «культуре производства»

В конце 1960-х годов столичная система здравоохранения столкнулась с острой нехваткой кадров – городу не доставало более 8 тыс. врачей. Тогда было принято решение открыть в Московском стоматологическом институте лечебный факультет и в числе прочих в его структуре – кафедру госпитальной хирургии. Организовать и возглавить её предложили профессору Роману Панченкову. В 1969 г. кафедра начала готовить будущих хирургов.

– Сергей Иванович, работа хирургом в 36-й московской больнице, которая была клинической базой кафедры профессора Панченкова, вы наблюдали её становление и рост. Насколько было сложно с нуля создать кафедру и сделать её конкурентоспособной на фоне других столичных медицинских вузов?

– Это очень непростая задача. Но тут хирург Р.Панченков проявил талант не только преподавателя, а и организатора тоже: из кафедры госпитальной хирургии вскоре были выделены как самостоятельные кафедры анестезиологии и реаниматологии, онкологии, факультетской хирургии. При этом с ним согласовывались кандидаты на должности профессоров и преподавателей. Появление такого количества новых учебных подразделений не просто повысило рейтинг стоматологического института, это повысило «культуру производства» будущих врачей: на всех этих кафедрах, связанных с хирургией, исповедовались те же принципы отношений внутри коллектива, отношений преподавателей и студентов, преподавателей и сотрудников клинических баз, врачей и пациентов, что и на кафедре Р.Панченкова.

Что это за принципы? Прежде всего, по мнению Романа Тихоновича, ответственность педагога, наставника, завотделением за результаты работы субординатора, ординатора, молодого врача должна быть очень высокой. Надо десять раз подумать, прежде чем отдать распоряжение. А ученик и подчинённый не должны вступать с преподавателем и наставником в спор.

Р.Панченков формулировал свою идею так: «Хирургия – это не наука, это полувоеенное-полурелигиозное ремесло». Полувоеенное, потому что нужно действовать строго по правилам, а религиозное – потому что ты должен свято верить в то, что делаешь правильно. И если, выполняя операцию, ты допустишь ошибку или вообще начнёшь оперировать больного, не имея достаточных показаний, отвечать будет тот, кто тебе это поручил.

Естественно, нам – молодёжи – это казалось чудачеством взрослого человека. Но сегодня с высоты своего опыта я прекрасно понимаю Романа Тихоновича. Он был выходцем из хирургической школы академика Василия Брайцева и учеником профессора Бориса Розанова, а в их времена профессор на кафедре был «царь, бог и воинский начальник». Кроме того, такое отношение к нашей специальности у Панченкова сформировалось под влиянием канонов хирургии, которые сложились в довоенные времена и укрепились в годы Великой Отечественной. Привнести данное мировоззрение в коллективное сознание сотрудников и студентов новой кафедры, которая создавалась через двадцать с лишним лет после войны, когда уже начали подзабывать слово «дисциплина», Р.Панченкову было очень непросто. Тем не менее, ему удалось

Так устроена жизнь: со сменой поколений в науке и медицине меняются взгляды, принципы, подходы и методы. Уходит то, что рано или поздно неизбежно должно было уйти. Но остаётся неизблемое, то что вне времени, навсегда, а именно – гуманистические ценности, на которых строились прежние научные и клинические школы. Настоящий лидер, уходя, оставляет после себя не только набор технологий, которые, впрочем, недолго его переживут, он оставляет куда более ценное наследие – свои правила жизни в профессии.

Профессор хирургии Роман Панченков, сто лет со дня рождения которого пришлось на 9 мая 2022 г., не был академиком, не занимал высоких постов в министерстве здравоохранения, но он

Наследие

Чудачества взрослого человека

Вспоминаем замечательного хирурга и педагога Р.Панченкова

собрать команду преподавателей из числа уже состоявшихся специалистов, работавших в разных московских клиниках, и для них он создал определённые правила – качество работы, контроль результатов, межличностные отношения, – которые были жёстко детерминированы.

– А охотно шли работать к нему на кафедру?

– Да! В то же время случайный человек попасть туда не мог, потому что у него был строгий критерий отбора: ассистент кафедры – это не теоретик, а ответственный дежурный хирург в многопрофильной скорпомощной больнице, то есть, он должен уметь оперировать всю экстренную патологию. Соответственно, к доцентам и профессорам требования были ещё выше. Благодаря этому его кафедра считалась очень сильной.

К тому же Роман Тихонович настоял на том, чтобы перенять опыт клиники Спасокукоцкого в 1-й Градской больнице, где ещё до войны первыми внедрили систему двух ставок: если заведующий отделением является ещё и доцентом кафедры медицинского института, а врач – ассистентом кафедры, то зарплата, соответственно, должна быть двойная: одна ставка – педагогическая, вторая – лечебная. Р.Панченкову удалось убедить руководство института и внедрить принцип двух ставок на своей кафедре.

Здесь важно отметить, что в отличие от дня сегодняшнего в 1970-1980-х годах не было искусственных преград между кафедрами медицинского института и кафедрами госпитальной хирургии, аспиранты и клинические ординаторы обязательно вели пациентов, оперировали, дежурили в клинике. Заведующий кафедрой, профессора и доценты совместно с заведующими отделениями проводили утренние конференции и обходы в отделениях, участвовали в консилиумах, консультировали пациентов. Студенты тоже не сидели в аудиториях, записывая под диктовку преподавателя, а ежедневно бывали в отделениях, присутствовали при обсуждении лечебной тактики и выборе вариантов хирургического вмешательства. Субординаторы же, как будущие хирурги, вообще имели возможность работать в диагностических кабинетах, перевязочных, находиться в операционной.

Так и хочется спросить: кому и чем это мешало, зачем нужно



Фото из архива семьи Панченковых

было строить барьеры между вузами и системой здравоохранения?

Время смелых

Возглавив кафедру, Р.Панченков определил главные направления её научной работы. В разделе «неотложная хирургия» это острый холецистит, перитонит, панкреонекроз, желудочно-кишечные кровотечения. Работали также исследовательские группы по торакальной хирургии и онкологии. При этом сам Роман Тихонович был поливалентным хирургом, он, как отмечают его ученики и коллеги, одинаково успешно оперировал на органах брюшной полости и мочевыделительной системы, выполнял гинекологические и маммологические операции, проводил панкреатодуоденальную резекцию.

– Поливалентность, по-вашему, это прошлое, к которому надо относиться с уважением, или актуальное настоящее и будущее хирургии? Нужно ли сегодня готовить таких специалистов?

– К сожалению, надо признать, что подготовка поливалентных хирургов – это прошлое, и ворота туда не будет. Подход, который нам сегодня диктует мировая практика – узкая специализация внутри хирургии, вероятно, в ту сторону мы и будем двигаться.

Более того, вообще пересматриваются границы компетенций во врачевании: зачем хирургу владеть пропедевтикой, когда есть инструментальные и лучевые методы диагностики, которые позволяют с помощью ком-

как раз из категории настоящих, а не формальных лидеров отечественной медицины, носитель вечных ценностей врачевания и преподавания. Незаурядная личность, Р.Панченков старался окружить себя коллегами – такими же незаурядными людьми, воспитывал из студентов незаурядных врачей, продолжил сам и оставил после себя незаурядную врачебную династию. Его жизнь была до обидного короткой (всего 62 года), но очень яркой.

О прекрасном человеке, хирурге и наставнике Р.Панченкове мы беседуем с одним из его учеников – заведующим кафедрой эндоскопической хирургии Московского государственного медицинского стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, доктором медицинских наук, профессором Сергеем ЕМЕЛЬЯНОВЫМ.

Возвращаясь к Роману Тихоновичу, скажу – да, он был из той плеяды хирургов, которые умеют всё. Собственно, с его поколением эта практика и ушла. Будучи молодыми и неопытными, мы даже посмеивались над ним, когда он говорил о необходимости владеть хирургической пропедевтикой. Многие удивлялись, зачем он – хирург – идёт на обход в отделение с фонендоскопом, это тоже казалось чудачеством. А между тем Панченков прекрасно умел перкутировать границы органов, слушал сердце и лёгкие, мог выявить пневмонию в раннем послеоперационном периоде, ему важно было услышать, становилась ли после операции перистальтика кишечника. К тому же он очень долго расспрашивал больного во время обхода.

– Это входило в стандарт подготовки хирурга?

– Нет, это была его манера общения с пациентами. Он просто не мог по-другому. Так Р.Панченкова научили его учителя, а он учил этому нас. Он считал, что подробный рассказ пациента о своей болезни не просто даёт хирургу много дополнительной и порой очень важной информации, но и снимает у человека страх перед предстоящим лечением. В его философии врачевания хирург не должен становиться манипулятором, таким биороботом, который знает о пациенте ровно столько, сколько написано в истории болезни, и встречается с ним исключительно в операционной.

– Известно, что любимой областью хирургии у профессора Р.Панченкова были повторные реконструктивные операции при поздних осложнениях хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Похоже, время смелых ушло вместе с ним. Сегодня хирург вряд ли может получить удовольствие от лечения осложнений, потому что это чревато новыми осложнениями и не только клиническими, но и юридическими. А во времена Р.Панченкова как профессиональное сообщество и общественность относились к врачебным неудачам, ведь они наверняка случались?

– Конечно случались. Что касается самого Романа Тихоновича, он был из числа хирургов, о которых говорят, что их господа в темечко поцеловал – удачливый. Хотя от тяжёлых клинических ситуаций никогда не отказывался, напротив, намеренно брал

пьютера построить 3D-модель органа с патологическим процессом в нём, увидеть расположение и объём опухоли, и, соответственно, идти на операцию с чётким представлением о том, что и как предстоит делать. Это и есть виртуальная хирургия XXI века. Какая необходимость обучать врача пропедевтике и прочим канонам, на которых вся медицина столетиями строилась, если в своей практике он не сможет эти знания применить? Ведь, уйдя в узкую специализацию, хирург будет в той или иной степени зависимым от искусственного интеллекта, от роботических систем в виде дистанционных манипуляторов.

Иными словами, поливалентность врачей – как хирургов, так и терапевтов – была необходима в довоенные годы, когда медиков в стране остро не хватало. Земский врач в дореволюционной России вынужден был становиться поливалентным специалистом, потому что он был один на всю округу. Пожалуй, если необходимость в поливалентности сегодня и существует, то как раз в терапии. Неслучайно вузы начали готовить врачей общей практики – аналогов земских врачей, которые должны знать всё про детские болезни, женские и мужские, чтобы лечить пациентов на своём большом участке. Для России с её расстояниями земство – необходимость, одними фельдшерско-акушерскими пунктами здесь не обойдёшься. Таким образом, будущее хирургии – узкая специализация, а поливалентность – будущее терапии.

их себе. Собственно, поздние послеоперационные осложнения – синдром приводящей петли, демпинг-синдром, пептическая язва гастроэнтероанастомоза – и стали для него «любимыми» потому, что он был единственным в Москве хирургом, который брался за лечение таких пациентов, они все к нему стекались.

Теперь о так называемых врачебных ошибках. Данного выражения в его времена, конечно, не было, но ни один случай неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи не оставался без внимания коллег. Да-да, коллега, а не правоохранительных органов. При жизни Р.Панченкова в распоряжении советских врачей не было ни зарубежных гайдлайнов, ни отечественных клинических рекомендаций. Зато при Горздраве Москвы работала «чёрная комиссия», которая разбирала случаи хирургических осложнений и летальных исходов. Попасть туда мало кому хотелось в принципе, но ещё более неприятно было услышать от членов этой комиссии, что разбор данного клинического случая на уровне больницы или кафедры проведён недостаточно полно. Такое заключение становилось позором и для медицинского института, и для лечебного учреждения.

Вот почему кафедра Р.Панченкова и администрация больницы проводили конференции по разбору неблагоприятных исходов очень строго и тщательно, причём, в присутствии субординаторов по хирургии. То есть студенты, ещё не получив диплом врача, уже могли присутствовать, слушать и делать выводы на будущее, это было важным элементом профессиональной подготовки. Задача такого клинического разбора – докопаться до первопричины, которая повлияла на успех лечения: недооценка состояния больного, собственно оперативный дефект, допущенный хирургом, коморбидность состояния пациента или что-то иное.

Не ставилось целью просто заставить хирурга каяться перед коллегами, ставилась цель коллегиально оценить, все ли возможности были использованы, чтобы предотвратить осложнение, и впредь не допустить повторения подобных ситуаций. А для этого необходимо сформулировать чёткий алгоритм действий врача в подобных ситуациях. Так было при нём, так должно быть и сегодня, я в этом уверен.

Мудрость в наследство

По оценке бывших учеников и коллег Романа Тихоновича, он выделялся среди всех преподавателей мединститута тем, что никогда не проверял посещаемость, не пугал экзаменами, при этом покорял сердца студентов своей глубокой эрудицией, основанной уверенностью в своём мнении, открытостью и чувством юмора. За эти же качества его уважали и сотрудники кафедры, и молодые врачи, и мамы хирургов.

– **Сергей Иванович, что касается оперативной техники, в этом смысле у Р.Панченкова было чему поучиться?**

– Он фактически стал инициатором применения гибкой эндоскопии для остановки язвенных кровотечений, также был апологетом диагностической лапароскопии. О развитии малоинвазивной хирургии тогда ещё не говорили, поэтому сам он оперировал хотя и открытым доступом, но очень деликатно. У профессора была фирменная техника – «чистые руки»: он всегда работал длинным инструментом и предельно аккуратно, практически бескровно, можно сказать, как эстет. Не все это понимали, считая очередным

чужаком. Казалось, что он оперирует слишком медленно, зато каждое его движение было абсолютно точным. При нём в операционной никогда не было ни спешки, ни паники, ни окриков.

Я вообще ни разу за многие годы не слышал, чтобы профессор кого-то ругал, отчитывал. Однажды он случайно зашёл в операционную именно в тот момент, когда работавший там хирург потерял самообладание и повысил голос на коллег. Роман Тихонович помог справиться с возникшей проблемой, а уже после сказал нам: «Хирург кричит на операциях в трёх случаях: он не знает, он боится, или он невоспитанный человек». Он умел ёмко формулировать житейские и профессиональные мудрые мысли.

С нами – молодыми сотрудниками кафедры – он позволял себе быть не начальственно-величественным, а иронично-нисходительным. Он вообще охотно общался с молодёжью, приглашал на свои операции не просто посмотреть, но и ассистировать ему. При нём не могло быть такого, чтобы от ординаторов и аспирантов отмахивались, как от назойливых мух, и разрешали им исключительно заполнять истории болезни, не подпуская к операционному столу. Принцип «чем чернее небо, тем ярче на нём звёзды», то есть, чем меньше конкурентов, тем лучше, претил системе ценностей профессора Р.Панченкова. Мне кажется, он как раз опасался, что его кафедра выпустит плохо подготовленного хирурга, и за это потом будет стыдно.

– **Большой врачебной семье Панченковых почти 140 лет, в ней несколько поколений профессоров медицины. А вообще династии – это всегда однозначно хорошо, или в такой традиции есть некая вынужденность, когда ребёнку просто не оставляют выбора, он должен идти по той же дорожке, что и его выдающиеся предки?**

– Если говорить абстрактно, династии в медицине крайне необходимы в небольших городах, где вечные проблемы с врачебными кадрами. Там данную традицию нужно всячески поддерживать. Что же касается больших городов, здесь династичность действительно зачастую становится вынужденной, особенно когда старшие члены семьи занимают некие высокие посты, которые неплохо было бы унаследовать.

Семья Панченковых – положительный пример врачебной династии в столичном городе. Здесь никто не наследовал должности, каждый из профессоров Панченковых занимался своим разделом медицины и добивался высоких результатов исключительно своим трудом. Глава династии профессор Тихон Петрович был доктором медицинских наук, профессором терапии, одним из создателей противотуберкулёзной службы в РСФСР. Его сын – Роман Тихонович, герой нашего рассказа, известен как выдающийся хирург и педагог. Сын Р.Панченкова – Николай Романович – доктор медицинских наук, трансфузиолог, признанный специалист в области детоксикации. Внук Романа Тихоновича – доктор медицинских наук профессор Дмитрий Николаевич – я знаю со времён его студенчества, сегодня это блистательный онколог, он руководит кафедрой хирургических технологий в МГМСУ им. А.И.Евдокимова.

Династия Панченковых настоящая профессорская. В этой семье хорошая интеллектуальная генетика, если можно так выразиться. И это главное, что передаётся здесь из поколения в поколение.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

В медицинских вузах страны

Гармоничное сотрудничество

Академический обмен

Саратовский медицинский университет им. В.И.Разумовского и Донецкий национальный медицинский университет им. Максима Горького подписали соглашение о сотрудничестве в области науки и образования. Вузы-партнёры объединят усилия в образовательной и научно-исследовательской деятельности, в развитии кадрового потенциала в сфере медицинского образования. В частности, стороны договорились об академическом обмене преподавателями, научными работниками, обучающимися, о реализации проектов совместных научных исследований и конференций, о предоставлении возможности сотрудникам вузов публиковать результаты научных исследований в издаваемых университетами научных изданиях.

– Мы открыты для всестороннего межвузовского сотрудничества, тем более с образовательными организациями дружественных республик Донбасса. Наука, образование, реализация совместных проектов в области фундаментальной и клинической медицины, уверен, что данные направления взаимодействия укрепят дружеские и деловые связи наших вузов и внесут значительный вклад в развитие системы здравоохранения, – отметил ректор Саратовского ГМУ профессор Андрей Ерёмин.

Помним, гордимся

Международным управлением Смоленского ГМУ было организовано активное участие студентов вуза в первом белорусско-российском студенческом форуме «Нам жить и помнить», который прошёл на базе вуза-партнёра СГМУ – Белорусского государственного медицинского университета.

Стержневым мероприятием форума была научно-публицистическая конференция «Подвиг во имя будущего: помним, гордимся и чтим!». В конференции принимали участие студенты и преподаватели белорусских медицинских университетов из Витебска, Гродно, Гомеля и российских медицинских университетов Ярославля и Смоленска. Были представлены доклады, посвящённые подвигу врачей на фронте и в тылу, организации медицинской помощи населению на оккупированной территории, подготовке медицинских кадров в годы Великой Отечественной войны и восстановлению системы здравоохранения в послевоенные годы.

Доклады студентов 2-го курса лечебного факультета СГМУ Софьи Тарасовой («Судьбы, опалённые войной: военный хирург Владимир Емельянов») и Сергея Глушко («Профессора Смоленского медицинского института – организаторы военной медицины на Белорусском фронте в период Великой Отечественной войны») награждены дипломами оргкомитета форума. Научный руководитель дипломантов – заведующая музеем СГМУ, доцент кафедры философии, биоэтики, истории медицины и социальных наук Ольга Булыгина.

Программа второго дня форума называлась «Минск военный». Его участникам была предоставлена возможность посетить Белорусский государственный музей истории Великой Отечественной войны, который поразили гостей масштабом и уникальностью своих экспозиций. А в завершение форума гости Минска стали зри-



Участники симпозиума «Медицинское образование в России и Малайзии» (слева-направо): проректор Лариса Удочкина, ректор Ольга Башкина, проректор Евгений Попов

телями концерта, посвящённого Дню Победы.

За консолидацию

Организаторами недавно состоявшегося в режиме онлайн двухдневного симпозиума по анатомическим и смежным медицинским наукам «Медицинское образование в России и Малайзии» выступили Университет Малайзии CAPABAK (UNIMAS) в коллаборации с Астраханским и Волгоградским государственными медицинскими университетами.

Ректор Астраханского ГМУ профессор Ольга Башкина в своём приветственном слове к участникам форума подчеркнула значимость и масштабность международного сотрудничества:

– Медицина сегодня развивается так быстро, что необходимо в университете обучать студентов суперсовременным технологиям, которых ещё нет в рутинной практике. Сегодня медицинские университеты разных стран готовят специалистов будущего. Только консолидация наших усилий, обмен наиболее эффективными практиками медицинского образования позволит нам готовить действительно успешных специалистов.

Также с приветственными словами выступили заместитель проректора (академический и международный) Саравакского университета Малайзии (UNIMAS) профессор доктор Ахмад Хата бин Расит, Чрезвычайный и Полномочный посол Российской Федерации в Малайзии Наиль Латыпов и ректор Волгоградского ГМУ профессор Владимир Шкарин.

Научоёмкий бизнес

Сибирский государственный медицинский университет и особая экономическая зона (ОЭЗ) Томска заключили соглашение о совместной реализации стартапов. Сотрудничество будет осуществляться в сфере реализации стартапов студентов, аспирантов и молодых учёных. Соответствующее соглашение было подписано на открытии питч-сессии в рамках программы «Технологическое предпринимательство в биомедицине», где обучающиеся и исследователи университета представили перспективные проекты.

– Развитию технологического предпринимательства в СибГМУ уделяется особое внимание: проводятся стратегические сессии с участием сотрудников и студен-

тов, проектируется собственная стартап-студия, недавно впервые был запущен конкурс студенческих стартап-проектов. Сегодня университет – источник стартапов высокой практической значимости, для реализации которых необходимо тиражирование в реальный сектор экономики. Для нас важна экспертиза и помощь в этом направлении, а также поддержка в развитии предпринимательской экосистемы, которую мы ждём от нашего партнёра, – прокомментировала проректор по научной работе и последипломной подготовке СибГМУ Ольга Фёдорова.

Консолидация ресурсов СибГМУ и ОЭЗ позволит реализовать на практике проекты студентов, аспирантов и молодых учёных. Сотрудничество будет направлено на популяризацию технологического предпринимательства и медицинских бизнес-проектов, а также инициацию программ трудоустройства студентов и выпускников университета в наукоёмкий бизнес.

– Мы готовы размещать на территории ОЭЗ не только успешно работающие компании, но и перспективные стартапы. Большинство компаний-резидентов выросло именно из вузовской среды, а иначе в нашем городе и быть не может. Считаем необходимым демонстрировать сегодняшним студентам истории успеха наших резидентов, вдохновлять их сделать первый шаг по превращению идеи в реальный бизнес-проект. «Медицина и биотехнологии» и «Информационные технологии» – это основные направления деятельности резидентов томской ОЭЗ, и демонстрируемые сегодня проекты находятся «на стыке» разработок в сфере медицины и айти, а значит, у студентов появляется больше возможностей получить экспертизу своих проектов, отметил генеральный директор управляющей компании ОЭЗ Константин Каминский.

ОЭЗ – уникальная деловая среда для активного развития инновационного бизнеса, производства научно-технической продукции и вывода её на внутренний и внешний рынки. Она создана постановлением Правительства РФ в 2005 г. в результате победы Томской области в Федеральном конкурсе по отбору заявок субъектов РФ на создание на их территориях особых экономических зон технико-внедренческого типа. Всего в России пять ОЭЗ данного типа.

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

С наступлением весны на экранах телевизоров появился ролик, в котором женщина, как от кошмара, отшатывается от милейшего пушистого кота с огромным букетом мимозы. Большинству зрителей объяснить ситуацию не требуется, поскольку, по данным Всемирной аллергологической ассоциации, та или иная аллергопатология есть почти у 40% населения земного шара; примерно такие же показатели и в России, причём в регионах с неблагоприятными экологическими условиями они значительно выше – до 50%.

И если в течение года раздражителями являются бытовые, пищевые и другие аллергены, то с наступлением «поры цветения» на первый план выходит поллиноз.

И берёза, и амброзия

– Заблуждением является распространённое мнение, что аллергия – следствие недостаточного функционирования иммунной системы, – говорит заместитель главного врача Института иммунологии ФМБА России Евгения Назарова. – Наоборот: это гиперфункция иммунной системы, когда она начинает воспринимать абсолютно безвредные вещества, которые нас окружают, как некий бактериальный или вирусный агент, и пытается им активно сопротивляться. К таким веществам относятся домашняя пыль, шерсть животных, пыльца растений, вызывающая сезонную аллергию, и т.д.

Существует три сезона опыления различных растений. В апреле-мае это цветущие деревья, в июне-июле – злаковые травы, потом до сентября (а на юге России вообще до первых заморозков) – «пылят» сорняки.

– Важную роль в формировании структуры заболеваемости играют климатические и географические условия, – комментирует заведующая научно-консультативным отделением Института иммунологии, профессор кафедры клинической аллергологии и иммунологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, доктор медицинских наук Людмила Лусс. – Именно они определяют спектр присутствующих в воздухе аллергенов.

В наших исследованиях было установлено, что климат и погода существенно влияют на степень тяжести и частоту обострений поллиноза в сезон пыления. Чем выше концентрация пыльцы в воздухе, тем больше тяжесть клинических проявлений аллергии и потребность в дополнительной фармакотерапии у больных с сенсibilизацией к пыльце растений, – отметила она.

Распространённость поллиноза во всех регионах страны примерно одинаковая, а вот сам аллерген меняется в зависимости от климатических и географических особенностей. Если в средней полосе России бичом становятся прелестные берёзовые «серёжки», то на юге «процветают» амброзиевые и пыльные поллинозы. За счёт большого числа случаев сезонной аллергии в Северо-Кавказском округе показатели заболеваемости аллергией в целом выше, чем в других регионах. А вот на севере страны, где сорных трав не так много, вообще преобладают бытовые аллергены. Гораздо чаще аллергией страдают люди, которые проживают в крупных мегаполисах.

В прошлом году датские учёные из Орхусского университета в сотрудничестве со специалистами Банка крови Орхусской университетской больницы провели исследование, итоги которого показали, что распространённость аллергии на пыльцу выросла с 7-8% в 1970-х годах до 24% в 2020 г. При этом второе увеличилась заболеваемость бронхиальной астмой – с 4% в 70-х годах до 12% в 2020 г.

Были проанализированы данные почти 53 тыс. доноров крови, ро-

дившихся в период с 1950-х годов и до начала 2000-х. В специальной анкете они отмечали, есть ли у них бронхиальная астма или аллергия. При этом почти половине были дополнительно проведены исследования уровня специфических иммуноглобулинов Е к наиболее распространённым ингаляционным аллергенам, начиная от различных видов пыльцы и заканчивая шерстью животных и пылевыми клещами.

Эксперты отмечают, что у 30% участников наблюдалось повышение уровня специфических IgE.

случае специалисты озадачены «старением» аллергии.

По словам заместителя руководителя по науке Научно-исследовательского института педиатрии и охраны здоровья детей Елены Вишневой, наиболее высокий процент аллергических заболеваний наблюдается у детей. Одной из множества причин врачи называют неспецифичность симптомов, из-за чего родители далеко не сразу способны заподозрить у ребёнка сезонную аллергию.

Возможно, ещё и поэтому по статистике ВОЗ в последние годы

нической аллергологии и иммунологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, доктора медицинских наук Натальи Ильиной, и расхождения в результатах эпидемиологического исследования и регистра пациентов. Если верить последнему, распространённость аллергии в стране составляет меньше 1-2%...

Такая гиподиагностика связана не только с тем, что далеко не все пациенты с лёгкими проявлениями обращаются к врачу, но и с тем, что их часто лечат совсем от дру-

терапии, которая рассчитана на длительный период: от 3 до 5 лет. Через 3 года врачи оценивают результаты, и если пациента ничто не беспокоит, лечение прекращается. При наличии даже небольших проявлений терапия продолжается ещё год или два. Замечено: все пациенты отмечают улучшение уже после первого года лечения. И здесь очень важно, чтобы они на этом не остановились, поскольку для достижения бессимптомного периода и длительной ремиссии нужно минимум три года.

Поэтому четвёртой необходимой составляющей специалисты считают обучение пациентов, расширение их знаний как о заболевании, так и о возможностях лечения. В противном случае интенсивность симптомов будет расти, что приведёт к большей потребности в фармакотерапии, однако со временем препараты перестанут помогать (не потому, что их эффективность снижается, а в связи с интенсивностью симптомов), понадобится увеличение дозировок, и этот вал будет трудно остановить.

– В результате это приведёт к более тяжёлым формам аллергии, – комментирует Е.Назарова. – Многие пациенты к нам приходят уже и с бронхиальной астмой, и с выраженной перекрёстной пищевой аллергией, когда они не могут употреблять целый ряд продуктов на фоне сезонной аллергии. И, к сожалению, со сниженным качеством жизни.

На пути к вакцинам

Наряду с усовершенствованием метода аллерген-специфической иммунотерапии, сегодня появляются новые перспективные разработки. Сейчас ведутся международные исследования под руководством директора Института иммунологии члена-корреспондента РАН Мусы Хайтова и профессора Венского медицинского университета заведующего отделением иммунопатологии отдела патофизиологии и исследований аллергии Рудольфа Валенти, цель которых – создание вакцин от аллергии. Во время доклинических испытаний получены хорошие результаты.

Подходы схожи с методикой аллерген-специфической иммунотерапии, но инъекций надо будет делать значительно меньше. Сейчас для эффективной терапии надо сделать 33 укола в год, а в случае вакцинации, предположительно, хватит и пяти. Насколько длительным будет иммунный ответ, продемонстрируют клинические исследования.

Одновременно учёные из Венского медицинского университета совместно со специалистами из Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова ведут работу над созданием вакцины против аллергии на кошек. Возможное начало вакцинации россиян – 2023 г. У этой вакцины будет удобный режим дозирования – пять инъекций. После этого вакцинироваться нужно будет раз в полгода, чтобы поддерживать определённый уровень антител.

Учёные хотят применять препарат для профилактики аллергии и у детей. По расчётам специалистов, при таком подходе Россия может стать первой страной, в которой не окажется пациентов с аллергией на кошек.

Пока же сегодняшнюю ситуацию с аллергией иначе как всемирной эпидемией не назвать. По данным ВОЗ, более трети людей страдает от того или иного вида аллергии. И их количество постоянно растёт. Не случайно, согласно прогнозу ВОЗ, в ближайшие десятилетия аллергия выйдет на третье место среди хронических неинфекционных заболеваний.

Если, конечно, учёные, практики и ответственные пациенты её не остановят...

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Проблемы и решения

Когда придёт пора цветения...

Аллергия – беда миллионов



19% доноров сообщили о наличии у себя аллергического ринита, 15% – об аллергическом конъюнктивите, а у 9% была бронхиальная астма. При этом повышение уровня специфических IgE, распространённость аллергического ринита и конъюнктивита чаще наблюдалось у более молодых участников исследования.

Такие показатели говорят о многом: ведь речь идёт о донорах – людях, априори более здоровых, чем население в целом. Однако, когда в развитой, благополучной стране каждый пятый донор крови является аллергиком, а каждый десятый – больным бронхиальной астмой, это заставляет бить тревогу.

– В последние годы отмечается постоянный рост респираторных форм аллергии – аллергический ринит, поллиноз, бронхиальная астма, – говорит Людмила Лусс. – Кроме того, у пациентов с аллергическими заболеваниями наблюдается увеличение случаев полисенсibilизации одновременно к нескольким группам аллергенов.

Это подтверждает проведённое под эгидой Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов в 2019 г. анкетирование главных специалистов из всех регионов РФ, сопоставивших данные десятилетнего наблюдения пациентов и пришедших к подобным неутешительным выводам.

Совершенно очевидно, что пандемия COVID-19 эти цифры только усугубила.

Виновато потепление?

Причину возникновения аллергического заболевания, в том числе сезонного, установить сложно. Поэтому и профилактика его, в принципе, невозможна, когда есть предрасположенность – рано или поздно оно себя проявит. И если обычно мы обеспокоены «омоложением» болезней, то в данном

число обращений с госпитализацией детей с аллергией увеличилось вдвое.

Что же касается стремительно ухудшающейся обстановки с заболеваемостью сезонной аллергией, учёные коррелируют её с глобальным потеплением.

Масштабная научная работа Института иммунологии в сотрудничестве с кафедрой высших растений биологического факультета Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова по изучению длительности, интенсивности, периода начала сезонной аллергии в московском регионе наглядно это продемонстрировала.

По свидетельству ведущего научного сотрудника, доцента кафедры, кандидата биологических наук Елены Северовой, проводимый в течение несколько десятилетий мониторинг пыльцы свидетельствует, что вследствие роста среднесуточных температур более длительным стал сезон роста всех растений, которые «пылят». Соответственно, суммарная концентрация пыльцы за сезон в течение последних 15 лет резко возросла. К слову, российские данные сопоставимы с исследованиями американских и европейских специалистов.

На четырёх китах

Однако огромной проблемой является то, что в среднем пациент с тревожащими его симптомами до специалиста-аллерголога-иммунолога доходит не раньше, чем через 3-6 лет с начала первых проявлений недомогания. Соответственно, на тот момент заболевание уже имеет среднетяжёлую или тяжёлую стадию.

Отсюда, по словам заместителя директора по клинической работе, главного врача Института иммунологии, профессора кафедры кли-

нических болезней, например, ОРЗ. Да и специализированная аллергическая помощь не везде доступна. Поэтому аллергики осторожны: должны быть у врачей всех специальностей.

Помощь пациентам с аллергией жидется, по определению Е.Назаровой, на четырёх китах. Первым является осмотр врача и грамотный сбор анамнеза. Обследование традиционно начинают с постановки кожных проб. Но такая диагностика не определяет некоторые виды аллергии, поэтому более информативным является анализ крови на специфические иммуноглобулины Е на определённые аллергены.

Второй «кит» – это собственно лечение. Конечно, в идеале лучшим вариантом было бы полностью ограничить контакт с аллергеном. И здесь могут помочь знания, где, в каком объёме и какие аэроаллергены присутствуют в воздухе. Для их определения и в целом для отслеживания сезонной ситуации устанавливают пылевые ловушки. Показания такой ловушки успешно используют в московском регионе, но в стране их немного, не более десяти. Для сравнения: в гораздо меньшей по территории Европе установлено более 550 пылевых ловушек.

– Концентрация, то есть число зёрен пыльцы или плесневых спор в одном кубометре воздуха, повышается или понижается в зависимости от времени суток, – говорит Е.Северова – Для многих раннецветущих деревьев пик пыления наступает в полдень и после полуденные часы. Большинство злаков выбрасывают пыльцу утром, примерно от 6:00 до 10:00. Есть виды с одноразовым полуденным цветением, с двухразовым – утренним и более слабым вечерним, и даже ночным.

Учитывая эти закономерности, можно свести к минимуму контакт с пыльцой и тем самым уменьшить, а то и вообще убрать из жизни симптомы аллергии. Длительное время вообще существовала только симптоматическая терапия. Таблетки, спреи в нос, капли в глаза позволяют контролировать симптомы аллергии, но как только прекращается приём этих препаратов, всё возвращается на круги своя. Эти средства не останавливают дальнейшего развития заболевания. При этом все аллергики, начавшись с банального ринита, со временем способны перейти в более тяжёлые формы. Для избавления не только от симптомов, но и для предотвращения дальнейшего прогрессирования заболевания, профилактики расширения спектра чувствительности к аллергенам используется аллерген-специфическая иммуно-

В 1908 г. Нобелевская премия по медицине и физиологии была присуждена И.Мечникову, открывшему фагоцитирующие макрофаги, и П.Эрлиху, сообщившему миру об особых белковых «телах», которые организм вырабатывает в ответ на внедрение патогенна и его антигенов. Так родилось «круговое определение»: антитела вырабатываются на антиген, а тот вызывает появление антител. Много позже выяснилось, что научные противники подобно мудрецам говорили об одном и том же, подходя к нему с разных сторон. Прав был и директор парижского института Пастера, и германец, которому император заявил на торжественном банкете в Берлине, устроенном по случаю награды: «А теперь принимайтесь за рак»!

Иммунный ответ начинается действительно с макрофага, «поглощающего» патогены и разбирающего их на составные части, или антигены, которые затем предъявляются в виде пептидов белковому рецептору Т-клетки (TCR – T-Cell Resceptor), помогающему запустить иммунный ответ, за что и получил название «хелпер»-помощник. В деле активации Т-хелпера и последующего запуска важную роль играют протеины взаимодействия лейкоцитов, или клеток белой крови, откуда ставшее на фоне ковида известным название интерлейкины. Их ещё называют цитокины, поскольку они, например, интерфероны, подстегивают клеточную кинетику. Эффекторами иммунного ответа являются В-лимфоциты, синтезирующие протеиновые антитела, и два вида клеток, которые иногда объединяют в один. Это цитотоксические лимфоциты (ЦТЛ) и натуральные киллеры (НК), атакующие клеточные мишени, например, инфицированные вирусами и бактериями или трансформированные. Действуют иммунные эффекторы с помощью белка перфорина, «проделяющие» в мембранах мишеней перфорации, откуда и название (кстати, «нацеливают»

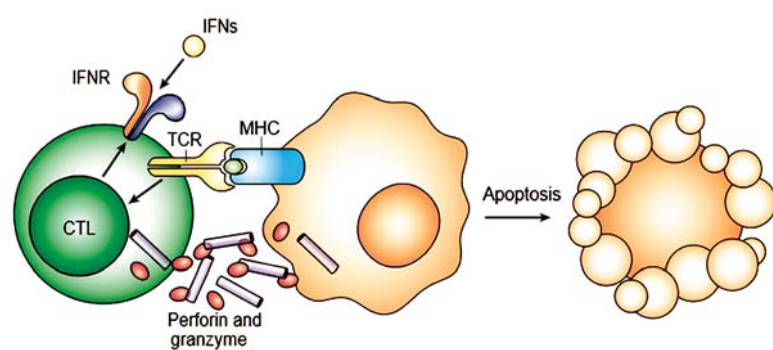
Выводы

Защитить от «вредностей»

ЦТЛ и НК на мишени упомянутые антитела).

Вслед за этим в отверстие запускаются гранулы лимфоцитов с энзимами, получившими закономерно название гранзимы, действие которых запускает программу запрограммированной смерти, или апоптоз клетки. К этому следует добавить упоминание лимфоцитов памяти (Тм) и являющихся резидентами тканей (Тр), функции которых также могут совпадать. Важно упомянуть и молекулы большого комплекса совместимости (МНС), сигнализирующие иммунным лимфоцитам, что клетка своя и здорова (пребывает в состоянии иммунного гомеостаза). А дальше возможны варианты, например, появление микроорганизмов в опухолевых клетках, в результате чего бактерии получают защиту от иммунной атаки, а «трансформеры» преимущество в росте. Так, появление стафилококка в опухолевых клетках элиминируется применением эритромицина, после чего обретает повышенную эффективность противоопухолевый доксициклин (SS).

Некогда врачи говаривали, что страдания физические есть предтеча таковых в душе. Сегодня «локацию» души видят не в сердце как в старину, а в мозге, развивающемся из зародышевой нервной трубки. Она есть продукт «утопления» части спинной эктодермы и сворачивания пластинки в трубку, из передних отделов которой формируются будущие полушария, подкорковые структуры и средний мозг, переходящий в ствол. Эмбриология свидетельствует, что клетки будущей иммунной системы и кроветворящего костного мозга «выселяются» из верхних сегментов нервной трубки,



Атака ЦТЛ на клетку-мишень с включением апоптоза: IFNs – интерфероны, IFNR – рецептор интерферона, TCR – белковый рецептор Т-клетки (лимфоцита), МНС – большой комплекс гистосовместимости, серые цилиндры – перфорин, красные овалы – гранулы с гранзимом

что во многом роднит макрофаг и Т-лимфоцит с их многочисленными отростками с нейроном и клетками глии белого вещества: оба типа клеток имеют рецепторы с ионными каналами, улавливающие внешние сигналы и «стимулирующие» воздействия, в ответ на которые синтезируются разные функциональные протеины.

Нейробиологи Флоридского атлантического университета показали наличие рецептора интерлейкина-1 (IL-1) на нейронах гиппокампа, или извилины морского конька, лежащей на основании височной доли (МР). Напомним, что IL-1 используют макрофаги для активации Т-хелперов и что нервные клетки извилины формируют и хранят память. Нехватка IL-1 ведёт к снижению сообразительности у мышей и социальной отчуждённости после хронического стресса. «Чтение» РНК нейронов в гиппокампе показало нарастание синтеза «защитных» интерферона и интерлейкинов, а также ядерного фактора иммунных клеток NF-kB и TREM, или триггер-

ного рецептора, экспрессированного на миелоидных лимфоцитах и макрофагах. Специалисты Университета Сите (Франция) доказали, что замалчивание сетей миндалин при сепсисе предупреждает развитие беспокойства. Миндалины, лежащая впереди гиппокампа в полюсе височной доли, считается подкорковым центром потаённых страхов, купиремых серотонином, производным аминокислоты триптофана, который синтезируется в стволе мозга. В Париже увидели, что кальциевые сигналы, возбуждающие активность нейронов, распространяются из миндалины в ствол мозга.

С мозгом мышей работали и в университете Женевы, где установили, что хранящие память Т-резиденты (Тр) тканей кооперируются, нанося аутоиммунное поражение ЦНС (STM). Авторы объясняют клеточной кооперацией «уход» воспалительных процессов из-под иммуномодуляторных механизмов, что и ведёт к хроническим аутоиммунным состояниям ЦНС.

В кооперацию вступают и НК, ограничивающие как считают в Университетском колледже Лондона действие профилактических вакцин. В конце апреля ВОЗ сообщила о неизвестном гепатите, вирус которого заразил 170 человек.

В Лондоне работали с вирусом гепатита В, который после инфекции увеличил активность гена запрограммированной смерти (PD – Programmed Death) в Т-лимфоцитах и его протеинового лиганда в НК-резидентах печени. Онкологи знают, что «связка» PD-L приводит к истощению Т-лимфоцитарного ответа против опухолевых клеток. Именно на эту связку направлены клеточные иммунотерапии. Лондонцы полагают, что их результаты позволят разрабатывать более эффективные вакцины и иммунотерапии.

Важно также понимать, что структуры ЦНС страдают и от аутоиммунных атак, ярким примером которых является рассеянный склероз. Он возникает в результате атаки Т-лимфоцитов на олигодендроциты, то есть клетки глии, образующие миелиновую оболочку вокруг нервных отростков (аксонов). Разрушение её ведёт к резкому падению скорости проведения нервных импульсов, а затем и гибели нейронов. Соавторы лондонцев из Университета Тулузы «прочитали» активную часть геномов Т-лимфоцитов и показали их участие в нарушении целостности гематоэнцефалического барьера, защищающего мозг от «вредности», приходящие с кровью. В полном соответствии с геномными программами Т-резидентов в них активируется пролиферация, что ещё только больше усугубляет процесс поражения мозга. Французы тоже ратуют за создание иммунотерапий, направленных на восстановление иммунного гомеостаза в мозге.

Взгляд

В XIX веке Великобритания активно конкурировала не только с Россией, но и по старой кровной памяти с ближайшей Францией, с которой боролась за Мальту, Египет и даже Индию, не говоря уже о Ближательной Порте. В столице последней Константинополе при дворе султана нёс службу британский посол в лице сэра Эдварда Монтагю, жена которого Мэри Уортли была не только светской дамой аристократического толка, но также и женщиной наблюдательной, если не сказать любознательной...

Одна из газет, сообщающих о новостях со всего мира, рассказала на полосе «Мир науки» об убийцах болезней. Речь в статье шла о бактериофагах, или «пожирателях бактериальных клеток», которые «можно искусственно направлять на разные штаммы болезней» (имелись в виду разновидности болезнетворных микробов). Со временем необходимо будет «поставить на поток выращивание фагов», что сулит большие перспективы как для медицины, так и биологии. Достаточно вспомнить, конечно же, не фаги, а AAV, или аденоассоциированные вирусы, которые «приспособили для переноса защитных генов, основа которых составляет базу вакцины «Спутник». Детей в раннем возрасте защищают вакциной MMR, то есть комбинированной против вирусов кори, свинки и краснухи, затем к ним добавились биотехнологические продукты, защищающие людей от гепатитов и папиллом, не говоря уже о противогриппозных. Всё это, к сожалению, не слишком широко известно и достигает общественного внимания лишь при вспышках

Леди Монтагю

или даже эпидемиях с пандемиями. И уж практически совсем неизвестна история ликвидации оспы, убившей и обезобразившей гораздо больше людей, чем даже Чёрная смерть.

Япония долгие века пребывала в режиме самоизоляции, допуская в порт Нагасаки лишь корабли Португалии и Голландии. Поэтому лишь в XIX веке европейцы познакомились с японскими акварелями, на которых изображены жертвы «Тосин сейо» (Tosin seiyo), то есть оспы. Известно, что японцы всему учились у китайцев, которые, как считается, предпринимали самые ранние попытки справиться с этим вирусным заболеванием. Именно в Китае известны самые ранние приёмы предупреждения болезни с помощью инокуляций, или «вкалываний». Первые упоминания о них встречаются в медицинском трактате Ch'iu-Hsu, копия которого достигла Европы в 1895 г. В нём был представлен рисунок руки, показывающий, куда удобнее и безопаснее делать «укол». Исследователи вопроса полагают, что такого рода уколы практиковались уже в 1000-м году буддийскими и таоистскими монахами, которые занимались не только у-шу и боевыми искусствами. Инокуляции были официально упомянуты в одной из медицинских книг не позднее 1549 г., а через полвека в указах западного императора Канси.

В широкой практике врачи использовали коросты оспин, которые измельчались в ступках, после чего «пыль» вдыхалась через нос или

выпивалась с водой. По нынешним временам практика, конечно же, варварская, но следует учитывать, что делалось всё вслепую, поскольку никто ничего не знал тогда о вирусах. Британцы, колонизовавшие Индию, уверяли, что пальма первенства принадлежит тамошним браминам. Монахи протыкали оспенные пустулы острыми иглами, после чего ими же кололи кожу детей. Некий Оливер Колт писал в 1731 г., что первым, кто ещё за 150 лет до автора широко использовал данную процедуру, был врачеватель по имени Дунунтари из города Чампа, но упоминание подвергают сомнению. Не подвергают ему завоевание северной Индии тюркоязычными монголами-моглами, предки которых достигали не только Кавказа и Адриатики, но также «в лице» Османов – под предводительством Фатиха-«Воителя» – императорского Константинополя. И всякий, кому довелось быть в Стамбуле, обращал внимание на величественный комплекс Топкапы, или султанского дворца, под стенами которого раскинулся большой парк Гуль-хане с недолго цветущими тюльпанами-«тюрбанами».

Вход во дворец расположен непосредственно за храмом Святой Мудрости, и туристы помимо «кладовой»-казны с изумрудами и другими драгоценными камнями устремляются к довольно скромному на первый взгляд двухэтажному комплексу с пленительным и интригующим названием харам (так на Востоке называют женскую половину дома, куда мужчинам

вход закрыт под угрозой). Вот вблизи этого дворца и жил Монтагю, посланник Великобритании, флот которой беспрепятственно крейсировал волны Средиземноморья. Жена его Мэри прониклась знанием одной из особенностей султанского гарема, с которой её могли ознакомить матери девушек, некоторые из которых поднимались выше ступени одалисок, то есть комнатной прислуги. Жили девушки в небольших «кубинках», за что их и звали конкубинки, поэтому они чуть ли не каждый день сталкивались с опасностью быть обезображенными оспинами. Неудивительно, что матери и родственницы «сдаваемых» в гарем маленьких прелестниц (часто из-за угрозы смерти от голода) давали им вдохнуть через нос с маленьких серебряных ложечек порошок из струпуев.

Леди Монтагю, сама перенёсшая оспу, инокулировала в Стамбуле по этой методе собственного сына, а по возвращении на родину «презентовала» для той же цели дочь шотландскому врачу Ч.Мэйтленду, что способствовало широкой огласке процедуры. Последнему этапу «оспенной» истории способствовала отвага малоизвестного деревенского врача Э.Дженнера, который поначалу в качестве «подопытного» использовал своего сына, внеся ему в кожную царапину продукт, полученный от коров. Именно они дали название новому подходу, то есть использованию вируса коровьей оспы, о чём стало

известно лишь полтора века спустя. О смелости нашей Екатерины II известно широко, но гораздо реже упоминается, что для scarification (нанесения царапины) специально был выписан английский врач (врачей из туманного Альбиона выписывали Иван III и сын его, сажавший, если верить Н.Карамзину, неугодных бояр на кол). Вакцинацию применили сначала для предупреждения оспы в тюрьмах, где скученность только способствовала распространению вируса. Для пущей убедительности заключённым обещали свободу, если они останутся живыми. Тем не менее, старинная инокуляция была окончательно объявлена в США вне закона лишь в середине XIX века в «переводом» по всем меркам Гарварде – профессор медицины Б.Уотерхауз ввёл обязательную вакцинацию поступающих слушателей в 1800 г. Он не только вакцинировал собственных детей, но и убедил в полезности дела самого президента А.Адамса.

Практика «привлечения» государственных и иных важных персон сохранилась и в наши дни, когда антивирусные мероприятия отражают не только иллюстрации наподобие картинок Дж.Гиллрея, на карикатуре которого быки и коровы лезут из разных частей тела вакцинированных, а у некоторых даже и рога. То есть в принципе люди мало в чём изменились за последние два века...

Подготовил Игорь ЛАЛАЯНИЦ, кандидат биологических наук.

По материалам Brain, Molecular Psychiatry, Science Signaling, Science Translational Medicine, Ancient Origins.

Ну и ну!

Что лучше — напиток из листьев ивы или солёная вода?

Как в КНДР лечат от ковида

Ещё в начале 2020 г. для предотвращения распространения коронавируса Северная Корея наглухо закрыла свои границы, но это не помогло, и вирус проник в страну. Судя по материалам государственных СМИ, с ковидом там борются средствами традиционной медицины, потому что других лекарств нет.

Судя по северокорейским СМИ, благодаря которым можно попытаться понять, что происходит в закрытой стране, отказывающейся от вакцин и другой медицинской поддержки извне. Выяснилось, что коронавирус в стране называют «лихорадкой» и рекомендуют различные традиционные методы лечения.

Тем, кто болеет в лёгкой форме, газета правящей партии «Родонг Симнун» рекомендует пить имбирный или жимолостный чай и напиток из листьев ивы. Имбирь и лист ивы снимают воспаление и уменьшают боль. Но не более.

Ещё одно лекарство — солёный раствор. По северокорейскому телевидению показали семейную пару, которая рекомендовала полоскать горло солёной водой утром и вечером, чтобы не заболеть «лихорадкой». А затем сообщили, что в Пхеньяне была отправлена «тысяча тонн соли» для изготовления «антисептического раствора».

Государственное телевидение Северной Кореи также рекомендует больным принимать обезболивающие, такие как ибупрофен, и антибиотики, например, амоксициллин.

Кроме того, уже известно, что упомянутые северокорейским телевидением антибиотики, в частности, азитромицин, практически не влияют на состояние больного и не предотвращают тяжёлого течения болезни или попадания в больницу.

Система здравоохранения Северной Кореи была создана, чтобы обеспечивать бесплатную медицинскую помощь всем жителям страны — от базовых услуг на



Вся надежда на иву...

уровне деревень до специализированного лечения в государственных городских больницах.

Но в последние годы её финансирование стало уменьшаться из-за бедственной экономической ситуации в стране, пострадавшей из-за санкций и засухи.

Закрытие границ страны и строгие карантинные меры тоже оказали разрушительное воздействие. Считается, что система здравоохранения особенно плоха за пределами Пхеньяна: в больницах и поликлиниках там не хватает персонала, лекарств и оборудования.

В отчёте ООН за 2021 г. отмечено, что некоторые заводы Северной Ко-

реи по производству фармацевтических препаратов, вакцин и медицинского оборудования не соответствуют уровню передовой практики ВОЗ и не удовлетворяют потребностям местного спроса.

Многие перебежчики из Северной Кореи в Южную рассказывали, что им приходилось платить за лекарства огромные деньги и искать их «по благу» среди знакомых, которые имели отношение к правящей партии. Но государственные СМИ Северной Кореи уверяют, что лекарств хватит всем, и их производство всё время увеличивается.

В прошлом году Северная Корея отказалась от 3 млн доз вакцины китайского производства в рамках Covax, глобальной схемы обмена вакцинами. Южная Корея также заявила, что не получила ответа на своё предложение помочь с вакцинами, лекарствами и персоналом. При этом известно, что Северная Корея недавно отправила три самолёта в китайский Шэньян, чтобы забрать оттуда лекарства и привезти в страну.

Китайское министерство иностранных дел заявило, что это не были «антипандемические поставки», но добавило, что страна готова помогать Северной Корее в борьбе с коронавирусом.

Кстати

В ходе тайного голосования страны-члены Всемирной организации здравоохранения переизбрали Тедроса Гебрейесуса на пост Генерального директора ВОЗ на второй пятилетний срок. Голосование состоялось в ходе Всемирной ассамблеи здравоохранения, которая проходит в Женеве. Т.Гебрейесус был единственным кандидатом.

Воздержавшихся нет

Избирательный процесс начался ещё в апреле прошлого года, когда странам-членам ВОЗ предложили выдвигать кандидатов на пост Гендиректора организации. В ходе январской встречи Исполнительный совет ВОЗ номинировал на эту должность Тедроса Гебрейесуса.

По данным прессы, действующий глава ВОЗ набрал 155 из 160 поданных голосов, но из-за позиции по конфликту в Тиграе не получил поддержки родной Эфиопии.

Новый срок полномочий начнётся 16 августа. Согласно правилам, Гендиректор ВОЗ может переизбираться лишь один раз. Сразу после голосования он поблагодарил на своей страничке в Твиттере страны-члены ВОЗ за оказанное ему доверие, а также выразил признательность своим коллегам по организации. «Я благодарю всех работников здравоохранения и моих коллег из ВОЗ», — написал он. Итоги голосования он считает «вотумом доверия» и высокой оценкой деятельности всей команды ВОЗ.

В своём выступлении на Всемирной ассамблее Т.Гебрейесус признался, что во время пандемии было нелегко слышать критику «со всех сторон», но он и его коллеги воспринимали её конструктивно и продолжали работу.

За последние годы ВОЗ под его руководством претерпела масштабные изменения, направленные, как говорится в пресс-релизе организации, на повышение её эффективности, пропаганду здорового образа жизни, защиту людей в чрезвычайных условиях и улучшение доступа к медицинским услугам.

Гендиректору пришлось возглавить глобальные усилия по борьбе с беспрецедентной пандемией COVID-19, во время которой США под руководством президента Трампа покинули ВОЗ. Позднее, когда в Вашингтоне сменилась власть, США восстановили своё членство в организации.

На счету нынешнего руководства ВОЗ также кампания по борьбе с Эболой в Демократической Республике Конго, а теперь ещё и масштабная операция по оказанию помощи охваченной войной Украине.

Однако

Длительные космические миссии меняют мозг

В ходе недавнего исследования учёные смогли установить связь между длительным пребыванием в космосе и случаями нарушения зрения у космонавтов. Данные НАСА, Европейского космического агентства и Роскосмоса показывают, что длительное пребывание в космосе вызывает изменения в мозгу.

В 2015 г. НАСА выпустило 152-страничный доклад, в котором сообщалось о том, что астронавты часто управляли космическими аппаратами, страдая проблемами со здоровьем. Однако эти проблемы не были обусловлены влиянием какого-либо токсического вещества. Они возникли из-за отсутствия гравитации.

Согласно предшествующим неврологическим исследованиям, длительное пребывание в условиях микрогравитации вызывает изменения в структуре мозга. Однако учёным сложно связать эти изменения с какими-то определёнными расстройствами или симптомами, поскольку не так много людей проводили длительные периоды времени в космосе, а значит данных мало.

Недавно группа учёных решила эту проблему, собрав данные о своих посещавших космос коллегам. Согласно их исследованию, у всех космонавтов — американцев, европейцев и россиян — после возвращения на Землю отмечались сходные изменения в мозге. Однако у американцев были значительные отличия.

У американских астронавтов, применяющих иной метод борьбы с микрогравитацией, был увеличен участок мозга, связанный проблемами со зрением. Когда человечество только начало совершать полёты в космос, о том, как пребывание там скажется на биологической системе, задумывались мало. В начале руководство НАСА считало, что космические полёты — это дело инженерии и физики, биологии там места нет.

Однако уже в самом начале многие астронавты сообщали о различных симптомах — чаще всего об укачивании. Хотя астронавтов специально готовят, чтобы такой проблемы у них не возникало. В начале на эти симптомы особого внимания не обращали. Однако, когда космические полёты стали длиться дольше и началось изучение лунной поверхности, астронавты

стали сообщать о более тревожных симптомах.

Согласно докладу НАСА от 2015 г., астронавты, проводившие длительное время в космосе, сообщали о проблемах с координацией движений и нарушениях зрения. А это чревато, ведь речь идёт о людях, которые управляют оборудованием на миллиарды долларов в открытом космосе.

Одним особо распространённым нарушением зрения — нейроглазным синдромом (SANS), связанным с полётом в космос — страдает до 70% астронавтов НАСА, участвующих в длительных миссиях на Международной космической станции. Эти симптомы свидетельствуют о неврологических изменениях, так что для астронавтов стало обычной практикой делать МРТ до и после полёта.

Группа международных исследователей попыталась определить, связаны ли эти изменения в мозгу с SANS.

«Объединяя данные, мы получаем большую выборку, объяснила нейрорадиолог Медицинского университета Южной Каролины Донна Робертс, помогавшая в проведении исследования. — Для подобных исследований это

важно. Когда вы ищете статистическую значимость, вам нужно больше объектов исследования».

Исследование было сфокусировано на 24 американцах, 13 россиянах и небольшом числе космонавтов европейского космического агентства (точное число не сообщается). Учёные изучили МРТ-снимки мозга космонавтов до и после того, как они провели 6 месяцев на МКС (всего на космической станции побывало 256 человек).

После пребывания в космосе у всех путешественников наблюдались сходные изменения в мозгу: накопление спинномозговой жидкости и сокращение пространства между мозгом и окружающей мембраной в верхней части головы. Однако у американцев наблюдались большие увеличения в зоне мозга, которая во время сна выступает в качестве системы очистки, то есть в периваскулярных пространствах.

Когда исследователи обратились к записям об офтальмологических осмотрах космонавтов, выяснилось, что восемь (33,3%) из них страдали SANS, и периваскулярные пространства у них были больше, чем у тех, кто с этим синдромом не столкнул-

ся. Получается, что увеличение периваскулярных пространств связано с развитием SANS.

У российских космонавтов периваскулярные пространства не были увеличены, а это значит, что какие-то различия в протоколе могут способствовать защите здоровья. Учёные объясняют различия в мерах борьбы с микрогравитацией и режиме упражнений с повышенным сопротивлением, что может сказываться на перераспределении мозговой жидкости.

«Хотя влияние мер борьбы с микрогравитацией и режима упражнений с повышенным сопротивлением на мозг во время космического полёта неизвестно, они могут частично объяснять различия в изменениях периваскулярных пространств астронавтов и космонавтов. Мы не можем исключить, что иные факторы (например, рацион) также влияют на эти различия», — написали авторы исследования.

Подготовила
Инга КАТАРИНА.

По материалам BBC, Bing Think.

Ангел с лампою в руках

Профессия медсестры появилась намного раньше, чем её название, и ценилась во все времена. Традиционно пациентов ласково называют её «сестрой» или «сестричкой». Основоположницей современной санитарии и сестринского дела – по сути основательницей профессии – считается сестра милосердия и общественный деятель Великобритании Флоренс Найтингейл. Свою жизнь она целиком посвятила служению людям. Во время Крымской войны XIX века вместе с группой монахинь работала в английском лазарете в Турции и в полевом госпитале в Балаклаве. Именно там впервые в мировой практике начала производить сортировку раненых по разным палатам в зависимости от вида травм. Поначалу её деятельность встретила недоверие со стороны хирургов, но главное преимущество Флоренс заключалось в том, что она в отличие от врачей-мужчин понимала: раненые нуждаются в постоянном грамотном уходе.

Она любовно заботилась о больных и по ночам обходила палаты, держа в руке лампу. Пациенты прозвали её «дамой со светильником», а ещё «ангелом», поскольку страдания многих раненых облегчались при виде Найтингейл, и они скорее шли на поправку. В результате менее чем за 6 месяцев смертность в лазаретах резко снизилась: с 42 до 2%. Примечательно, что в это же время в Санкт-Петербурге была основана Крестовоздвиженская община сестёр милосердия, которые первыми отправились на фронт для оказания помощи раненым. Руководил их деятельностью великий хирург Н.Пирогов. Таким образом, в обоих враждующих лагерях служили люди, спасавшие многие и многие жизни и осуществлявшие уход за ранеными.

Позже в гражданской больнице Святого Томаса в Лондоне бриганка организовала первую школу профессиональных медсестёр. Вот почему 12 мая, в день рождения Ф.Найтингейл, мир широко отмечает Международный день медицинской сестры.

Правила и методы помощи раненым, внедрённые Ф.Найтингейл, стали основой современного ухода за больными. Она стала первой исследовательницей современного сестринского дела, совершив переворот в общественном сознании и во взглядах на роль и место медсестры в охране здоровья общества. Найтингейл высказывала твёрдое убеждение, что «по сути своей сестринское дело как профессия отличается от врачебной деятельности и требует специальных, отличных от врачебных знаний». Впервые в истории она применила научные методы в решении проблем сестринского дела. Первые школы, созданные по её модели в Европе, а затем и в Америке, были автономными и светскими. Особое внимание она уделяла уважению к личности пациента, его чести, достоинству, свободе, проявлению внимания, любви, заботы, сохранению конфиденциальности, а также соблюдению профессионального долга. Не случайно девизом первого почётного международного сестринского общества стали слова: любовь, мужество, честь.

Связь поколений

Большинство современных медицинских сестёр следуют заветам своих славных предшественников, причём эта традиция длится из века в век.

Доказательством тому служит судьба санинструктора, гвардии

Признание

Сестрички

Они проявляют истинное милосердие и вызывают восхищение всего человечества

В современном мире всё больше профессий уходят в прошлое, их заменяет техника. Но есть специальности, которые, наверное, останутся востребованными всегда. Например, ни одна клиника не в состоянии предоставить должного ухода за больными без полноценного медицинского состава. А самую многочисленную когорту работников здравоохранения представляют медицинские сёстры, значительная доля услуг которых оказывается именно ими. Поэтому эти специалисты будут нужны людям всегда. Не случайно во всём мире в мае отмечается Международный день медицинской сестры – праздник

старшего сержанта Марии Рохлиной, участвовавшей в ключевых сражениях Великой Отечественной войны: Сталинградской и Курской битвах, Ясско-Кишинёвской операции, освобождении Польши и Чехословакии. Это яркий представитель военного поколения. Затаив дыхание, студенты медицинского колледжа слушали её рассказ о войне. Она рассказала о том, как хотела стать лётчиком, как спасала раненых, почему её называли «Красная шапочка» и о том, что она гордится своим военным статусом санинструктора.

Война – это всегда кровопролитие и колоссальные людские жертвы. Потери в Великой Отечественной войне могли быть куда большими, если бы не подвиг медицинских работников, отважно сражавшихся за жизни воинов. «Ни один раненый не должен остаться на поле боя!» – требовали приказы военного времени. Труд медработников был приравнен к боевому подвигу. В 1941–1945 гг. врачи, фельдшеры, медсёстры и санитары поставили на ноги около 17 млн солдат и офицеров Красной армии: 72,3% раненых и 90,6% заболевших возвратились в строй. Большой вклад в спасение раненых внёс Красный Крест. В ходе войны было подготовлено несколько сотен тысяч медицинских сестёр, санитарных дружинниц, санитаров.

Уже 25 июня 1941 г. М.Рохлина попала в водоворот войны. Являясь комсоргом класса, ещё на школьной скамье обучалась санитарному делу, изучала строение

очень нужный и важный. В нашей стране его стали отмечать с 1993 г. после создания Ассоциации медицинских сестёр России.

В этом году чествование сестёр милосердия проходило практически во всех медицинских организациях. Одна из череды подобных ярких и душевных встреч прошла в Московском доме ветеранов войн и Вооружённых сил. Конечно, она также была посвящена и самому великому празднику – Дню Победы. Впервые после двух лет пандемии единомышленники собрались вместе, чтобы вспомнить тех, чьими силами



Напутственное слово М.Рохлиной

относить от берега. Мария очутилась в воде, что есть мочи гребла руками. Вода холодная, руки быстро онемели. Лишь у самой плотины русские солдаты подхватили их, обоих в полубессознательном состоянии. Раненого отправили в госпиталь, а её начали приводить в чувство: напоили спиртом, растёрли, укутали. Она сразу уснула и даже не помнит сколько времени спала. После этого у неё отказали почки, но она осталась в строю. В медсанбате ей разрабатывали руки, они потеряли чувствительность. А при выписке военный врач, у которой муж был прокурором, «приговорила» её «к пожизненному вязанию крючком». Такой вот метод лечения.

Мария Михайловна рассказала и про то, как переправляла в медсанбат через Днепр тяжело раненого старшину с гангреной. Его уложили на наспех связанный из подручных средств плот, дали ей доску вместо весла, и оттолкнули от берега, указав место на противоположном берегу, где следовало причалить. Но Днепр – река бурная, полно водоворотов. Плот понесло течением. Недалеко от берега «весло» сломалось, поэтому плот закрутило и стало



А.Красильников благодарит О.Хоменко

И Мария научилась вязать. Кстати, первое, что связала, – красный берет. Вот почему её и прозвали Красной шапочкой.

– Однажды меня спросили: могла бы я бросить раненого на реке, войну, вообще всё и уйти подальше от фронта, жить в тепле и спокойствии? Нет, не могла. Я из того поколения, которое очень любило страну, жизнь, но которое превыше всего ценило долг перед Родиной. Да, мы были все ей должны. Мы не давали клятву Гиппократу, но принимали присягу и знали, что это наша боевая задача, которую нужно выполнить. Поэтому моё поколение выстояло и победило, – подчёркивает Мария Михайловна.

После войны она окончила Владивостокский медицинский институт, работала санитарным врачом. Кстати, в этом году ей исполнится 98 лет, но она и ныне активна, полна идей. К ней постоянно идут люди: советовать, решать вопросы, просто поделиться новостями. Для каждого она находит нужное слово и тепло души, как и тогда, в годы лихолетья. И сегодня она энергична, деятельна, с отличной выправкой.

Мария Михайловна подарила связанный ею берет (а вяжет она до сих пор) студентке 2-го курса Московского областного медицинского колледжа № 1 Елизавете Герасимовой. Для присутствующих Лиза прочла одно из самых проникновенных стихотворений о войне «Ты вернёшься», которое написала удивительная поэтесса, прошедшая войну санинструктором, Юлия Друнина.

Равняться на старших

А ещё в этот день были отмечены заслуги медсестры 38-й гвардейской бригады управления воздушно-десантных войск, старшего сержанта Ольги Хоменко. Ей свойственны высокие профессионализм, твёрдость характера, трудолюбие, которые служат примером коллегам. В 2020 г. она в составе медицинского подразделения воздушно-десантных войск выполняла специальные задачи на территории Республики Сирия. Входила в состав бригады медицинских специалистов «красной зоны». Ежедневно, в условиях жаркого климата, находясь в средствах индивидуальной защиты порой более 12 часов в сутки, осуществляла лечение и уход за больными новой коронавирусной инфекцией. Премию «За сбережение народа» в номинации «Спасение и милосердие» ей вручил Андрей Красильников, руководитель одноимённого общероссийского движения. Обращаясь к медикам и будущим медсёстрам, находившимся в зале, О.Хоменко отметила, что стремится быть похожей на таких людей, как М.Рохлина. А молодёжи в лице будущих медсестёр, фельдшеров, врачей пожелала грызть гранит науки, но главное, что должно быть у них – «это знания и милосердие, а остальное всё будет: опыт придёт».

Действительно, труд медицинских сестёр – это бессонные ночи, тревоги и волнения. Работать сутками, ежечасно сталкиваясь с болью и страданиями, чтобы вселить в пациента надежду на исцеление и помочь поскорее вернуться к здоровой жизни, далеко не всякому по силам. Конечно, можно овладеть навыками ухода за больными, освоить те или иные манипуляции, но главное отличие «сестричек» – проявлять искреннюю заботу, внимание и гуманизм. Это по силам только людям с добрым сердцем и щедрой душой.

Александр МЕШЕРСКИЙ.

ТОМ

Завидные перспективы

Укладываемся с трёхлетней Маргаритой спать. Целый ритуал – умывание, чистка зубов, переодевание, обязательное чтение книжки, неременная декламация стихов наизусть в темноте, ну и, конечно, задушевный разговор о самом нибольшем.

– Папочка, ну когда же я уже вырасту-то? – с досадой в голосе спрашивает Маргарита.

– Ой, доченька, не торопись ты! Вырастешь, обязательно вырастешь! Только потом маленькой уже не побудешь, а это так прекрасно! – пытаюсь успокоить свою собеседницу.

– Нет, папочка, я вырасти уже сейчас хочу, понимаю? Надоело мне маленькой быть!

– И зачем это тебе, дочка, побыстрее вырасти-то надо? – интересуюсь я.

– Ой, много зачем, папа...

– А поподробнее?..

– Чтобы мультики смотреть, когда захочешь и на площадке до ночи гулять...

– Понятно... А ещё зачем?

– Гмм... Чтобы жениться поскорее, а потом в школу пойти, – мечтательно продолжала размышлять Маргарита.

– Может, наоборот – сначала в школу, а потом замуж?

– Нет! Мне так не нравится!

– Почему же?

– Ждать долго придётся – жених вырастет, пока я в школе буду, и стареньким станет. А мне зачем старенький-то?

– Логично... Старенький не нужен... А за кого замуж-то выходить будешь?

– За кого – за кого? За Лёву Кочегурова, конечно!

– Прекрасный выбор! А почему именно за него?

– Ну... Он красивый! И... мне гитару музыкальную на День рождения подарил.

– Ясно... А ещё почему ты его выбрала?

– Он – самый красивый, папа!

– И что тебе в нём нравится больше всего?

– Волоски... Глазки... Ротик мне его нравится!

(Из цикла рассказов «Гогоши от Маргоши»)



– Ну, дочь, ротик – это вообще самое главное в мужчинах!

– Да! Без ротика – мне совсем не нравится, папа!

– Мне тоже, Маргошечка! Здесь ты снова права! А замуж-то тебе зачем так скоро? Ты же с Лёвой хорошо дружите, играете вместе...

– Ну, папа, ты совсем что ли ничего не понимаешь? Взрослые же не играют, они женятся и всё!

– А-а-а-а!.. Теперь понятно. А зачем они женятся?

– У них детки вырастают – вот зачем! Ты чего, папа?!

– Действительно, чего это я? Прости, родимочка, сразу не сообразил... А у вас с Лёвой, когда вы поженитесь, тоже детишки будут?

– Ну, конечно! Рожу я ему малышиков, чего уж...

– И сколько их у тебя будет?

– Сначала один, думаю, а потом ещё пять. Как у козочки в сказке, помнишь?

– Так там семеро было...

– Не-е-е-е, столько не надо! Много сильно... Где я им столько капусты возьму-то?

– И то правда, дочка! Много капусты понадобится – а это проблема!..

– Ага... Пусть столько будет, сколько я уже сказала. Хватит!

– Согласен, дочь! Лёве и того хватит! Думаю, для него твои планы станут настоящим сюрпризом!

– Каким ещё сюрпризом?

– Неожданным!

– Таким, какой мне на новый год Дед Мороз подарил?

– Не меньше, Маргарита! Не меньше...

– Хорошо. Тогда пусть так будет – Лёва порадует и будет смеяться, когда узнает!

– Дай-то Бог... Главное, чтобы не заплакал...

– Нет, папа, он не будет плакать! Он же самый умный ещё, поэтому

зачем ему плакать? Он будет смеяться и всё!

– Ну-ну... Поглядим мы на его смех, когда он узнает... А родители его – они больше всех обрадуются!

– Конечно! Вместе с Лёвой и они обрадуются! А что?

– Нет-нет, дочка, ничего! Конечно, пусть они все вместе и порадуются... И кто же будет всех ваших деток кормить?

– Я! Кашей манной буду всех кормить или пшённой. А ещё яичницу буду им жарить каждый день – меня мама вчера научила. Вкусная такая, жёлтая...

– Ну, если жёлтая – тогда можно, дочка! Пусть все радуются!..

– Пусть! Чего ж тут плакать-то?

– Поддерживаю! Правильно: «жёлтая яичница» – лучшее блюдо на земле. Оно всем нравится!

У меня только ещё вопрос есть – а жить-то вы с Лёвой где будете?

– Как где? Здесь, конечно!

– В нашей квартире? – на всякий случай переспросил я.

– Ну, да, здесь и будем жить! А чё?

– Ничего, моя хорошая. Всё понятно... И дети ваши, я так понимаю, тоже здесь жить будут, вместе с тобой и Лёвой?

– Ну конечно, папа! Ты какой-то глупый прямо! Где им ещё жить? С нами будут жить!

– Это очень здорово, Маргарита! Только вот не понятно – а мы с мамой где жить будем, если вы здесь поселитесь с детьми своими?

– Ну, ты и смешной папа! Совсем ничего не понимаешь!.. Вы умрёте с мамой уже, вот и всё! А мы с Лёвой здесь жить будем. Хорошо я придумала?

– Огоны! Лучшего я и представить себе не мог, дочка!

– Да, нам тут весело будет, мы будем играть, рисовать, поделки всякие лепить...

– И «жёлтую яичницу» ещё жарить...

– Ну, это обязательно!

– Вот и славненько, Маргарита!

Ты всё очень хорошо придумала, а теперь давай-ка спать ложиться будем. Чтобы ты поскорее выросла! Во сне каждый человек растёт. Поэтому надо нам засыпать побыстрее...

– Правда? Здорово! А ты тоже спать будешь, чтобы вырасти?

– Не знаю, милая... Боюсь, что я сегодня вряд ли сразу усну...

– Почему? Потому что ты уже большой вырос?

– Да, Солнышко, мне бы расти не надо, я и так уже большой. Да и подумай мне теперь есть о чём... Я пойду... Спокойной ночи!

– Ну, папа, посиди ещё со мной чуть-чуть...

– Хватит, Риточка, спать пора! Спокойной ночи...

– А ты куда пойдёшь сейчас?

– Пойду маме на работу позвоню...

– А зачем, папа?

– Да нам есть, что с ней сегодня обсудить...

Максим СТРАХОВ,
кандидат медицинских наук,
член Союза российских писателей.

Размышлизмы

Виктор КОНЯХИН

Не дышите обидами

✓ Тяжелоголовые мысли тянут в кабинет задумчивости.

✓ Детство – это счастье с утра до вечера. Старость тоже счастье, но с вечера до утра.

✓ Народная ненависть на кладбище не закрывается.

✓ Перевели на полупенсион.

✓ Философия жизни: сначала замыслы, потом домыслы и, наконец, – комментарии.

✓ Будь сам собой без примесей.

✓ Кладбище – вечный отпуск. И никакое начальство уже не отзовёт.

✓ У каждого народа свои традиции отсыпаться и обжираться.

✓ Не стой, где надо лежать. Учись лежать и стоять в одной позе.

✓ Хотелки играть в хралелки.

✓ Тёмные и полутёмные личности верят в своё черное солнце.

✓ Больного наказали очередной доплатой за выживание.

✓ Глаза слепо верили в чёрные очки.

✓ «Клиника» – это дорога к болезням. Поликлиника – тропа к выздоровлению.

✓ Чем жизнь длиннее, тем в пекле будет легче.

✓ Арбуз, оказывается, ягода. Его дети – ягобузики.

✓ Береги свою голову. Может, кто поступится и настучит тебе умную мысль.

✓ Смерть – доказательство болезней, которых у вас раньше не было.

✓ Из одного грамма мозгов можно вытянуть мысль длиной до Луны и обратно.

✓ Техника смерти пошла вперёд: кладбища и крематории не успевают.

✓ Минздрав предупреждает: «У кого здоровья нет, у того его и не будет».

✓ Контроль над рождаемостью – диктат над сексом.

✓ Все жизненные силы брошены на бремя отпусков.

✓ «Просто красавица» оказалась слишком сложной красавицей.

✓ Злоключение медкомиссии: «Этот идиот, оказывается, ещё жив».

✓ Справки умирают от жизненных поправок.

“Отец трагедий”					Вьетнам	Цветок	СКАНВОРД										Бодяк		Вулкан, Турция		Плавиковый				
Перо жен. гол. убора		Озеро, Прим. край		Норв. математик			Ило-прост											... или поздно		Напиток в Океании	Перекрытие, судно		Тонкая доска		
Хутор, Лат. Америка					Кипренский	Жилище апачи		... с повинной		... на мотоцикле	Звено гусицы	Звезда, Лира		Прорицатель									Комната		
Триумфальная		Узкая часть туловища		Ночная бабочка								10 млн. (древн.)											Мед. диагностика		
				Ребенок	Злак			Дэнс	Магнитофон	“Слово” лягушки				Шестиструнная	Тропический										
	“... Троль” (Гейне)		Вихляй			Мажор			Сало	Япон. писательница	Воин Сару-мана		Испан. танец							“... и Лоллий” (Прокофьев)					
					Нечистая ...				Самолет	Франц. живописец				Г Р А М М А					Б И Р А П С						
														Ф О У Н Г Е Р					К О П О Т Ь						
														Л А Н В И С					У К Ф А						
														И Ж А					С Т Е Н О П И Я						
														Г Р А Ф					А И Р Л Т Р О С						
														Е И В А Н					С О Л Ь М О						
														Л А Д Н О					Т Р И Б А П О Т Т О						
														Ь А Л Л О					К О П Н А Р Е З						
														Л Я					С Ф А К С З А И Р А						

Автор Валерий Шаршуков

Краевой центр

Чашка без ручки

Т-34

Отчеты на сканворд, опубликованный в № 20 от 25.05.2022.