

Медицинская

12 июля 2023 г.
среда
№ 27 (8096)

Газета®



ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

www.mgzt.ru

В каких условиях работает медицинская служба аэропорта Шереметьево?

Стр. 6

Российской службе скорой медицинской помощи 125 лет.

Стр. 7

Этиопатогенетический подход в лечении нейрогенных болевых синдромов.

Стр. 10-11

Акции

Их поженила медицина

В России отметили День семьи, любви и верности



Этот праздник появился благодаря муромскому князю Петру и его жене Февронии, которые жили в XIII веке. Их православные христиане почитают покровителями семьи и брака.

День семьи, любви и верности объединяет миллионы людей вокруг традиционных семейных ценностей, олицетворяет счастье супружеской жизни, помогает воспитывать подрастающее поколение. Его отмечают и молодые семейные пары, и супруги со стажем. Многие профсоюзные организации в этот день поздравили и вручили подарки семьям медицинских работников. Среди них немало примеров крепких и дружных семей, в том числе многодетных, многие выбирают для себя роль приёмных родителей.

Полина и Кирилл Рязановы

Центральная медико-санитарная часть № 38 Федерального медико-биологического агентства России обеспечивает медицинской помощью работников 42 прикреплённых предприятий, в том числе с вредными и особо опасными условиями труда, а также всё население города Сосновый Бор Ленинградской области в объёме территориальной программы госгарантий. Здесь работают на данный момент более 20 семейных пар медиков. А сколько пар соединились в семейный союз на почве любви к медицине за годы работы медсанчасти – и не подсчитать!

Некоторые пары образовались ещё в вузе, как Зандаковы, Цырендоржи – заведующий детской поликлиникой и Мария – врач-рентгенолог. Теперь в их семье трое детей, общие увлечения спортом и крепкая любовь.

А многих «поженила» медсанчасть. Например, Леонтьевы, Александр и Ксения, сыграли свадьбу в День космонавтики. А всё началось, когда невролог обратился к врачу-рентгенологу за описанием КТ-обследования своего пациента. Любовь с первого исследования...

Полина и Кирилл окончили вместе Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова. Проработав год в медсанчасти, анестезиолог-реаниматолог пригласил однокурсницу прогуляться в Сосновом Бору, некоторое время спустя в городе появился гастроэнтеролог и новая семья врачей Рязановых.

Истории разные, но все они о любви, в том числе и к медицине.

Игорь НАУМОВ.

Фото из соцсетей ЦМСЧ № 38 ФМБА.

Проекты

В приоритете – первичная помощь

Пять регионов России стали лидерами реализации пилотного проекта по внедрению методических рекомендаций «Организация записи на приём к врачу». Главная задача проекта – повышение доступности первичной медико-санитарной помощи населению.

Согласно проекту, этому способствует перераспределение функционала при организации приёма пациентов, формировании обратной связи с ними и единых подходов к составлению расписания.

На сегодняшний день в проекте участвуют 50 регионов страны. Высокие результаты демонстрируют 5 из них: Липецкая, Тульская и Тюменская области, Республика Башкортостан и Ямало-Ненецкий автономный округ. Данные регионы на 75% и более реализуют оптимальную модель организационных решений, которая включает в себя выделение нескольких потоков пациентов: при обращении с целью получения информации, с профилактической целью и с целью получения неотложной медицинской помощи.

Наблюдается и прогресс в перераспределении функций между медицинским и немедицинским персоналом. По данным на апрель, в Тюменской области 10,5% функций передано персоналу со средним медицинским образованием, 50,9% выполняют совместно врач и персонал со средним медицинским образованием, 4,9% – совместно врач, персонал со средним медицинским образованием

и без медицинского образования, а 34,1% функций реализует персонал без медицинского образования.

Схожая ситуация наблюдается в Тульской и Липецкой областях, где 9,8% (Тульская область) и 12,2% (Липецкая область) функций делегировано персоналу со средним медицинским образованием, 52,9 и 48% функций выполняется совместно врачом и персоналом со средним медицинским образованием, 4,5 и 5,7% – совместно врачом, персоналом со средним медицинским образованием и без медицинского образования, 32,5 и 34,1% функций – персоналом без медицинского образования. Схожие показатели демонстрирует и Республика Башкортостан.

Что касается ЯНАО, в данном регионе персонал со средним медицинским образованием выполняет 14% функций. 52,2% реализуют совместно врач и персонал со средним медицинским образованием, 4,3% – врач, персонал со средним медицинским образованием и без медицинского образования. Персоналу без медицинского образования делегировано 29,5% функций.

Несмотря на очевидные успехи ряда регионов, у других участников пилотного проекта остаются резервы для повышения доступности первичной медико-санитарной помощи.

Леонид БЕНЦКИЙ.

ЭКСПЕРТНЫЙ УРОВЕНЬ

Александр ЗЫРЯНОВ

Руководитель урологического центра областной клинической больницы (Екатеринбург), заведующий кафедрой урологии, нефрологии и трансплантологии Уральского ГМУ, доктор медицинских наук, профессор:

Развитие роботассистированной онкохирургии даёт возможность оказывать помощь значительной части больных, которые ранее либо считались неоперабельными, либо после открытых и лапароскопических вмешательств испытывали страдания не меньшие, чем от самой болезни.

Стр. 4



Новости
Поликлиника «приехала» в село

Выездными мобильными бригадами Ставропольской краевой клинической больницы проконсультировано и обследовано больше 1000 сельчан в 13 населённых пунктах Ставрополя.

Уже 10 лет врачебные бригады краевой клинической больницы выезжают, в сопровождении мобильного лечебно-диагностического комплекса, в населённые пункты края, приближая тем самым специализированную медицинскую помощь к жителям труднодоступных и отдалённых районов, предоставляя сельчанам и станичникам возможность получить консультацию узких специалистов без визитов в краевой центр.

Нельзя не заметить возросшую интенсивность выездов: в первом полугодии 2023-го было в общем обследовано и проконсультировано 1214 нуждающихся в консультативной помощи жителей отдалённых районов. В то время, как за весь прошлый год проконсультировали 1550 сельчан.

К практике выездной работы привлекались самые разные специалисты консультативно-диагностической поликлиники и стационарных отделений: офтальмологи, неврологи, кардиологи, ревматологи, урологи, гастроэнтерологи, эндокринологи, оториноларингологи, врачи ультразвуковой диагностики, медицинские сёстры.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

Совершенствование диагностики

Новые диагностические методики, в том числе методика МРТ органов грудной клетки, были введены в омском онкодиспансере после установки в 2021 г. современного магнитно-резонансного томографа, полученного в рамках нацпроекта «Здравоохранение». Данная методика вошла в обновлённые Клинические рекомендации Минздрава России по диагностике рака лёгких. Она помогает онкологам в диагностике распространённости опухолевого процесса в том случае, когда компьютерной томографии даже с внутривенным контрастированием оказывается недостаточно.

МРТ-исследование не оказывает лучевую нагрузку на организм пациента и помогает получить дополнительную информацию о состоянии исследуемых органов. Эта методика приходит на помощь, когда очаги в лёгких вызывают сомнения в отношении их природы, а их удаление может быть опасно из-за сопутствующей патологии.

Как сообщили в региональном Минздраве, показатель ранней выявляемости рака лёгких в 2022 г. вырос и составил 56% (в 2021-м – 55,1%). Прежде всего, выявить патологию помогает флюорография, которую нужно проходить раз в год. В случае выявления патологических изменений, с целью уточнения выявленных изменений пациент направляется на компьютерную томографию.

В Прииртышье благодаря реализации программы «Модернизация первичного звена здравоохранения Омской области» в городскую поликлинику № 4 за 2 года было поставлено новое медицинское оборудование: компьютерный томограф и рентгенографические цифровые аппараты для флюорографических обследований. В нынешнем году профилактическую флюорографию здесь уже прошли почти 14 тыс. человек, из которых 69 были направлены на дообследование. Из них у 12 человек выявлена онкологическая патология.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.

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

Слово о газете
Соответствие времени

«Медицинскую газету» я выписываю всю свою взрослую жизнь – до сих пор, и она всегда была интересной. Мне нравится, что на страницах «МГ» выступают серьёзные люди, обладающие огромным опытом в своей профессиональной медицинской специальности.



Газета идёт в ногу со временем, «держит ухо остро», показывает, что нового происходит в здравоохранении крупных городов и самых отдалённых уголков нашей страны. Поднимает авторитет нашей медицины и даёт достойный ответ персонам, которые её порицают. Это позитивно сказывается на читателе.

Занимательна предпоследняя, «историческая» страница газеты, воссоздающая память о видных врачах, да и не только о них. В одном из последних номеров я прочитал статью о композиторе Модесте Мусоргском – очень познавательно! С удовольствием отгадываю довольно сложные кроссворды – это тренировка для ума.

Мне даже трудно что-то посоветовать редакционному коллективу: газета полностью соответствует веяниям нашего времени и достаточно полно отображает происходящее в мире медицины.

Владимир ПОДЗОЛКОВ,
заместитель директора НМИЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева по научной работе, заведующий отделением хирургии детей старшего возраста с врождёнными пороками сердца (после 3 лет), академик РАН.

Ориентиры

Олимпиада для травматологов и ортопедов

В Смоленске оценили качество их подготовки

IX Всероссийская олимпиада среди ординаторов, обучающихся по специальности «травматология и ортопедия», прошла в Смоленске. Базой для проведения стал Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования Минздрава России.

Олимпиада проводится ежегодно по инициативе Ассоциации травматологов-ортопедов России, Федерального центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования, Смоленской государственной медицинской академии и при поддержке Министерства здравоохранения РФ. Главная



цель, которую преследуют организаторы – совершенствование уровня знаний, умений и навыков, развитие интереса к практической и научной деятельности.

Участниками олимпиады в этом году стали 19 команд ординаторов из медицинских образовательных учреждений России, Казахстана и Узбекистана. Им предстояло в очной форме в индивидуальном и командном зачётах в первый день пройти отборочный теоретический этап, а во второй – показать практические знания.

В приветственном письме к участникам мероприятия министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко отметил: «Олимпиада позволяет объединять самых та-

лантливых, одарённых и перспективных молодых специалистов для демонстрации своих знаний. Сохранение здоровья людей неизменно является приоритетом государственной политики, именно поэтому Минздрав России уделяет большое внимание вопросам повышения качества медицинской помощи пациентам с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, которое напрямую определяется квалификацией медицинских кадров. Формирование общей стратегии, напряжённая совместная деятельность, сплочённая работа в команде – всё это способствует как развитию личного потенциала каждого участника, так и поиску новых идей и перспективных направ-

лений в отрасли в целом». По его словам, отработка теоретических и практических моделей клинических ситуаций позволит оценить уровень знаний, умений и навыков ординаторов, повысить степень подготовки к предстоящей аккредитации.

В церемонии открытия принял участие временно исполняющий обязанности губернатора Смоленской области Василий Анохин. Он пожелал участникам удачи и назвал закономерным тот факт, что именно центр травматологии в Смоленске является площадкой для оценки уровня подготовки ординаторов.

По результатам 2 дней первое место в командном зачёте занял Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. Р.Р.Вредена. Стоит отметить, что и в личном зачёте призовые места остались за участниками из этого учреждения. Второе место осталось за 1-м Санкт-Петербургским государственным медицинским университетом им. И.П.Павлова, третье – за Московским государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И.Евдокимова.

Победители олимпиады смогут стать членами Ассоциации травматологов-ортопедов России, а также продолжить заниматься научно-исследовательской деятельностью и обучаться новым технологиям в ведущих клиниках страны.

Сергей БУДАЧЕНКОВ,
корр. «МГ».

Фото автора.

ФГБУ «ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ И ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ»



На Рахмановском

Новая номенклатура должностей

Изданы новые Номенклатура должностей медицинских работников и фармацевтических работников (приказ Минздрава России № 205н от 02.05.2023) и Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием (приказ Минздрава России № 206н от 02.05.2023). Новые номенклатура должностей и квалификационные требования учитывают положения порядков оказания медицинской помощи по соответствующим профилям и профессиональных стандартов.

Номенклатурой должностей введены должности врача выездной бригады скорой медицинской

помощи, медицинского логопеда, нейропсихолога, специалиста по физической реабилитации (кинезиоспециалист), специалиста по эргореабилитации (эргоспециалист), а должности, которые могут занимать специалисты, имеющие высшее медицинское образование по направлению подготовки «Сестринское дело» (например, медицинская сестра – специалист по оказанию медицинской помощи обучающимся, медицинская сестра по медицинской реабилитации, старшая медицинская сестра).

Новые квалификационные требования дополняют требования к уровню профессионального и дополнительного профессионального образования по 66 специальностям (по 20 специальностям – в части

профессионального образования, по 55 – в части расширения перечня специальностей, при наличии пройденной интернатуры/ординатуры, по которым возможно пройти профессиональную переподготовку).

Кроме этого, вводятся квалификационные требования к должностям специалистов с высшим немедицинским образованием (например, к должностям биолог, зоолог, инструктор-методист по лечебной физкультуре, медицинский психолог, медицинский физик и другим).

Новые номенклатура должностей и квалификационные требования вступают в силу с 1 сентября 2023 г.

Игорь НАУМОВ.

Тенденции

Перевыполнили план по доходам

ФМБА, Минздрав и Роспотребнадзор в 2022 г. перевыполнили план по доходам, при этом в Росздравнадзоре доходы отстали от плана, следует из отчёта Счётной палаты по итогам проверки исполнения бюджетов ведомств за прошлый год.

В ФМБА, Минздраве и Роспотребнадзоре отмечается значительное перевыполнение плана по доходам (210% – ФМБА, 207% – Минздрав и 118% – Роспотребнадзор). В Росздравнадзоре поступления по доходам составили

только 86% от плана. В отчётном году Минздрав и Росздравнадзор улучшили показатели управления государственными финансами по сравнению с 2021 г. Однако при этом аудиторы отмечают, что в целом качество планирования доходов пока остаётся на недостаточном уровне: у всех объектов контроля отмечено как перевыполнение, так и невыполнение прогнозных показателей.

Так, аудиторы отмечают высокое исполнение расходов в ФМБА – 99,1%, Росздравнадзоре – 99%, Минздраве – 97,7%, однако в

Роспотребнадзоре исполнение по расходам составило 96,8%, что ниже показателя 2021 г. При этом отмечается невысокое освоение средств в рамках федеральной адресной инвестиционной программы: 78,6% – у Минздрава и 60,4% – у Роспотребнадзора. В части Минздрава не введены в эксплуатацию 11 объектов здравоохранения, или 55,6% запланированного. Среди основных причин аудиторы выделяют необходимость корректировки проектно-сметной документации.

Павел БАЛАГИН.

Назначения

Распоряжением председателя Правительства Российской Федерации заместителем министра здравоохранения РФ назначена Евгения Котова.

После окончания лечебного факультета Читинского государственного медицинского института она работала врачом, заведующей отделением. Имеет большой опыт управленческой работы в региональных органах государственной власти, возглавляла Национальный институт аккредитации Феде-

Повышение в должности

рального агентства по аккредитации. С марта 2020 г. работает в Минздраве России, где занимала должности советника министра и директора Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения. Кандидат медицинских наук.

В новой должности она будет курировать организацию медицинской помощи детям, службу родовспоможения, вопросы

психического и общественного здоровья.

Ранее занимавший эту должность Олег Салагай распоряжением председателя Правительства РФ назначен статс-секретарём – заместителем министра здравоохранения Российской Федерации и будет отвечать за законопроектную работу и международное сотрудничество.

Владимир ЧЕРНОВ.

Санитарная зона

Нормативы по охвату тестами на коронавирус отменены

В России отменили нормативы по охвату населения тестированием на коронавирус.

Постановление главы Роспотребнадзора РФ Анны Поповой опубликовано на официальном портале правовых актов. Согласно документу, отменяются нормативы по количеству проводимых тестов

на 100 тыс. населения, которые определялись с учётом активности эпидемического процесса в регионе.

Постановление действовало с октября 2020 г. В апреле 2022 г. Роспотребнадзор рекомендовал тестировать граждан на COVID-19, учитывая активность эпидемического процесса в каждом конкретном регионе.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Криминал

Дело о пропавших миллионах

Октябрьский районный суд Санкт-Петербурга арестовал заместителя председателя Комитета по здравоохранению Ленинградской области Егора Власова по обвинению в мошенничестве.

Согласно версии следствия, он имел преступный умысел на

хищение бюджетных денежных средств, выделяемых на оплату труда работников Токсовской межрайонной больницы. Всего похищено около 215 млн руб.

Как полагает следствие, в этом ему помогали люди со стороны, получающие зарплату, но не работающие в учреждении. Средства они обналичивали

и передавали Власову. Также против чиновника было возбуждено уголовное дело по статье о получении взятки – сотрудник больницы передал ему 30 млн руб.

Е.Власов просил избрать ему меру пресечения – под домашним арестом, однако суд его ходатайство не удовлетворил.

Юрий ДАНИЛОВ.

В ГБУ РО «Центральная районная больница» Зимовниковского района на постоянную работу требуются:

- ✓ хирург
- ✓ терапевт участковый
- ✓ анестезиолог-реаниматолог
- ✓ оториноларинголог
- ✓ офтальмолог
- ✓ акушер-гинеколог
- ✓ педиатр участковый
- ✓ врач общей практики

Условия:

- оплата труда договорная;
- полный социальный пакет;
- получение единовременной компенсационной выплаты 1 500 000 руб. по программе «Земский доктор»;
- предоставление служебного жилья;
- рабочие места оснащены современным оборудованием;
- за счёт профсоюза раз в год на 10 календарных дней предоставляется санаторно-курортное лечение в Кисловодске, Железноводске;
- внеочередное предоставление мест в детском саду и школе.

Обращаться по телефонам:

8 (86376) 3-16-34 – приёмная главного врача ЦРБ

8 (905)-452-33-93 – заместитель главного врача по медицинской части.

Конкурс

Поздравляем победителей!



Центральная конкурсная комиссия подвела итоги Всероссийского конкурса врачей и специалистов с высшим немедицинским образованием «Лучший врач года». Много лет этот конкурс проводят Министерство здравоохранения РФ, Профсоюз работников здравоохранения РФ и «Медицинская газета». Он отмечается как яркое событие, когда вся страна отдаёт дань уважения людям самой гуманной и нужной профессии.

Номинация «Лучший педиатр»

1-е место – Мысливая Е.В., врач-педиатр ГБУЗ КО «Балтийская центральная районная больница» (Калининградская область)

2-е место – Калашникова О.В., врач-педиатр ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

Министерства здравоохранения РФ (Санкт-Петербург)

3-е место – Болгова И.В., врач-педиатр ГАУЗ «Кузбасская областная клиническая больница им. С.В.Беляева» (Кемеровская область)

Номинация «Лучший неонатолог»

1-е место – Барулина М.А., врач-неонатолог ГУЗ «Клинический перинатальный центр Саратовской области» (Саратовская область)

2-е место – Винокурова Н.И., врач-неонатолог ГБУЗ «Салехардская окружная клиническая больница» (Ямало-Ненецкий автономный округ)

3-е место – Аксёнов Д.В., врач-неонатолог ГБУЗ МО «Балашинский родильный дом» (Московская область)

Номинация «Лучший терапевт»

1-е место – Строганова И.В., врач-терапевт ГБУЗ ТО «Областная больница № 3» (Тобольск, Тюменская область)

2-е место – Щербова З.Р., врач-гастроэнтеролог БУЗ ВО «Воронежская городская поликлиника № 1» (Воронежская область)

3-е место – Морозова Е.В., врач-гематолог ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова» Министерства здравоохранения РФ

Номинация «Лучший хирург»

1-е место – Семченко С.Б., врач-хирург ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1» (Тюменская область)

2-е место – Басараб Д.А., врач сердечно-сосудистый хирург ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» (Белгородская область)

3-е место – Алексеева Г.Н., врач-уролог КГАУЗ «Владивостокская клиническая больница № 2» (Приморский край)

Номинация «Лучший акушер-гинеколог»

1-е место – Селиванова А.В., врач акушер-гинеколог ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода» (Белгородская область)

2-е место – Еникеев А.Н., врач акушер-гинеколог ГБУЗ «Республиканский клинический перинатальный центр» Министерства здравоохранения Республики Башкортостан (Республика Башкортостан)

3-е место – Повова Т.Н., врач акушер-гинеколог ГБУЗ «Коми республиканский перинатальный центр» (Республика Коми)

Номинация «Лучший руководитель медицинской организации»

1-е место – Кутефа Е.И., главный врач БУ ХМАО – Югры «Окружная клиническая больница» (Ханты-Мансийский автономный округ – Югра)

2-е место – Гурова З.Г., главный врач ГБУЗ РБ «Родильный дом № 3 г. Уфы» (Республика Башкортостан)

3-е место – Шешунова С.В., главный врач ГБУЗ СО «Новокуйбышевская центральная городская больница» (Самарская область)

Номинация «Лучший кардиолог»

1-е место – Вялова Т.А., врач-кардиолог ГАУЗ МО «Клинская областная больница» (Московская область)

2-е место – Моргунов Д.П., врач-кардиолог БУ ХМАО – Югры «Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» (Ханты-Мансийский автономный округ – Югра)

(Окончание на стр. 12-13.)

– Александр Владимирович, вы фактически пионер робот-ассистированной хирургии в России, ведь самый первый робот в нашей стране появился именно в Екатеринбурге. Занимаетесь данным направлением почти 20 лет. Кому, как не вам, поставить диагноз: ожидания от роботической хирургии оправдались вполне или же нет?

– Ни на минуту не усомнился в потенциале этой технологии. Когда мы в 2006-2007 гг. только начинали осваивать первую модель роботизированной платформы, было очень много скептиков. Впрочем, так всегда случается на старте какой-либо новой эры в хирургии, тем более когда уникальная технология появляется сначала не в столичной клинике, а где-то в провинции. Мы с коллегами через это прошли и, понимая психологическую природу отрицания, в те годы старались сильно не выпячивать себя. Делали доклады на конференциях и видели, как это задвигает многих корифеев хирургии, особенно находящихся на руководящих должностях.

Но, несмотря на такой в целом не очень дружелюбный фон, мы развивали данное направление. Я изначально был уверен, что робот рано или поздно займёт прочное место в хирургии, прогресс нельзя остановить. Так и произошло. Многие из тех скептиков, которые говорили: «Нам это не нужно, зачем тратить деньги на игрушку», сегодня являются убеждёнными сторонниками роботической хирургии.

За прошедшие годы мне удалось поработать на всех четырёх поколениях роботизированной хирургической платформы, и я не просто не разочаровался в робот-ассистенции, напротив, вижу, как раз от раза техника прогрессирует, разработчики наделяют её новыми возможностями, в частности интуитивными свойствами. Как и прежде, уверен в хорошем будущем роботической хирургии, причём не только в области урологии.

Это действительно малоинвазивные технологии в абсолютном их виде с минимальной хирургической травмой и, что самое важное, наилучшими функциональными результатами. Если говорить про онкологические результаты, то у специалиста с хорошей квалификацией они практически сопоставимы при традиционной открытой хирургии, видеоэндоскопии и робот-ассистированной операции. Однако робот даёт фору именно в части функционала.

– **Что такое «интуитивные свойства машины»? Она теперь управляется не руками, а силой мысли хирурга?**

– Она подстраивается под желания хирурга. С помощью предыдущих моделей робота мы могли, установив порты для лапароскопии, оперировать только одну хирургическую зону, а переместиться из малого таза в брюшную полость, если вдруг возникла необходимость удалить лимфоузлы, уже было сложнее. Приходилось прерывать операцию, делать новые хирургические доступы, переставлять порты. Теперь найдено техническое решение, у хирурга появилась возможность из одного доступа оперировать в трёх зонах.

К примеру, у пациента уротелиальный рак лоханки почки или мочеоточника. Операция большая, приходится удалять почку, весь мочеточник, в малом тазу резецировать мочевой пузырь, и всё это удаётся сделать последовательно из одного доступа, свободно консолью перемещая ин-

Экспертный уровень

Прогресс на фоне скепсиса

Одни манипулируют роботом, другие – общественным мнением

Невероятно, но так и есть: прошло каких-то два десятилетия, а выросло уже целое поколение врачей, которых не удивишь фразой «робот-ассистированная хирургия». Они если и не видели вживую саму платформу, не сидели за пультом управления, то уж точно наслышаны о таком оборудовании. Казалось бы, свершившийся факт, очередная ступень эволюции малоинвазивных хирургических технологий. И тем не менее не только роль и место роботической хирургии, а сама принципиальная целесообразность её существования до сих пор периодически становятся предметом обсуждения в отечественной профессиональной медицинской среде.

Так, если в программе предыдущего, XIV съезда хирургов России была секция, посвящённая применению технологий робот-ассистенции и эндовидеоскопии в гинекологии, абдоминальной, торакальной и колоректальной хирургии, то в рамках предстоящего XV съезда предполагается уже иной формат для сообщений по данной тематике – «Дискуссионный клуб: робот-ассистированная хирургия». Такая формулировка заставляет предположить, что организаторы форума уловили смену настроений: возможно, наступил очередной этап отрицания очевидного.

струмент внутри операционных зон и между ними, под нужным углом, на нужное расстояние.

– **Удивительная история: прошло без малого два десятилетия, а на мировом рынке по-прежнему одна компания-производитель роботических платформ для хирургии. Казалось бы, уже давно можно было распознать все секреты конструкции и механики, чтобы собрать собственный аппарат в любой индустриально развитой стране. Будет ли когда-нибудь преодолена монополия, как вы думаете?**

– Монополия уже фактически преодолена. Недавно я видел китайский аппарат, он выходит на рынок. Есть свои разработки в Британии и Южной Корее. Конкуренция – это всегда хорошо, потому что в таком случае стоимость любого оборудования снижается и технология становится более доступной для пациентов. Как только появятся ещё хотя бы две или три компании, думаю, цены на хирургические роботы существенно упадут, что поспособствует более быстрому распространению робот-ассистированной хирургии в Российской Федерации.

– **Вы упомянули о конкуренции на рынке медтехники как механизме обеспечения доступности технологии для пациентов. Но ведь и в тех регионах РФ, где уже имеются роботические платформы, говорить о доступности такой помощи вряд ли можно: квоты на ВМП ограничены.**

– Справедливое замечание. Как вы уже сказали, первый в стране робот для хирургии появился в нашем городе, причём он не был куплен на бюджетные деньги, это был подарок региону от одной из нефтегазовых компаний. По распоряжению тогдашнего губернатора Свердловской области Эдуарда Росселя аппарат установили в областной клинической больнице № 1, где он много лет исправно работал. Сейчас это уже экспонат больничного музея.

К сожалению, новую роботическую платформу для этого учреждения так и не приобрели. Сегодня единственная на весь регион машина находится в одной из коммерческих многопрофильных

клиник. И как только она здесь появилась, мы с коллегами-хирургами, которые оперируют на роботе, попросили учредителей и руководство клиники обратиться к нынешнему губернатору Свердловской области Е.Куйвашеву с просьбой о выделении дополнительных бюджетных средств на 100 квот для выполнения бесплатных робот-ассистированных операций жителям Екатеринбурга и Свердловской области.

Нужно заметить, что губернатор очень быстро отреагировал и подписал данное письмо, распорядился найти в бюджете деньги на квоты. Но, к сожалению, как это часто бывает, хорошие начинания и идеи не очень быстро реализуются в чиновничьих коридорах. Однако мы всё же надеемся, что в нашем богатом регионе найдутся дополнительные средства на высокотехнологичное хирургическое лечение пациентов.

– **Сфера применения роботизированной хирургической платформы со временем расширилась?**

– Да, причём значительно. Если в самом начале эры роботической хирургии 80, а то и 90% операций выполняли урологи и в основном это были оперативные вмешательства по поводу онкологических заболеваний, ещё точнее – рака предстательной железы, то в настоящее время в мире на первое место по частоте применения робота вышли гинекологи. За ними следуют общие хирурги, в основном с операциями на поджелудочной железе и по поводу опухолей толстой кишки. Далее – урологи. Вот первая тройка.

Потом все остальные: торакальные хирурги, нейрохирурги, челюстно-лицевые. Активно подхватили методику робот-ассистенции детские хирурги. Любые врождённые аномалии развития удобно устранять именно таким – самым малоинвазивным из возможных способом.

В России до сих пор сохраняется та же структура робот-ассистированной хирургии, что и прежде: абсолютные лидеры здесь урологи. При этом, как и наши зарубежные коллеги, мы тоже начали практиковать роботическую хирургию в педиатрии. Буквально месяц назад я выполнил ребён-

ку пластическую операцию при врождённой аномалии развития почки. Получен очень хороший эффект.

Сравниваю с тем, что делал 20 лет назад, и сам удивляюсь, как мы могли обходиться без такой техники? Моя докторская диссертация как раз была посвящена гидронефрозам и возможности выполнения пластических операций при врождённом сужении мочеточника. Мы с коллегами в те времена сами придумывали инструмент для малых размеров, пытались оперировать через микродоступ. Но то, что позволяет делать робот, несопоставимо: любой хирург поймёт, что я имею в виду, когда говорю, что эта машина позволяет оперировать очень красиво. Прекрасная визуализация, возможность наложения микрохирургических швов, и, как я уже говорил, высокий функциональный результат – одним словом, просто фантастика.

– **Мне кажется, то, что вы сейчас сказали – красивая операция, отличная визуализация и пр. – как раз и есть основной контраргумент, которым до сих пор пользуются те, кто полагает, будто робот-ассистированная хирургия – это не более чем искусство ради искусства. Им хотелось бы сравнивать эффективность разных хирургических подходов по показателям послеоперационных осложнений и отдалённым результатам.**

– Проводятся большие международные исследования по сопоставлению данных открытой, лапароскопической и роботической хирургии, их результаты регулярно публикуются.

Вот наглядный пример – пациенты с раком предстательной железы, которым выполняется радикальная простатэктомия. Онкологический результат операции в целом примерно одинаков при всех трёх вариантах оперативного вмешательства. Если же детализировать, различия существенные. Верхушка предстательной железы – самая труднодоступная для визуализации зона во время открытой операции, хирург практически вслепую резецирует и накладывает швы. Так вот, при операциях, которые выполняются с помощью роботической платформы,

Связано ли это с санкционными ограничениями и, как следствие, со сложностями при покупке и ремонте импортного медицинского оборудования, включая робота, а значит, с необходимостью перенастроить общественное мнение? Или же с тем, что география использования роботических хирургических платформ в нашей стране практически не расширяется с досанкционных времён? Скоро выясним: до съезда осталось три с небольшим месяца.

А пока хотелось бы узнать мнение российских лидеров робот-ассистированной хирургии о том, оправдала ли данная технология возлагавшиеся на неё надежды, достигла ли она потолка своих возможностей и есть ли у специалистов, которые всё ещё исповедуют максимуму «большому хирургу – большой разрез», основания сомневаться в том, что робот способен делать то, чего не может сделать рука хирурга?

Первый эксперт, к которому обратилась «МГ» с такими вопросами, – руководитель урологического центра областной клинической больницы (Екатеринбург), заведующий кафедрой урологии, нефрологии и трансплантологии Уральского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Александр ЗЫРЯНОВ.

положительный хирургический край в зоне верхушки предстательной железы встречается в три раза реже, чем при открытом доступе. Такова общемировая статистика.

Подобный результат достигается как раз благодаря тому, что хирург, оперируя с помощью робота, видит труднодоступную зону в деталях под большим увеличением, как при микрохирургических операциях, и может практически на клеточном уровне определить, здоровая это ткань или опухолевая. Он удаляет железу, поражённую опухолью, максимально сохранив длину уретры для того, чтобы обеспечить пациенту функциональный результат по удержанию мочи.

Когда о робот-ассистенции как об игрушке хирурга говорят люди, которые никогда не оперировали с помощью такого оборудования, слушать их печально.

– **Стадия опухоли является критерием отбора пациентов на робот-ассистированное хирургическое вмешательство?**

– В принципе нет, если у хирурга высокая квалификация. По поводу рака предстательной железы ещё 15 лет назад мы оперировали с помощью роботической платформы только пациентов с I-II стадиями опухоли, иногда T3a, то есть местнораспространённый рак. Сегодня активно оперируется с помощью робота новообразование в стадии T3b и даже метастатический рак с единичными метастазами в лимфоузлах, подлежащими удалению.

Для меня, например, представляют научный и клинический интерес случаи рецидива болезни после проведения лучевой терапии, когда уже изменена анатомия, наблюдается выраженный склероз тканей. Или ситуации, когда у мужчины помимо злокачественной опухоли предстательной железы ещё и аденома очень больших размеров, и, чтобы обеспечить высокий функциональный результат после операции, нужно максимально сохранить анатомию шейки мочевого пузыря, реконструировать её так, чтобы потом не было проблем с удержанием мочи и другими функциями. В таких ситуациях единственная возможность успешно прооперировать пациента – сделать это именно роботически.



Акценты

Связь поколений

В Суздале состоялась XVI Всероссийская школа молодых психиатров



Прошедшая школа в Суздале была посвящена памяти одного из основателей и постоянного её организатора – профессора Петра Морозова. Незадолго до ухода из жизни Пётр Викторович говорил, что проведение последних школ даёт ему большим напряжением сил. Вместе с тем каждый раз это мероприятие продолжало сохранять свой уникальный учебный и научный формат. Конечно, в последние годы школа не могла похвастаться блеском 80-х с обилием знаменитостей, начиная от корифеев психиатрии: иных уж нет, а те далече. Однако за истекшие десятилетия из учеников первых школросло новое поколение учителей. Наверное, поэтому темой этого года стала «Профессия – психиатр: связь поколений».

Осветить в коротком сообщении всю программу не представляется возможным. Упомяну то, что больше запомнилось из посещённого мною.

Первое слово было предоставлено патриарху отечественной психиатрии академику РАН Анатолию Смулевичу и директору Научного центра психического здоровья профессору Татьяне Ключник, которые провели симпозиум на традиционную тему «Клинико-биологическая модель шизофрении». В частности, поднимался вопрос об органическом субстрате этой болезни. Прогресс в этом направлении может быть достигнут благодаря новым техническим научным достижениям. Здесь же рассматривались вопросы созависимостей.

С лекцией о возможных путях развития отечественной психиатрии выступил директор НИИЦ психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева, президент Российского общества психиатров, профессор Николай Незнанов. Он отметил, что тренд мировой психиатрии, отражённый в МКБ-11, не встречает достаточного понимания у многих отечественных психиатров, но выбор у нас невелик: оставаться в рамках прежней классификации или следовать в русле мировой психиатрии.

К числу развивающихся направлений следует отнести пси-

хиатрическую помощь, оказываемую онлайн, которая в настоящее время представлена в том числе и чат-ботами.

Большой интерес вызвала лекция кандидата медицинских наук Дарьи Смирновой (Самара) о лингвистических исследованиях в психиатрии. Судя по всему, в скором времени в дифференциальной диагностике тонкий анализ речи больного будет иметь особое значение, что, может быть, освободит психиатра от тяжких сомнений в выборе диагноза.

Своими опасениями относительно гипердиагностики шизофрении поделился профессор Владимир Менделевич (Казань). Соглашаясь с общей идеей необходимости соблюдения осторожности диагностики шизофрении, хотелось бы всё-таки отметить, что пересмотр этого диагноза не является чем-то запрещённым. Диагноз шизофрении не является единственным из числа нозологий, затрудняющих социальную адаптацию. Не меньшую роль играет запрет на работу с вредными условиями труда, согласно которому для значительной категории психически больных вводятся ограничения, даже на работу дворника.

Школа, разумеется, не могла обойтись без вечера памяти П.Морозова. Каминный зал был заполнен до отказа. Знавшие его лично сменяли друг друга у микрофона, и казалось, что вечер не закончится. Это неудивительно, поскольку его талант был многогранен. Он был не только известным учёным, но и обладал поэтическим и музыкальным даром. Его песня о Суздальской школе стала её гимном.

Большой интерес вызвала дискуссия на тему «Гендерное несоответствие». В качестве спикера выступил сопредседатель секции сексологии Российского общества психиатров профессор Владимир Менделевич, а в качестве дискуссионного – руководитель отделения сексологии Московского НИИ психиатрии – филиала НИИЦ психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского доктор медицинских наук Михаил Ягубов. В докладе были представлены научные данные о механизмах формирования трангендерности, проанализированы причины

распространённости данного феномена, а также обсуждены юридические и правовые аспекты гендерного перехода. Особое внимание было уделено дифференциальной диагностике транссексуализма от сходных состояний при шизофрении и других психических расстройствах.

В рамках дискуссии было задано много вопросов и высказаны мнения психиатров по наиболее актуальным для практики проблемам. Был сделан вывод о том, что исключение транссексуализма из психиатрического раздела МКБ-11 и перевод его в рубрику «состояния, связанные с сексуальным здоровьем», не отменяет необходимости тщательного психиатрического обследования лиц с признаками гендерной дисфории и оказания им психолого-психиатрической помощи.

По мнению М.Ягубова, смена паспортного пола должна происходить только после проведения соответствующей хирургической операции. В противном случае возникают сомнения в истинности диагноза транссексуализма. С этим трудно согласиться. Мне известен по крайней мере один случай изменения паспортного пола (с женщины на мужчину) без оперативного вмешательства. Отдалённый катанез (более 10 лет) свидетельствует о хорошей адаптации в обрётённой семье и профессии.

Недавно в СМИ прошла информация, что правительство озабочено социальными проблемами, возникающими при смене пола, в частности такими, как, например, возраст выхода на пенсию при трансгендерном переходе. Однако Государственная Дума, кажется, уже радикально решила этот вопрос, единогласно проголосовав в первом чтении за запрет смены пола.

Доклад автора этих строк и кандидата медицинских наук Александра Урсу, основанный на материалах анкетирования, был посвящён проблемам дистанционного обучения с точки зрения обучающихся и педагогов. Оценки были неоднозначны – от полного неприятия до высокой степени удовлетворённости. Оказалось, что в целом наиболее высокие оценки дистанционное обучение получило у врачей,

проходивших курсы повышения квалификации. Среди известных преимуществ дистанционной формы обучения встречались и такие, как возможность безнаказанно пропустить занятие (студенты) и возможность одновременно с получением информации принимать пищу (врачи).

Общее количество мероприятий (лекций, докладов, семинаров и др.) достигло 40. Организаторы не отказались от традиционного проведения КВН, хотя в этот раз оценки командам не выставлялись.

Как и в прошлые годы, были отобраны доклады победителей, часть из которых заслушана устно, а остальные представлены в виде постеров. В частности, на симпозиуме под названием «Навстречу МКБ-11» представлено 7 докладов молодых учёных. Спектр затрагиваемых в них тем широк: от вопросов диагностики (ОКР, дисморфия, расстройство личности, аддитивные расстройства) до проблем лечения депрессий.

Традиционно в тематике Суздальской школы доминировали вопросы психиатрии, что вполне логично. На XVI школе, пожалуй, впервые большое внимание было уделено вопросам клинической психологии. На симпозиуме «Диагностическое интервью и скрининговые инструменты в научной и клинической практике психиатра» было представлено 6 докладов, посвящённых преимущественно психометрическим методам.

Отдельный симпозиум был посвящён актуальным проблемам детской психиатрии. Из рассматриваемых тем наиболее интересной мне показалась «Роль волонтеров в комплексе психосоциальных мероприятий для детей с умственной отсталостью, воспитывающихся в интернатных учреждениях».

Большое внимание было уделено расстройствам пищевого поведения (РПП): «круглый стол», где рассматривался спектр пищевого поведения у больных с психическими расстройствами, а также проблемам лечения на примере комплексной программы психотерапии в клинике РПП ПКБ № 1 им. Н.А.Алексеева. Теме РПП была посвящена также лекция (в записи) профессора Олега Скугаревского из Минска, в которой данный феномен рассматривался с более широких позиций. Замечу, что лектор является признанным авторитетом в этой теме.

Последние школы также включали в себя «Встречи за завтраком», во время которых ученики в свободной форме могли пообщаться с учителями (предварительно записавшись). На первых Суздальских школах такие встречи происходили спонтанно, чему способствовал общий для всех участников стол со свободным выбором места и подача блюд официантами (шведский стол в то время ещё не имел такого распространения). Мне на первой школе посчастливилось сидеть за столом с основоположником советской геронтопсихиатрии Эрихом Штернбергом. Молодому психиатру было неудобно утомлять корифея своими вопросами (а так хотелось спросить о многом!), но я был уже счастлив, что мог беседовать с ним на отвлечённые темы.

Парфразирую известную строку из песни: «скул маст гоу он», а мы – старшее поколение – при поддержке инициативной молодёжи приложим для этого все усилия!

Алексей ХУДЯКОВ,
профессор.

Ивановская государственная
медицинская академия.

Таким образом, развитие роботассистированной онкохирургии даёт возможность оказывать помощь значительной части больных, которые ранее либо считались неоперабельными, либо после открытых и лапароскопических вмешательств испытывали страдания не меньшие, чем от самой болезни.

– Те же самые скептики рассуждают ещё и с позиции экономистов: имеет ли смысл выполнять дорогостоящую роботическую операцию при запущенном онкологическом процессе, насколько она будет радикальной? Иными словами, целесообразно ли тратить деньги ради недолговременного результата?

– Разумеется, паллиативных больных никто не будет пытаться оперировать роботически. Мы говорим о перспективных пациентах. Сегодня даже при местно-распространённом раке современные хирургические технологии в совокупности с комбинированным лечением позволяют продлевать жизнь онкобольным на 10 и более лет. По нашему опыту, это касается не только рака предстательной железы, но также опухолей почки, мочевого пузыря.

– Известно, что вы берётесь, в том числе, за пациентов, которым не смогли эффективно помочь другие хирурги, которые так же, как и вы, владеют роботассистенцией. Почему, используя одно и то же оборудование, одну и ту же методику операции, кто-то получает результат, а кто-то нет? Третьи вообще не берутся за сложных больных. Это страх ставит им самоограничения?

– Много факторов. Прежде всего, сдерживает отсутствие опыта, который даёт врачу уверенность в себе. С другой стороны, не имея веры в свои возможности, хирург не будет активно практиковать, двигаясь от простого к сложному. Это взаимосвязанные явления.

В то же время абсолютно правильно, по моему мнению, поступают коллеги, которые, не чувствуя уверенности в своих возможностях, честно рекомендуют пациенту обратиться в другую клинику. Не уверен – не нужно брать. Всегда следует принимать решения, исходя не из собственных амбиций, а из интересов больного.

– Можно ли говорить, что в обозримом будущем наступит эра исключительно роботассистированной хирургии?

– Этого никогда не произойдёт. Хирургия не станет на 100% роботизированной и лапароскопической, потому что есть масса случаев, когда эти технологии просто невозможно применить. В частности, множественные ранее перенесённые операции на брюшной полости иногда являются противопоказанием к малоинвазивным вмешательствам.

Выбирать хирургический доступ при работе с конкретным пациентом следует, учитывая совокупность факторов, а не руководствуясь желанием «блеснуть». Каждому доступу – своё место, при этом за малоинвазивными технологиями, включая роботассистированную, по моей оценке, в будущем не менее 80% вмешательств. Разумеется, при условии, что мы дождёмся появления отечественного робота или китайских, корейских, британских разработок, которые окажутся по карману многим государственным лечебным учреждениям.



Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Международный аэропорт Шереметьево по праву называют воздушными воротами России. Ежегодно он обслуживает десятки миллионов пассажиров и сотни тысяч тонн грузов. Входит в ТОП-10 аэропортов-хабов Европы, является лучшим по качеству обслуживания и лидером по пунктуальности полётов на континенте, а также обладателем наивысшего рейтинга 5 звёзд Skytrax. Сегодня мы поговорим о малоизвестной, но очень важной части его работы – медицинском обслуживании пассажиров и сотрудников. У нас в гостях – Ирина Логинова, главный врач медико-санитарной части Международного аэропорта Шереметьево.

– Ирина Юрьевна, сколько специалистов обслуживают работников главной воздушной гавани России?

– Медицинская служба Шереметьево – крупнейшая среди аэропортов страны. В штате медико-санитарной части трудятся более 200 медицинских работников разного профиля.

– Какие подразделения включает ваша медицинская служба?

– Это поликлиника, врачебные здравпункты по проведению осмотров и здравпункты, расположенные в терминалах. Особо хочу отметить, что медико-санитарная часть проводит более миллиона осмотров в год, в том числе с использованием программно-аппаратных комплексов (ПАК), установленных более 2 лет назад. В здравпунктах аэропорта их 34 и все – российского производства. Эта аппаратура зарекомендовала себя с лучшей стороны.

С помощью новых технологий нам удалось сократить количество очередей и существенно повысить удовлетворённость клиентов, которые обращаются за помощью.

– Назовите самые важные направления в работе специализированного лечебного учреждения?

– Я бы выделила три основных. Первое направление – это оказание первой медпомощи в терминалах для всех, кому она требуется. Такой ритм работы даёт возможность для профессионального роста медиков. Второе – предрейсовые и послерейсовые осмотры. Только после них наши работники допускаются к выполнению своих обязанностей. Это очень важно, так как наблюдение за состоянием их здоровья минимизирует риски как для них самих, так и для пассажиров. И третье – оказание первичной помощи в амбулаторных условиях, что включает в себя и проведение предварительных и периодических медосмотров с экспертизой профпригодности работников, задействованных во вредных и опасных условиях труда.

– Как складывался коллектив медсанчасти и какие традиции он имеет?

– Традиции взаимопонимания и ежедневной поддержки всех его членов. Особо подчеркну, что сплочённая команда, действующая как единый организм, является краеугольным камнем успеха не только нашей медсанчасти, но и любого предприятия. Наш негласный девиз – это внимание и забота о клиенте. На этом строится вся работа. А добиться этого можно только сообща. Мы стараемся очень тщательно подбирать кандидатов в свою команду. К счастью, нам это удаётся.

Официальной датой открытия аэропорта Шереметьево считается 11 августа 1959 г. С этого же момента в аэропорту стали работать и медицинские сотрудники. Шаг за шагом шло формирование современной медсанчасти. Да, сегодня она другая. Но за эти годы пройден большой путь становления ведомственной медицины.

– Аэропорт – это особый объект, наверняка коллектив постоянно учится и умеет действовать, например, в случае возникновения внешних ситуаций?



мя коронавирусной инфекции именно аэропорты первыми встали на их пути. Как это происходило в Шереметьево?

– Шереметьево стал одним из первых аэропортов, внедривших услугу экспресс-тестирования на коронавирус. Всё было так чётко организовано, что за пару часов пассажиры перед рейсом проходили тест и получали результат. Так же слаженно велась работа по проверке прибывающих пассажиров. Всё проводилось в тесном взаимодействии с Роспотребнадзором. Все, кто после исследования имели показания о возможности инфицирования, изолировались и отправлялись в инфекционные стационары. А наши сотрудники были обеспечены средствами индивидуальной защиты – масками,

снова. А популяция людей уже новая, и иммунитета у них к нему нет. Безусловно, вирусы умеют адаптироваться. Расслабляться никогда нельзя.

Каждый день в аэропорт прилетают пассажиры из десятков государств мира и привезти с собой могут и экзотические инфекции. Может произойти вспышка. Надо быть готовыми действовать чётко и знать алгоритм защиты от инфекции пассажиров и персонала аэропорта.

– Дается ли сотрудникам выбор: обратиться в родную медсанчасть или пойти в районную поликлинику в Москве, Химках, Лобне?

– Да, выбор есть, но в большинстве случаев обходимся своими силами. Приём ведётся по 10 про-

– А есть ли в медсанчасти стационар кратковременного пребывания?

– Нет. У нас два хирурга выполняют амбулаторные операции, такие как вскрытие фурункулов, удаление липом и некоторые другие. Безусловно, они не сложные. Главное для нас – это профилактическая работа и консультативная помощь.

– Планируете ли расширить направления амбулаторной помощи или считаете, что пока это не нужно?

– Мы успешно работаем в штатном режиме и предлагаем условия, но, чтобы не отстать от прогресса, думаем и об инновациях. Совсем недавно расширили штат и взяли на работу эндокринолога. Перед этим пересмотрели программу добровольного медицин-

Наши интервью

Ирина Логинова:

Медслужба аэропорта Шереметьево готова к любым вызовам



– Да, это так. Наши сотрудники постоянно проходят обучение. Мы проводим полномасштабные учения с участием не только медперсонала, но и других служб аэропорта. Совсем недавно проходили такие учения с привлечением представителей Роспотребнадзора, карантинной службы и большого числа персонала аэропорта. Надо уметь действовать слаженно в чрезвычайной ситуации.

– Вы упомянули о тренингах, которые проводятся для исключения заноса опасных инфекций на территорию страны. Во вре-

перчатками, дезинфицирующими средствами для обработки рук. Эти два года пандемии были нелёгкими, но дали бесценный опыт по борьбе с инфекциями любого рода. Сегодня мы готовы к любым вызовам.

Мы понимаем, что полностью ликвидировать ни одну инфекцию, кроме оспы, пока не удалось. Тот же грипп обуславливается всё время новыми штаммами. Один исчезает, появляется другой, даже когда вырабатывается коллективный иммунитет, проходит 10-15 лет и прежний штамм возвращается

филям, направляем сотрудников и на лечение в клиники-партнёры по ДМС. Запись на приём пока только по телефону, но планируется внедрение личного кабинета на официальном сайте «Шереметьево Медицина» для возможности оформления услуг дистанционно.

– Финансирование медсанчасти осуществляет аэропорт или работаете в системе ОМС? Разрешено ли вам оказывать платные услуги и по ДМС?

– Конечно, нас финансирует наше акционерное общество. Но мы работаем и в системе ДМС. «Шереметьево Медицина» оказывает услуги высокого качества и на коммерческой основе, причём стоимость большинства из них ниже, чем в ближайших лечебных учреждениях Лобни и Зеленограда. Назову только некоторые: лабораторные исследования, первичный и повторный приём у специалистов.

– Аэропорт Шереметьево – международный, и порой медпомощь требуется иностранцам. Как поступаете в этом случае? Куда направляете их для получения экстренной помощи?

– В экстренных ситуациях мы опираемся на скорую помощь. Оказываем первичную помощь, а дальше «скорая» увозит больного в клиники Москвы. Выбор места зависит от профиля заболевания.

ского страхования, внесли некоторые изменения, и теперь в нашем, так сказать, медицинском пакете, в том числе и оказание услуг по приёму больных сахарным диабетом. Необходимая консультация и обследование сотрудников аэропорта входят в программу ДМС.

– Расскажите немного о себе. Вы давно пришли работать в медсанчасть аэропорта? И верите ли вы в будущее ведомственной медицины?

– Я окончила Тверскую государственную медицинскую академию. Трудовую деятельность начала в аэропорту Шереметьево более 16 лет назад после ординатуры, которую проходила в клинической больнице № 6 им. А.И.Бурназяна ФМБА России по специальности «профессиональная патология». Пришла сюда терапевтом, в 2006 г. стала заведующей терапевтическим отделением, а в 2021 г. – заведующей поликлиникой. В 2022 г. назначена на должность главного врача.

Отвечая на ваш второй вопрос, скажу: да, верю. Как говорил Н.И.Пирогов, будущее принадлежит медицине предупредительной. А ведомственная медицина даёт возможность предоставлять медицинскую помощь непосредственно на производстве. Чем раньше мы сможем выявить патологию, факторы риска развития заболеваний, тем эффективнее сможем помочь. Достаточно сказать, что в Шереметьево все работники обследуются с учётом условий их работы. То есть если существуют какие-то факторы, влияющие на здоровье сотрудников, они обязательно проверяются, проходят углублённое обследование именно по этому направлению. Это, если необходимо, даёт возможность назначить им лечение или рекомендовать перейти работу на другой участок работы, во избежание воздействия, негативно влияющего на их организм. И конечно, занимаемся формированием здорового образа жизни. Ведь самочувствие и состояние здоровья зависит не только от государственной политики в области здравоохранения, но и от каждого конкретного человека, его отношения к сохранению своего здоровья.

Беседу вел
Алексей ПИМШИН.



28 апреля 1898 г. в Москве появились первые две кареты для перевозки пациентов и бригадами в составе врача, фельдшера и санитаря. Сегодня на «скорых» работает более 10 тыс. врачей, 70 тыс. фельдшеров, 6 тыс. медицинских сестёр и братьев и более 44 тыс. водителей. Сохранение населения, здоровья и благополучия граждан является одной из национальных целей России, и скорая медицинская помощь играет большую роль в её достижении, сказал в своём приветствии участникам прошедшего XXII Всероссийского конгресса с международным участием «Скорая медицинская помощь – 2023» министр здравоохранения Михаил Мурашко.

На пути к централизации

За последние 20 лет сделано столько для становления здравоохранения в целом и для скорой помощи в частности, что трудно себе представить, отметил главный специалист по скорой медицинской помощи Минздрава России, ректор 1-го Санкт-Петербургского медицинского университета им. И.П.Павлова, председатель Российского общества скорой медицинской помощи Сергей Багненко. Грустные картины, когда бедный фельдшер где-то в сельской местности на разбитой машине пытается добраться до больного, теперь в прошлом. За счёт средств федерального бюджета в субъекты поставлено уже почти 13 тыс. автомобилей, а в течение 2023 г. их станет ещё на 2 тыс. больше. Только в период 2021-2023 гг. на эти цели выделено почти 23 млрд руб. Все машины обновлены и в новых регионах РФ.

Главный специалист особенно гордится тем, что столь кардинальные изменения происходят благодаря отечественному оборудованию. Прежде импортные шасси не выдерживали эксплуатации в российских условиях, но благодаря многолетней работе в этом направлении удалось создать отечественные машины, и они настолько лучше, что в службе ставят вопрос об изменении срока их эксплуатации с 5-летнего на 8-летний.

В 2022 г. количество выполненных вызовов составило 42,5 млн, это на 3 млн меньше, чем в 2021 г. (45,4 млн). Чем это вызвано, главный специалист пока не может объяснить. С одной стороны, рассуждает он, положительно сказываются активно проводимые поликлиниками профилактические и диспансерные мероприятия, благодаря которым количество острых ситуаций уменьшается. С другой стороны, здесь может сказываться дефицит кадров. Из общей цифры выездов на госпитализацию приходится только 12 млн, значит, остальные ограничиваются помощью на месте либо консультацией по телефону. «С этими 3 млн надо будет разбираться и смотреть, что нам говорит средняя многолетняя тенденция. Мы, конечно, за то, чтобы уменьшалось количество экстренных выездов, ведь оно по средним многолетним показателям в 2 раза выше, чем в европейских странах. Люди привыкли к тому, чтобы «скорая» приедет, и нередко обращаются к нам, вместо того, чтобы обратиться в поликлинику».

Количество врачей в службе СМП уменьшается. С одной стороны, считают её руководители, это правильно, врачи должны перемещаться на базу стационарных отделений скорой помощи, где они нужны больше. Лишь 20% выездных бригад должны оставаться врачевными. Сейчас в них заняты 8 тыс. врачей, а должно быть 1,5 тыс., считает С.Багненко. С другой стороны, приходится думать над тем, как компенсировать дефицит кадров. В 2022 г. появилось постановление Правительства РФ № 1448, которое определяет допуск выпускников медвузов не только к исполнению должности врача участковой терапии, но и врача выездной бригады СМП. Документ вызывает вопросы: «Если раньше

у нас был просто врач СМП, то теперь отдельной должностью выделен врач выездной бригады. Мы знаем, что это очень ответственное дело, потому что он один, и вот как допустить выпускника медвуза к исполнению этой должности?»

С другой стороны, выраженный дефицит надо преодолевать. «Сейчас в вузах, в частности у нас в университете, вставлены циклы на 5-6-м курсе по типу субординатуры, когда пятикурсники должны отработать в жёлтой зоне стационарного отделения СМП и увидеть этих экстренных больных, подежурить

в центр принятия решений и с его помощью принимал решение об эвакуации, либо сразу с места, где произошёл первый медицинский контакт, определял логику доставки больного или пострадавшего на нужный уровень – второй или третий. Это очень труднодостижимая задача, и она реализуема только в условиях единого центра».

Отдельно С.Багненко отметил усилия по созданию стационарных отделений СМП. На сегодняшний день уже более 20 таких отделений функционируют при крупных больницах, отдельных университетских

оказания скорой и неотложной медицинской помощи и действий бригад СМП на месте вызова, а также ввели индикаторы, по которым оценивается работа. Руководитель подстанции получает индивидуальный дашборд, который позволяет в режиме реального времени контролировать основные индикаторы, влияющие как на качество и доступность медпомощи, так и на обеспечение целевых условий труда сотрудников. Это даёт возможность легко проводить мониторинг, в полном объёме оценить работу структурного подразделения в

теперь переходят на универсальную укладку, размещение лекарственных препаратов, медицинских изделий будет стандартизировано, сообщил Н.Плавунов: «Все укладки у нас с августа будут абсолютно одинаковые, персонал может спокойно перейти из машины в машину и там ничего нового для себя не увидит. Аналогично мы сделали реанимационную укладку. Всё размещается в боксах, маркируется разным цветом для того, чтобы можно было быстро сориентироваться и применить для конкретного пациента».

Деловые встречи

Скорые перемены

Российской службе скорой медицинской помощи 125 лет



и попробовать оказывать им помощь, а на 6-м курсе перейти в состав бригады и начать ездить. Они все должны немножечко обкататься, чтобы прийти к выбору – идти участковым терапевтом или в СМП», – считает С.Багненко.

Определённые надежды возлагаются и на приказ Минздрава России № 206н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием», который вступит в силу с 1 сентября 2023 г. и заменит собой действующий приказ № 707н. Документ значительно расширяет возможности переобучения на программах профессиональной переподготовки по ряду специальностей, в том числе лица со специальными «лечебное дело» и «педиатрия» получают возможность замещать должности врача выездной бригады СМП.

Важнейшей и насущной задачей главный специалист называет централизацию службы, формирование единых центров СМП в субъектах РФ. С началом реформы количество станций и отделений СМП постепенно уменьшается, отмечает он, что говорит о централизации, их объединении в Единый центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф. Центральные диспетчерские в субъектах позволяют видеть всё, что происходит в любой точке и принимать решения об уровнях эвакуации. Такое управление на сегодняшний день уже организовано в Москве, Санкт-Петербурге, Севастополе.

Все эти преобразования направлены на достижение главной цели – чтобы уже в первые сутки больной был госпитализирован в учреждение уровня, которое соответствует его состоянию. Сейчас этого чаще не происходит. «Мы должны добиться того, чтобы в момент первого медицинского контакта врач или фельдшер СМП с помощью информационной системы сообщал данные о больном

клиниках. В этом направлении активно работают Санкт-Петербург, в котором появились первые такие отделения, и Москва, где построено 6 скоромощных стационарных комплексов. Эти структуры себя хорошо зарекомендовали в период распространения коронавирусной инфекции, и их опыт будет применяться повсеместно по всей стране. «Я ярый сторонник того, чтобы у нас современные приёмные отделения с возможностью сортировки диагностической линейки, быстрой постановки диагноза появились в каждом субъекте, как минимум в областной, краевой, республиканской больнице. Они позволяют принимать из ближайших районов больных и в круглосуточном режиме ставить диагнозы и оказывать помощь. Это веление времени», – сказал он.

Управление качеством: московский опыт

Среди коллег, особенно стационарного звена, есть предубеждение, что скорая помощь – этап транспортировочный. На самом деле современная скорая помощь – очень сложный технологический процесс, требующий максимальной мобилизации большого количества персонала и новых форм управления. Будучи самой большой и оперативной службой в Европе, московская «скорая» продолжает пополняться новыми подстанциями, современным оборудованием и инновациями в управлении, рассказал главный врач Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.Пучкова, главный специалист по СМП Департамента здравоохранения Москвы Николай Плавунов.

Чтобы контролировать эту работу, когда в отличие от больницы бригада работает на удалении и нельзя посмотреть на действия персонала, необходимо внедрять особые элементы управления качеством, и Москва этим активно занимается. Внедрили алгоритмы

любой период времени и изменить индикатор в лучшую сторону.

Чтобы сотрудники выполняли все манипуляции примерно одинаково, в московской СМП применили не новую, но очень эффективную методику – стандартную операционную процедуру. Разработали 41 СОП для наиболее часто применяемых медицинских манипуляций, а также актуальных клинических ситуаций. И даже пошли дальше – помимо текста внесли в технологическую карту инфографику для лучшего освоения материала и самоконтроля сотрудников. Такие визуализированные СОПы передадут также студентам медицинских колледжей.

Клинические рекомендации содержат огромный массив информации по оказанию СМП, полный текст которых сотрудникам было бы затруднительно усвоить. Поэтому в московской службе создали краткую современную рекомендацию. Документ прошёл соответствующую экспертизу и утверждён Департаментом здравоохранения, с 1 сентября будет внедрён в клиническую практику.

Обучение персонала рассматривают тоже как один из элементов управления. Создание образовательной корпоративной среды, в которой погружаются все сотрудники, является очень важным элементом дисциплины и контроля, качества оказания медицинской помощи. Такой средой стал лицензированный центр обучения с электронными ресурсами, каждый сотрудник имеет свой личный кабинет, в котором отражаются все образовательные активности, включая перманентное обучение и аккредитацию. По мере прохождения работником обучения вся информация уходит на портал НМО, а различные варианты контроля позволяют оценить состояние образовательного процесса. Ежегодно в центре проходят аккредитацию 2 тыс. человек.

До сегодняшнего дня укладки московских врачей СМП были сформированы по-разному, но

Стандартизация коснулась и эргономики и компоновки салона автомобиля. В рамках гранта правительства Москвы был разработан инновационный салон автомобиля СМП класса В как автономного лечебно-диагностического комплекса с телемедицинскими технологиями. Сейчас завершается разработка автомобиля класса С, который, как рассчитывают, к осени будет поставлен на колёса и выйдет на улицы столицы. Следующим этапом станет отработка технологий по наиболее оптимальной, эргономичной схеме работы с пациентом, когда тот находится в автомобиле.

Внедрили в практику удалённое консультирование. Городской консультативный центр анестезиологов-реаниматологов (Центр критических состояний) и на его базе Информационно-консультативный токсикологический центр – это такие посты, куда каждая бригада может обратиться по разным вопросам и получить второе мнение для правильного принятия решения.

Следующий важный момент в управлении и организации качества – это получение информации о пациенте. Бригада должна ехать на вызов готовой к нему. Для этого врачам предоставили возможность посмотреть в планшете всю историю болезни пациента. В них появился и функционал обращения к карте пациента в ЕМИАС, а также к дополнительной электронной медицинской информации. Кроме того, разработана и внедрена электронная форма передачи данных о пациенте, доставляемом в стационарный скоромощный комплекс. «Мы уже практически ушли от сопроводительного листа в стандартном понимании этого слова, сделали чек-лист для детей и для взрослых. После заполнения определённого количества параметров состояния здоровья пациента эта информация моментально уходит в приёмное отделение стационара, и уже наши коллеги видят, в каком состоянии он находится», – рассказал Н.Плавунов.

Все бригады обучают сортировке и другим необходимым действиям на месте вызова. Тем не менее всегда требуется человек, который в этом разбирается лучше других и может руководить действиями коллег на месте происшествия. Поэтому для реагирования на наиболее сложные клинические ситуации создана сеть бригад повышенной компетенции (автономный мобильный центр врачебной компетенции), они оснащены особой укладкой, устройствами для автоматических компрессий грудной клетки и пр.

Развитие информационных систем, внедрение новых, эффективных практик организации оказания СМП продолжится – всё это меняет её облик.

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 24 (2384)

(Продолжение. Начало в № 23 от 16.06.2023.)

1. Принцип раннего выявления психических расстройств.

Способность оказать своевременную психотерапевтическую и психиатрическую помощь на ранних этапах развития психических нарушений зависит от того, насколько быстро выявляются лица, пострадавшие в ходе чрезвычайной ситуации. Максимально раннее выявление лиц, не только с уже сформировавшимися психическими расстройствами, но и нарушениями субклинического уровня, предотвращает углубление психических расстройств и их хронификацию, способствует профилактике развития социальной дезадаптации. Раннему выявлению способствует и широкое информирование населения о причинах и клинических проявлениях ПТСР, об учреждениях, оказывающих медицинскую и психологическую помощь, о возможностях обращаться по телефонам горячей линии.

2. Принцип доступности медико-психологической помощи.

В условиях чрезвычайной ситуации (ЧС) резко увеличивается число нуждающихся в помощи при ограниченном количестве специалистов, способных оказать необходимую помощь. Целесообразно организовывать горячие линии. Куда могут обращаться как пациенты, так и специалист, получать психологическую помощь и информацию об организации медицинской и психологической помощи при ПТСР, учреждениях её оказывающих. При этом помощь должна носить не разовый, а постоянный характер с учётом возможности длительного течения психических расстройств. Наиболее оптимальной представляется организация медико – психиатрической (психиатрическая, психотерапевтическая, психологическая) помощи непосредственно по месту проживания населения, в данном случае на уровне территориальных поликлиник. Также могут быть организованы выездные формы оказания психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи.

3. Принцип комплексности в оказании медико-психологической помощи:

– сочетание психофармакотерапии и психотерапевтических методов в зависимости от характера психического расстройства и индивидуальных особенностей личности пациента;

– сочетание целостности и симптоматичности в использовании психотерапевтических вмешательств, то есть воздействие, с одной стороны, на отреагирование и проработку пережитых психотравмирующих событий, с другой стороны, направленное на устранение отдельных доминирующих психопатологических симптомов;

– привлечение врачей других специальностей для скорейшего выявления и лечения коморбидных соматических нарушений.

4. Принцип полипрофессионального подхода.

Наиболее эффективен полипрофессиональный подход к лечению пациентов с ПТСР. Медико-психологическая (психиатрическая, психотерапевтическая, психологическая) помощь оказывается пострадавшим при участии специалистов разных направлений – врачи общей практики, психотерапевты, психиатры, клинические (медицинские) психологи, социальные работники, медицинские сестры. Для оказания эффективной помощи важно проводить обучение специалистов – медицинских работников как профильных специальностей (психиатры, психотерапевты, медицинские психологи), так и врачей других специальностей. Это позволяет осуществить комплексный подход в решении проблем пациентов, имеющих психические расстройства и длительное время находившихся в условиях ЧС.

5. Принцип мобилизации копинг-стратегий.

Основная цель психотерапии лиц с ПТСР, длительное время находившихся в условиях ЧС, заключается в восстановлении удовлетворительного уровня функциони-

рования. Для этого необходимы некоторые дополнительные ресурсы «Я» или более гибкие эмоциональные, когнитивные и поведенческие реакции, позволяющие справиться с имеющимися последствиями психических травм и будущими стрессами. Важной составляющей в преодолении пережитых психотравмирующих событий являются убеждения и верования пациентов. Психотерапия и психологическая коррекция способствуют переосмыслению произошедшего и формируют основу для адаптивного разрешения психотравмирующей ситуации.

6. Принцип динамического сопровождения.

Очень часто пациенты с ПТСР прекращают посещение врача и/или приём ме-

Посттравматическое стрессовое расстройство

Клинические рекомендации

дикантов после некоторого улучшения состояния, что влечёт за собой обострение психопатологической симптоматики и ухудшение состояния. Как следствие, у пациентов появляется разочарование в проводимом лечении и снижается доверие к лечащему врачу. При организации психотерапевтической помощи на уровне первичного медицинского звена появляется возможность наблюдения за состоянием пациента в период посещения им поликлиники или во время патронажного медсестринского обхода.

7. Поддержка семьи и сообщества.

Выработка и обсуждение с близкими родственниками конкретных рекомендаций по тактике поведения с пациентами (проведение больше времени с ними, вовлечение их в общие семейные мероприятия, привлечение к совместной трудовой деятельности) помогает родственникам осознанно относиться к проблемам пациента и лучше организовать процесс взаимодействия. Вовлечение родственников в процесс оказания помощи пациентам, пережившим тяжёлые психические травмы, значительно снижает социальную их изоляцию, оптимизирует и ускоряет процесс социальной реабилитации.

Организационная модель оказания помощи пациентам с ПТСР

Организация помощи пациентам с ПТСР осуществляется в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия».

Большое внимание требует организация оказания помощи при масштабных и длительных ЧС, которые характеризуются большим числом одновременно пострадавших от психотравмирующих факторов и ограниченным числом специалистов, способных оказать медико-психологическую (психиатрическая, психотерапевтическая, психологическая) помощь на профессиональном уровне.

При масштабных и длительных ЧС рекомендовано учитывать следующие принципы организации эффективной медико-психологической помощи в целях обеспечения её доступности и эффективности:

1. Приблизённость – развёртывание сил и средств для оказания медико-психологической (психиатрическая, психотерапевтическая, психологическая) помощи непосредственно в очаге поражения или вблизи от него.

2. Неотложность – оказание помощи в наиболее ранние сроки для купирования острых психических нарушений и других видов патологии с целью предупреждения их дальнейшего развития.

3. Адекватность – обоснованный выбор методов и средств для эффективного воздействия на «симптомы» и «синдромы-мишени» с целью коррекции и лечения широкого спектра реакций и состояний.

4. Этапность – оказание помощи пострадавшим на всех этапах эвакуации по назначению.

5. Преемственность – непрерывность и единство методических подходов при проведении лечебно-профилактических мероприятий в очаге поражения, в ближайшие и отдалённые периоды после ЧС с целью купирования психолого-психиатрических последствий ЧС.

В амбулаторных условиях медицинская помощь пациентам с ПТСР оказывается в кабинете врача-психиатра (или в психотерапевтическом кабинете, или в кабинете медико-психологической помощи). При необходимости рекомендовано открытие временных кабинетов неотложной медико-психологической (психиатрическая, психотерапевтическая, психологическая) помощи с целью обеспечения её доступности и эффективности.

Основой кабинета является полипрофессиональный (бригадный) подход:

психиатр – психотерапевт – клинический психолог – социальный работник. В работе кабинета используются следующие принципы:

Принцип дестигматизации психиатрической помощи при работе с пострадавшими.

Принцип конструктивного сотрудничества.

Принцип разумной кооперации.

Принцип разумной продолжительности.

В работе центров психосоциальной реабилитации (в т.ч. и организованных непосредственно в зоне ЧС или военного конфликта), психотерапевтических центров, центров психического здоровья рекомендовано ориентироваться на этапность лечения и профилактики стрессовых расстройств силами комплексной бригады специалистов: психиатр и/или психотерапевт, клинический психолог, врачи общей практики, социальный работник.

1. Первый этап включает в себя мероприятия по предотвращению формирования ПТСР:

– обеспечение своевременной помощи населению (выявление случаев, требующих неотложной помощи и направление их в места оказания помощи);

– взаимодействие с другими специалистами, их обучение распознаванию и выявлению случаев острой реакции на стресс, ПТСР, расстройств адаптации с целью направления их к специалистам;

– лечение острой реакции на стресс, ПТСР, расстройств адаптации. Своевременное лечение предупреждает хронификацию болезненных состояний и формирование личностных изменений.

2. Второй этап включает проведение психофармакотерапии и психотерапии ПТСР и расстройств адаптации:

– диагностика ПТСР и расстройств адаптации;

– психофармакотерапия ПТСР и расстройств адаптации;

– психотерапия ПТСР и расстройств адаптации (групповая и индивидуальная терапия).

3. Третий этап состоит из комплекса мероприятий по психосоциальной реабилитации лиц с ПТСР:

– психодиагностика личностных изменений при хроническом ПТСР и расстройстве адаптации;

– психотерапия лиц с изменениями личности при ПТСР.

При оказании медико-психологической помощи в условиях ЧС рекомендуется соблюдение преемственности в её оказании по схеме «психолог немедицинского учреждения – медицинский психолог – врач-психотерапевт – врач-психиатр».

Необходимо широко информировать психологическое сообщество о необходимости своевременно направлять в медицинские учреждения граждан, нуждающихся в медико-психологической (психиатрическая, психотерапевтическая, психологическая) помощи.

Целесообразно проводить обучение среди психологов, информировать их о признаках постстрессовых нарушений, возможностях оказания помощи таким пациентам.

В условиях ЧС и военных конфликтов может рекомендоваться применение модели оказания помощи пациентам с ПТСР на уровне территориальной поликлиники, с активным использованием психотерапевтических кабинетов. У такой модели оказания медико – психологической помощи пациентам с ПТСР имеется ряд преимуществ:

– наличие готового пространства для приёма пациентов (в данном случае поликлиника);

– преодоление стигматизации по отношению к психиатрической службе, поскольку в организации этой помощи участвует и общемедицинская сеть;

– приближение психотерапевтической и психиатрической помощи непосредственно к месту жительства пациентов.

– возможность скрининга состояния пациентов в ходе первого контакта для выявления психопатологической симптоматики;

– возможность оказания комплексной медико-психиатрической помощи пациентам с ПТСР;

– формирование бригадного подхода в оказании помощи пациентам с ПТСР.

Для реализации такой модели требуется активное включение в работу психотерапевтических кабинетов в поликлинике, к которым прикреплен клинический (медицинский) психолог (в случаях, если в поликлинике нет такого кабинета – оперативное его открытие). При этих условиях становится возможным организация системы помощи, когда на каждом этапе маршрутизации специалисты могут адекватно оценить состояние пациента и оказать ему помощь в рамках собственной компетенции.

На первом этапе помощь оказывается врачами общемедицинской сети, когда в ходе первого контакта с пациентом выявляются признаки ПТСР. В случае выявления пациентов с признаком ПТСР, они направляются в кабинет врача-психотерапевта.

На втором этапе, в кабинете врача-психотерапевта, проводится углублённая диагностика состояния пациентов и оказывается специализированная психотерапевтическая помощь пациентам с ПТСР. Кроме того, в кабинетах психотерапии на уровне поликлиник реализуются и мероприятия по профилактике психосоматических и личностных нарушений у лиц, переживших стрессовые расстройства.

Третий этап помощи представлен кабинетом психиатра (различной территориальной и структурной принадлежности), куда направляются пациенты в психотическом состоянии, с грубыми поведенческими и интеллектуально-мнестическими нарушениями, нуждающимися в психофармакотерапии или в стационарной психиатрической помощи.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию

1. Наличие суицидального риска.

2. Наличие риска формирования злоупотребления ПАВ.

3. Необходимость изоляции от действия стрессового фактора.

4. Значительная выраженность психопатологических нарушений, требующая подбора фармакотерапии в стационаре.

5. Наличие коморбидных психических расстройств, требующих подбора медикаментозной терапии в стационаре.

6. Плохая переносимость медикаментозной терапии.

7. Отсутствие социальной поддержки, близких родственников.

Показания к выписке пациента из медицинской организации

1. Отсутствие суицидального риска.
2. Подбор адекватной и эффективной фармакотерапии.
3. Отсутствие выраженных нежелательных явлений.
4. Снижение уровня проявлений психопатологических нарушений.
5. Стабилизация психического состояния.
6. Стабилизация соматического состояния.
7. Отсутствие риска ухудшения состояния вне медицинского учреждения при отсутствии социальной поддержки, близкого окружения.

Организация оказания медико-психологической помощи военнослужащим, перенёсшим боевую психическую травму

У военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях (ветеранов), рекомендовано обращать внимание и активно выявлять признаки клинической картины ПТСР, соответствующие критериями диагностики 6B41 «Комплексного посттравматического стрессового расстройства» в МКБ-11 с целью повышения точности дифференциальной диагностики и выбора оптимальной стратегии терапии.

У ветеранов войн, наряду с симптомами повторного переживания травмирующего события, избегания стимулов, ассоциированных с травмой, и гиперреактивности, часто отмечаются стойкие изменения, которые традиционно относят к личностным чертам:

- выраженная изменчивость настроения с полярной экзотичной или дисфорической его окраской;

- сужение диапазона эмоциональных проявлений, склонность к приступообразным колебаниям витального тонуса с «трёхмерными» (тоска, злоба, страх) расстройствами эмоций;

- преобладание апатии, угрюмого настроения, отгороженности; тенденция воспринимать и оценивать окружающее с точки зрения потенциальной опасности, – лёгкость в этих обстоятельствах возникновения враждебности;

- готовность к импульсивному защитному реагированию и переключению на автоматическое стереотипное выполнение привычных в боевой обстановке действий в виде укрытия, избегания либо агрессии в отношении источника опасности;

- появление особой ранимости и чувствительности, повышенной чувствительности к несправедливости, лёгкость возникновения чувства вины перед боевыми товарищами;
- низкая восприимчивость к малозначимым раздражителям или обстоятельствам, требующим дополнительных психических затрат, в том числе регресс высших личностных свойств со снижением восприимчивости к чужим страданиям и смерти, уходом от решения нравственных проблем, облегчающих господство групповых ценностей;

- ослабление интрапсихической переработки впечатлений, снижение способности к вербализации впечатлений и переживаний.

Подобные эмоциональные изменения, особенности переживания значимых событий, коммуникации и системы ценностей образований формируются на фоне длительного воздействия боевых стресс-факторов и становятся своего рода приспособлением к реалиям жизни на войне. Наряду с общими психологическими характеристиками в каждом конкретном случае имеются и свои нюансы, что зависит от изначально присущих особенностей личности и конкретного содержания психотравмирующих обстоятельств. Однако приобретённые на войне условно адаптивные устойчивые личностные черты могут обуславливать дальнейшую социально-психологическую дезадаптацию ветеранов в условиях мирной жизни.

С военнослужащими, принимающими участие в боевых действиях или выполнении других оперативных задач, например миротворческих миссий, военным руководством, психологической и медицинской службой рекомендовано проводить мероприятия по первичной профилактике острых реакций на стресс, расстройств приспособительных реакций, которые повышают риск развития ПТСР.

Меры первичной профилактики включают реализацию мероприятий, предшествующих воздействию комплекса факторов боевой психической травмы:

- профессиональный отбор и динамическое наблюдение за военнослужащим на протяжении всей службы, особенно в период подготовки к выполнению военной миссии, позволяют выявить военнослужащих с начальными признаками дезадаптации;

- практически и психологически обоснованная военно-профессиональная подготовка, которая включает наряду с отработкой практических навыков ведения боя и боевого слаживания, навыки тактической медицины, а также усвоение знаний о причинах и особенностях боевого стресса и общих принципах оказания помощи;

- обучение командиров подразделений по вопросам влияния боевых стрессоров на боеспособность военнослужащих, распознавания стрессовых реакций и основных принципов оказания помощи в боевой зоне;

- усилия по созданию максимально приемлемых условий быта, гигиены, обеспечения водой и питанием, военного оснащения, а также уменьшение длительности воздействия боевого стресса, что подразумевает регулярную замену подразделений на передовой для перевода в тыл на отдых, укомплектование и обучение новым средствам и методам ведения боевых действий.

Первичная профилактика снижает субъективный травматический потенциал экстремальных событий на войне, повышает и сохраняет адаптивные способности в преодолении стресса, создаёт условия для реализации программы коррекции боевой психической травмы, позволяет активными действиями командования «управлять» интенсивностью стрессового влияния.

Замену личного состава на театре военных действий (ТВД) рекомендуют проводить не позже чем через 6 месяцев на передовой, а лучше каждые 3 месяца, в случае непрерывных боёв, например, в наступлении, окружении или при выполнении задач прикрытия отступления – через две недели, а при наличии больших потерь – даже спустя несколько дней.

Низкий уровень доказательности связан с минимально доступным количеством проведённых научных исследований, что объясняется крайней затруднительностью их проведения в условиях военных действий.

С военнослужащими, подвергшимися воздействию боевого стресса, рекомендуется проводить краткий разбор выполнения задачи командиром с целью снижения риска последующего развития ПТСР.

Данный вариант дебрифинга (leader-led after-action debriefing) в американской армии предлагается проводить командирам с военнослужащими без явных травм и ранений ещё до медицинской сортировки (leader-led after-action debriefing). При этом подчёркивается его отличие от психотерапии – он не нацелен на лечение психопатологических симптомов. То есть, это и методика психокоррекции, и средство первичной психопрофилактики. Лучше всего проводить данный разбор сразу после того, как подразделение вернулось в относительно безопасное место, «все удовлетворили физиологические потребности и уже не слышны возбудители». Подведение итогов после боя использует подход реконструкции событий и предлагает всем представить свои роли и восприятие всего, что случилось и что лучше соответствует ситуации, а когда люди демонстрируют эмоции командир и сослуживцы распознают и нормализуют их, предлагают обсудить их позже (потом на самом деле поддерживают нуждающегося в индивидуальном порядке) и далее восстанавливают последовательность действий всех, пока не будут изложены все факты. Однако, когда травмирующее событие может вызвать индивидуальную или коллективную вину, недоверие или гнев, командиру следует обратиться к специалисту по контролю над боевым стрессом – психологу или психиатру. Но в основном, хорошо проведённый дебрифинг командира может стать лучшим способом управления боевым стрессом.

Следует подчеркнуть, что это специфическая процедура дебрифинга, которая проводится руководителем, лидером профессиональной группы, после выполнения профессиональной задачи и содержит элементы социальной поддержки, она показана исключительно для ограниченного контингента лиц.

Низкий уровень доказательности связан с минимально доступным количеством научных исследований, что объясняется крайней затруднительностью их проведения в условиях военных действий.

В отношении военнослужащих, подвергшихся воздействию боевого стресса, в целях вторичной профилактики ПТСР и коррекции реакций боевого стресса целесообразно реализовать следующие организационные принципы:

- максимальная приближённость психиатрической помощи к линии фронта;
- стратегия безотлагательности и простоты лечебных мероприятий;
- прогностический оптимизм.

Такой прагматический подход стал стандартом оказания помощи при боевой психической травме и получил в американских полевых руководствах по контролю над боевым стрессом мнемоническую аббревиатуру BICEPS от английских слов кратковременная (Brief), незамедлительная (Immediate), централизованная (Central) или контактная (Contact), выжидательная (Expectant), проксимальная (Proximal), простота (Simple):

- краткость (Brief) – помощь, завершающаяся в пределах 12-72 часов;

- незамедлительность (Immediate) – начало её сразу, как только у солдата снижается боеспособность, а не после наступления общей дезадаптации;

- централизованность (Central) – осуществление помощи в определённом месте, отдельно от терапевтических и хирургических пациентов или контактность (Contact) – координацию контактов между солдатом и его подразделением и командирами с целью ориентации обеих сторон на коммуникацию, осознание и проявление взаимной необходимости с целью быстрой реинтеграции;

- выжидание (Expectant) – намерение при первой возможности вернуть солдата в строй,

- проксимальность (Proximal) – проведение коррекции максимально ближе к подразделению, в котором служит пострадавший;

- простота мероприятий (Simple) – использование принципа «здесь и сейчас» с акцентом на предоставление главным образом отдыха (сна), гидратации, питания, гигиены, обогрева, и без каких-либо замысловатых методов лечения.

Особенности протекания реакций боевого стресса и ПТСР у участников боевых действий, которые легли в основу организационных подходов к оказанию медико-психологической помощи на войне, были установлены эмпирически. С учётом современных представлений о патогенезе ПТСР можно предположить, что отказ от немедленной эвакуации при лёгких и умеренно выраженных стрессовых реакций и скорейшее возвращение в боевую обстановку оказывает положительное действие за счёт происходящей заново интеграции травматического опыта.

Многократно повторяющийся опыт оказания психиатрической помощи на войне демонстрирует, что невыполнение правил профилактики и коррекции боевого стресса безоговорочно ведёт к большим санитарным потерям в связи с психическими расстройствами и увеличению числа ветеранов с психическими нарушениями после войны, тогда как простое следование принципам оказания психиатрической помощи на войне обеспечивает быстрое снижение безвозвратных потерь, и в целом санитарных потерь психиатрического профиля, и способствует снижению числа психических нарушений в отдалённом периоде.

Низкий уровень доказательности связан с минимально доступным количеством проведённых научных исследований, что объясняется крайней затруднительностью их проведения в условиях военных действий.

В отношении военнослужащих, подвергшихся воздействию боевого стресса, в целях успешной вторичной профилактики ПТСР и коррекции реакций боевого стресса, рекомендовано осуществлять медицинскую сортировку с проведением лечебно-профилактических мероприятий на разных этапах медицинской помощи исходя из установленного уровня нарушений психической деятельности.

Условием эффективности оказания психиатрической помощи военнослужащим, подвергшимся воздействию боевого стресса, является осуществление в войсковом звене медицинской сортировки по уровневому принципу (предболезненный, пограничный, психотический) и по предполагаемой длительности дезадаптации с выделением трёх групп пострадавших:

1-я группа (кратковременно выбывшие из строя) – эти военнослужащие переносят предболезненные, чаще всего синдромаль-

но незавершённые нарушения адаптации или реакции на стресс, которые при своевременной поддержке имеют транзитный, очень кратковременный характер. Помощь этой категории пострадавших военнослужащих следует оказывать на 1-м этапе психиатрической помощи – в непосредственной близости от своих воинских подразделений на основе принципов BICEPS. Подлежат возврату в свои подразделения в срок до суток.

2-я группа (уже представляет собой санитарные потери) – это пострадавшие с кратковременными стрессовыми реакциями, нуждающиеся в лечении до 5-7 суток и получающие помощь на 2-м этапе психиатрической помощи – силами групп психического здоровья (ГПЗ), приданных лечебным учреждениям, дислоцированным в зоне боевых действий (например, медицинский отряд специального назначения, МОСН). Помощь им оказывается также на основе принципов BICEPS.

3-я группа (санитарные потери) – это военнослужащие с затяжными и тяжёлыми психическими расстройствами, нуждающиеся в более длительном стационарном лечении и эвакуации на последующие этапы – в психиатрические отделения военных госпиталей или, в крайнем случае и при большей доступности, в ближайшие гражданские психиатрические стационары.

Следует стремиться, чтобы все пострадавшие психиатрического профиля проходили 1-й этап медицинской помощи – диагностику и психокоррекцию непосредственно в своих частях и подразделениях или медицинских подразделениях вблизи передовой. В зависимости от конкретной ситуации это могут быть группы медико-психологического сопровождения (ГМПС), имеющими в своём составе психиатра/психотерапевта и медицинского психолога, и даже медицинские роты или медицинские пункты, но для этого критически важным становится наличие хотя бы краткосрочной подготовки (например, в рамках курса тактической медицины) военных врачей или фельдшеров по военной психиатрии – военнослужащих врачей-психиатров в войсковом звене в настоящее время не предусмотрено. Такой подход позволяет уже в войсковом звене осуществлять прогностическую сортировку на основе оценки степени нарушения боеспособности и определения её вероятной длительности.

Лечение военнослужащих, подвергшихся воздействию боевого стресса, на 1-м и 2-м этапах медицинской эвакуации (в войсковом звене медицинской помощи) с целью вторичной профилактики ПТСР, рекомендовано проводить с акцентом на предоставление безопасности, отдыха, сна, питания, с минимальным использованием лекарственных средств и ограниченным применением краткосрочных методов психотерапии.

На 1-м этапе сортировки следует насколько можно избегать установки диагноза, так как здесь нет специалистов-психиатров, нет времени на дифференциальную диагностику, нужно избежать стигматизации и идентификации пострадавшего с ролью пациента. На 1-м этапе лечение должно быть простым и кратковременным. Купируется возбуждение. Обязательно обеспечить сон, так как его восстановление оказывается необходимым условием обратного развития многих реакций не стресс и почти всегда – реакций предболезненного уровня. Задачей лекарственной терапии является обеспечение эвакуации пациентов с тяжёлыми психическими расстройствами. Психотерапия возможна, если потери невелики и число пострадавших, поступающих на этапы эвакуации, очень небольшое. Важной составляющей помощи является выявление признаков черепно-мозговой травмы и мониторинг состояния контуженных. Появление аннотации, признаков даже лёгкой спутанности или любого ухудшения физического или психического состояния контуженного, требует немедленной эвакуации, так как при отсутствии лечения быстро может наступить угнетение сознания и остановка дыхания. Решение об эвакуации на 2-й этап психиатрической помощи принимается, только если спустя сутки или двое у военнослужащего сохраняются выраженные симптомы реакции на стресс, расстройства адаптации или имеются признаки контузии и, самое главное, явно нарушена боеспособность.

(Окончание следует.)

По определению Международной ассоциации по изучению боли (IASP) (IASP Task Force on Taxonomy), боль – это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с реальным или потенциальным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения.

Во многих случаях именно боль, а не вызывающий её основной патологический процесс, является причиной тяжёлого состояния больного. Больные, страдающие хроническими болевыми синдромами, часто становятся инвалидами, порой в расцвете лет, замыкаются на своих переживаниях, обособляются от общества и семьи. Такая боль называется патологической, она делает людей нетрудоспособными, снижает их активность, вызывает психосоциальные расстройства, приводит к регионарным и системным нарушениям микроциркуляции, является причиной вторичных депрессий и нарушения деятельности висцеральных систем. Патологическая боль часто приобретает статус хронической самостоятельной болезни.

На протяжении многих десятилетий нейрохирурги ведут целенаправленный поиск наиболее простых, эффективных и безопасных операций, которые могли бы избавить человека от боли в тех случаях, когда не помогает консервативное лечение.

Выбор метода хирургического лечения должен основываться на тщательном анализе структуры болевого синдрома, что подразумевает его патогенетическую основу.

Ясному пониманию механизмов формирования различных болевых синдромов и выбору адекватного лечения служит патогенетическая классификация, согласно которой боль можно представить как нейрогенную (нейропатическую), ноцицептивную (соматогенную) и психогенную.

Нейрогенные (нейропатические) болевые синдромы формируются при непосредственном повреждении периферических (периферическая нейрогенная боль) или центральных (центральная боль) структур ноцицептивной системы и формировании в них стойких агрегатов гиперактивных нейронов. Это может быть результатом дисфункции самой нервной клетки или аксона вследствие компрессии, воспаления, травмы, метаболических и сосудистых изменений, нарушений периферической иннервации или дегенеративных процессов.

Вне зависимости от этиологии развитие нейрогенного болевого синдрома, как правило, происходит не сразу, а через какое-то время после патогенного воздействия, например травмы. Иногда отсро-

ченное возникновение болевого синдрома происходит через 2-3 года после поражения образований ноцицептивной нервной системы.

На клинических базах кафедры нейрохирургии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования прооперировано более 300 больных с нейрогенными болевыми синдромами. Проведены фундаментальные исследования, включающие экспериментально-морфологические и клинические данные. Анализ клинического материала показал, что нередко больные с тяжёлым болевым синдромом длительное время (годы) получают

нейшем формируются явления вторичной гипералгезии, связанные с сенситизацией, главным образом 2-го чувствительного нейрона (центральная сенситизация). При этом происходит увеличение его спонтанной активности, генерируются более продолжительные по времени высокочастотные разряды на повторную стимуляцию С-афферентов. Усилено поступление ионов кальция в клетку (явление эксайтотоксичности), что приводит к развитию её длительной, устойчивой деполяризации и экспрессии генов раннего реагирования. Это изменяет метаболизм нейрона и рецепторный состав его мембраны.

Проблемы и достижения нейрохирургии

Нейрогенные болевые синдромы

Этиопатогенетический подход к лечению

неадекватное лечение, как консервативное, так и хирургическое. Несмотря на отсутствие эффекта от консервативной терапии, больного продолжают лечить на протяжении месяцев и лет. Проводят различные неоднократные противоболевые операции, не приносящие результата. В абсолютном большинстве случаев неправильная тактика ведения больных с нейрогенными болевыми синдромами связана с недооценкой патогенетических предпосылок его возникновения. Всё это побудило нас усовершенствовать классификацию нейрогенных (нейропатические) болевых синдромов, что делает возможным чёткое определение показаний к патогенетически обоснованным противоболевым операциям при каждом виде фармакорезистентного нейрогенного болевого синдрома. Критерием фармакорезистентности является неэффективность приёма различных анальгетиков, антидепрессантов и антиконвульсантов в течение 3-6 месяцев.

В структуре нейропатических болевых синдромов нами были выделены следующие формы: компрессионные; деафферентационные; смешанные.

Компрессионные нейрогенные болевые синдромы в абсолютном большинстве случаев связаны с компрессией нервных структур, в которых имеется ноцицептивное представительство. При достаточно длительном воздействии на ноцицепторы в зоне раздражения возникает явление первичной гипералгезии, сенситизация неинкапсулированных окончаний А- и С-нервных волокон под действием так называемых алгогенов. В даль-

Таблица 2
Анализ распространённости радикулопатии с болевым синдромом у пациентов при дискорадикулярном конфликте

| Автор | Распространённость радикулопатии с болевым синдромом у пациентов при дискорадикулярном конфликте, % |
|-----------------------------|---|
| P.Korovessis et al., 2012 | 24,6% |
| K.Konstantinou et al., 2008 | 9,9-25% |
| E.Casey et al., 2011 | 9,8% |
| A.Schoenfeld et al, 2012 | 4,86% |
| В.Нинель, 1994 | 17,9% |
| А.Никитин, 2016 | 10% |

ственно, или опосредованно через мозговую ткань компримирует корешок тройничного нерва. Устранение компрессии, то есть удаление опухоли, способствует регрессу болевого синдрома.

Причиной НТН при опухолях мостомозжечкового угла является прямое или опосредованное механическое воздействие прилежащей опухоли на корешок тройничного нерва (табл. 1).

На клинических базах кафедры нейрохирургии РМАНПО выполнено хирургическое лечение у 84 больных с НТН и опухолями мостомозжечкового угла. Длительность болевого синдрома составляла от месяца до 20 лет. Все пациенты принима-

И наконец, в нейрохирургической практике нередко встречаются туннельные нейрогенные болевые синдромы, патогенез которых обусловлен компрессией нервных стволов на уровне их прохождения через анатомически «узкие» места. Декомпрессия нервных стволов на уровне туннеля способствует избавлению от боли. Применение интраоперационного нейрофизиологического мониторинга в хирургии периферических нервов предоставляет объективную информацию об адекватности выполненной декомпрессии нерва, позволяет определить локализацию, протяжённость и причины функционально значимой ком-

Таблица 3

Анализ результатов DREZ-операции в лечении деафферентационного болевого синдрома

| Авторы | Вид операции | Количество пациентов | Эффективность операций в раннем послеоперационном периоде, % | Эффективность операции в отдалённом периоде, % |
|-----------------------------|------------------------|----------------------|--|--|
| Nashold BS et al., 1977 | DREZ | 21 | | 67 |
| Nashold BS et al., 1988 | DREZ | 256 | 92 | 69 |
| O.Dreval et al., 1993 | Сулькомиелотомия, DREZ | 124 | 96 | 87 |
| Sindou MP et al., 2001 | DREZ | 55 | 94 | 72 |
| J.Bonica, 2001 | DREZ | 52 | 70,8 | 62 |
| Chen HJ et al., 2006 | DREZ | 60 | 80 | 75 |
| Zhang Xiao-hua et al., 2018 | DREZ | 23 | 90 | 74 |
| O.Dreval et al., 2020 | Сулькомиелотомия, DREZ | 278 | 96 | 84 |

Таблица 1

Анализ результатов хирургического лечения пациентов с тригеминальной невралгией

| Автор | Количество оперированных пациентов | Опухоли мостомозжечкового угла (количество пациентов) | Вид опухоли (количество пациентов) |
|--------------------------|------------------------------------|---|---|
| A.Revilla et al., 1947 | 473 | 24 (5,1%) | невриномы – 11 (46%) эпидермоиды – 9 (38%) менингиомы – 4 (16%) |
| T.Fukushima et al., 1991 | 1257 | 9,5% | |
| F.Barker et al., 1996 | 1211 | 2,1% | чаще обнаруживались менингиомы, акустические невриномы и эпидермоиды |
| F.Barker et al., 2001 | 232 | 1,7% | менингиомы – 4 (40%) невриномы – 11 (22%) эпидермоиды – 9 (38%) |
| H.Kobata et al., 2003 | 515 | 51 (9,9%) | менингиомы – 16 невриномы – 7 эпидермоиды – 28 |
| Григорян и др., 2010 | 211 | 21 (10%) | менингиомы – 12 невриномы – 3 эпидермоиды – 6 |
| Ю.Шулев, 2010 | 242 | 14 (5,7%) | менингиомы – 3 невриномы – 1 эпидермоиды – 9 липомы – 1 |
| Д.Рзаев и др., 2017 | 205 | 27 (13,2%) | менингиомы – 14 невриномы – 13 |

ли противосудорожный препарат. Полный регресс тригеминальной невралгии в ближайшем послеоперационном периоде отмечен у 83 пациентов, а в одном наблюдении эпидермоидной опухоли для устранения сохраняющихся в течение недели интенсивных пароксизмов боли проведена чрескожная радиочастотная тригеминальная ризотомия. В течение последующих 2-10 лет (средний срок наблюдения – 5 лет) продолженного роста опухолей мостомозжечкового угла и рецидивов тригеминальной невралгии не выявили.

Другим примером наиболее часто встречаемого компрессионного нейрогенного болевого синдрома является дискорадикулярный конфликт. Наверное, это самое распространённое нейрохирургическое заболевание, в основе которого лежит дегенеративный процесс в позвоночнике, формируется грыжа межпозвонкового диска, сдавливающая спинно-мозговую корешок. Анализ распространённости радикулярной боли у пациентов с дискорадикулярным конфликтом отражён в таблице 2. Устранение причины компрессии, то есть удаление грыжи диска, избавляет от боли. По данным авторов, регресс корешкового болевого синдрома наблюдается у 56-88% пациентов, к прежней работе возвращаются 44-100% оперированных больных.

прессии непосредственно в ходе оперативного вмешательства.

Деафферентационные болевые синдромы. Наиболее тяжёлые нейрогенные болевые синдромы связаны с процессами периферической денервации (деафферентационные болевые синдромы), что приводит к фенотипическим перестройкам и в вышележащих отделах нервной системы. Концепцией, объединяющей формирование нейрогенных болевых синдромов, является патофизиологическая теория генераторных и системных механизмов. Базисными понятиями данной теории являются генератор патологически усиленного возбуждения и патологическая алгическая система.

Классическим примером деафферентационного болевого синдрома является травматическое повреждение плечевого сплетения, когда в результате тяжёлой тракционной характера травмы корешки вырываются из спинного мозга в проекции задней боковой борозды с повреждением структур заднего рога. Единственным методом избавления больного от тяжёлого деафферентационного болевого синдрома является DREZ-операция (Dorsal Root Entry Zone) – деструкция (сулькомиелотомия) входных зон задних корешков.

Эффективность DREZ-операции в лечении нейрогенного деаф-

ферментационного синдрома, по данным разных авторов, составляет 75-95%. Анализ результатов DREZ-операции в лечении деафферентационного болевого синдрома приведён в таблице 3.

Другие противоболевые операции при деафферентационном нейрогенном болевом синдроме, такие как невролиз первичных и вторичных стволов плечевого сплетения, эпидуральная хроническая электростимуляция, хордотомия, экстралемнисковая миелотомия и т.д. эффекта не имеют.

Смешанные болевые синдромы. В клинической практике часто приходится сталкиваться с болевыми явлениями, имеющими признаки и компрессионного, и деафферентационного болевых синдромов, то есть формирование смешанной формы нейрогенного болевого синдрома. Например, рост опухоли приводит к компрессии ноцицепторов, а прорастание ею нервных стволов формирует деафферентационную боль.

Смешанные нейрогенные болевые синдромы могут формироваться при неполных повреждениях нервов и сплетений (как правило, на постганглионарном уровне), болевом синдроме культи, фантомно-болевым, спастико-болевым синдромах, межрёберной невралгии, постмастэктомическом болевом синдроме и других патологиях.

В области поражения формируются зоны демиелинизации и регенерации нервов, невромы. Нервные клетки дорзальных ганглиев, связанные с повреждёнными аксонами, являются источниками эктопической активности.

При смешанных нейрогенных болевых синдромах первым этапом рекомендовано проведение хронической стимуляции спинного мозга с целью подавления патологической активности в ноцицептивной системе. В тех же случаях, когда эффекта нет или через непродолжительный период времени происходит рецидив боли, возникают абсолютные показания к деструктивным операциям.

Достаточно часто смешанные нейрогенные болевые синдромы отмечаются при постганглионарных поражениях сплетений и нервов. В этих случаях показана противоболевая операция: ризомиелотомия входной зоны задних корешков. Техника операции заключается в клиновидном иссечении дорзальных корешков на уровне сегментов спинного мозга, заинтересованных в болевом синдроме, в глубину задней боковой борозды с деструкцией апикальных отделов задних рогов, там, где представлен генератор патологически усиленного возбуждения.

В хирургии нейрогенных болевых синдромов должен использоваться патогенетический подход к выбору метода лечения. Распределение их на компрессионные, деафферентационные и смешанные формы позволяет определиться в выборе метода операции и избежать тактических ошибок. Помимо этого, такой подход даёт возможность избавить больных от необоснованно длительных страданий. Отмечена высокая эффективность DREZ-операции при преганглионарных и постганглионарных поражениях. Применение патогенетически обоснованного алгоритма лечения нейрогенных болевых синдромов позволяет добиться стойкого регресса болевого синдрома, восстановить социальную адаптацию, улучшить эмоциональный фон пациента, в некоторых случаях восстановить их работоспособность.

Олег ДРЕВАЛЬ,
профессор.

Кристина ЛЮБИМАЯ,
кандидат медицинских наук.

Алексей КУЗНЕЦОВ,
кандидат медицинских наук.

Ольга МУХИНА,
кандидат медицинских наук.

Иракий ЦУЛАДЗЕ,
профессор.

Юрий ГРИГОРЯН,
профессор.

Российская медицинская
академия непрерывного
профессионального
образования.



Москва.

Новые подходы

Биобанк открыт круглосуточно

Собрание биологических образцов наследственных болезней – инструмент медицины будущего

В Санкт-Петербурге прошёл научный форум «Генетические ресурсы России», в рамках которого речь шла, в частности, о применении генетических коллекций в фундаментальной науке и клинической медицине.

Директор Медико-генетического научного центра им. Н.П.Бочкова, главный специалист по медицинской генетике Минздрава России, академик РАН Сергей Куцев рассказал о результатах реализации проекта по созданию сетевого центра коллективного пользования «Всероссийская коллекция биологических образцов наследственных болезней».

– Удалось значительно расширить биобанк как образцов крови и ДНК от пациентов с редкими и ультраредкими заболеваниями, так и клеточных культур, включая культуры кожных фибробластов, миоцитов, клеток уринального эпителия почечных канальцев. В частности, коллекция культур кожных фибробластов увеличилась более чем в 6 раз, пополнившись сотнями образцов с различными подтверждёнными диагнозами на-



следственных патологий. Существенно увеличилась коллекция производных первичных клеточных культур, включающая индуцированные плюрипотентные стволовые клетки, лёгочные и кишечные органоиды, клетки-предшественники гепатоцитов. Эти культуры активно применяются в фундаментальных и прикладных научных проектах по изучению природы моногенной патологии у человека и её эпиде-

миологии, – сообщил академик.

О том, насколько широка сфера использования биоресурсных коллекций, можно судить уже по направлениям работы самого МГНЦ. Здесь таргетное секвенирование РНК проводится для анализа патогенности вариантов нуклеотидной последовательности. Исследуются молекулярные механизмы патогенности сплайсинговых вариантов в гене DMD на биоматериале пациентов с дистрофиями.

Выполняется функциональный анализ метаболизма в клеточных культурах пациентов с витамин D-зависимым рахитом. Сотрудники центра им. Н.П.Бочкова, специализирующиеся в разделе «эпигенетика», имеют достижения в изучении генетических, но не

наследственных новообразований у детей.

Направление, получившее особую известность в последние годы, – селективный скрининг спинальной мышечной атрофии (СМА) – также предполагает задействование ресурсов биобанка и пополнение его новыми образцами. Большой и перспективный раздел – редактирование генома, где без применения клеточных культур просто невозможно обойтись. В частности, на конференции было заявлено, что российские учёные с помощью клеточных линий биобанка уже занимаются разработкой технологий генной терапии муковисцидоза, и здесь видны обнадеживающие перспективы.

Главный генетик Минздрава России отметил, что образцы биологической коллекции уже используются и далее ещё активнее будут применяться не только в научных лабораториях, но и в практическом здравоохранении для диагностики, персонализированного лечения наследственных заболеваний и оценки эффективности таргетной терапии.

Елена ЮРИНА.

Современные технологии

Стимуляция для реабилитации

Восстановить функцию движения после перенесённых мозговых катастроф, а также при тяжёлых неврологических заболеваниях – одна из сложнейших задач как для науки, так и для медицины.

Двигательные нарушения в этих случаях обусловлены тем, что в результате повреждения тканей мозга нарушается связь между этапами процесса, ведь каждое движение человека – это результат мгновенной, но при этом последовательной и слаженной работы ЦНС. Сначала мозг строит воображаемую модель движения, затем передаёт сигнал моторным нейронам, а они в свою очередь вызывают сокращения мышц. Когда эти связи нарушены, движение либо невозможно, либо затруднено.

Традиционные методы реабилитации пациентов построены на том, чтобы для начала натренировать представление о движении без его совершения и, наоборот, – совершать движения с помощью врача или экзоскелета, а уже затем на-

ладить в мозге связь между этими процессами.

Параллельно изучается влияние транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС, метод стимуляции нервных клеток головного мозга с помощью магнитного поля) на двигательную активность. Так, группа исследователей из Балтийского федерального университета им. Иммануила Канта (Калининград) и Нижегородского государственного университета им. Н.И.Лобачевского показала, что магнитная стимуляция дорсолатеральной префронтальной коры – той области головного мозга, которая ответственна за внимание, рабочую память и планирование, помогает улучшить контроль движений.

В научном исследовании приняли участие 30 здоровых добровольцев. Им предложили представить, как они сжимают кулак. При этом половине испытуемых в это время прикладывали к лобной области слева (проекция дорсолатеральной префронтальной коры) магнитную установку, которая возбуждала нейроны части мозга, управля-

ющей высшими когнитивными функциями – вниманием, рабочей памятью, планированием и др. Второй половине участников также прикладывали установку ТМС, но на самом деле префронтальную кору не возбуждали. Сами члены команды для чистоты эксперимента не знали, в какой они группе, это позволило исключить эффект плацебо. Параллельно всем испытуемым проводили электроэнцефалографию, которая отражает активность разных зон мозга.

Результаты исследования показали, что магнитная стимуляция левой дорсолатеральной части коры головного мозга активизирует затылочный тета-ритм – специфический тип мозговой активности, который связан с обработкой информации, восприятием движения и сенсомоторной интеграцией, а также позволяет увеличить скорость совершения человеком воображаемого движения. У тех, кому ТМС не проводилась, а только имитировалась, результативность в сжатии-разжатии кулака не улучшилась. Таким образом, в

сравнении с обычными способами нейрореабилитации очевидны потенциальные преимущества транскраниальной магнитной стимуляции для улучшения моторных навыков у людей с нарушениями движения после инсульта и при болезни Паркинсона.

– Тренировки с применением интерфейса «мозг – компьютер», в основе которого принцип воображения движений, являются эффективным подходом в восстановлении пациентов с нарушениями двигательных функций. Мы видим два основных направления применения эффектов ТМС: в современных протоколах нейрореабилитации пациентов и для тренировок спортсменов, чтобы улучшить сфокусированность их мозга на определённой активности», – говорит руководитель научного проекта, ведущий научный сотрудник университета им. Иммануила Канта, доктор физико-математических наук Семён Куркин.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Особые условия

Серебряная пуля для бактерии

Ещё недавно исследователей, которые предлагали использовать ионы серебра в изделиях медицинского назначения, подвергали осмеянию, их относили к категории фантазёров-самозванцев, фактически приравнивали к знахарям, которые путаются под ногами у «большой фармы». В настоящее время наночастицы этого металла уже официально применяют при разработке перевязочных и стоматологических материалов, катетеров и иных имплантируемых конструкций.

В Тверском государственном университете решили на основе наночастиц и нанокластеров се-

ребра создать антибактериальные гели. Для получения нужных «драгоценных» объектов задействовали так называемые зелёные технологии. Авторы проекта экспериментально доказали, что полученные структуры в 100 раз лучше, чем другие известные препараты на основе серебра, подавляют рост антибиотико-резистентных бактерий Acinetobacter и Pseudomonas и в то же время не оказывают токсического эффекта на клетки человека.

В чём секрет такой эффективности? Как пояснили разработчики, обычно для синтеза наночастиц серебра берут токсичные реактивы и стабилизаторы, в результате чего получаемые антибактериальные

структуры могут оказаться небезопасными для человека. В данном случае вредные реактивы заменили на нейтральные серосодержащие аминокислоты, которые присутствуют в организме человека, то есть не могут навредить. К тому же эти молекулы оказались поистине бесценными, так как выполняли одновременно три функции: восстанавливали чистое серебро из его солей, служили гелеобразующим и стабилизирующим агентом.

Собственно антибактериальную активность полученного геля испытывали, нанеся его на колонии бактерий группы ESKAPE – высоковирулентных, устойчивых к антибиотикам и вызывающих внутрибольничные инфекции. По ре-

зультатам эксперимента оказалось, что новый антибактериальный гель значительно лучше, чем другие известные препараты на основе серебра, подавляет не только рост бактерий, но и образование биоплёнок, усложняющих лечение заболеваний.

Нетоксичность и безопасность «серебряного» антибактериального геля подтвердили в исследованиях с культурами клеток человеческих тканей. Благодаря этому свойству, предполагают тверские учёные, можно будет использовать разработанные ими гели в создании препаратов для лечения острых и хронических, а также внутрибольничных бактериальных инфекций.

Елена СИБИРЦЕВА.



Конкурс

Поздравляем победителей!

(Окончание. Начало на стр. 3.)

3-е место – Тивон Я.В., врач-кардиолог ГУЗ ВО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25» (Волгоградская область)

Номинация «Лучший стоматолог»

1-е место – Микрюков В.В., врач стоматолог-ортопед ФГБУЗ «Клинический центр стоматологии Федерального медико-биологического агентства»

2-е место – Косёнова Е.В., врач стоматолог-терапевт БУЗ ВО «Воронежская стоматологическая поликлиника № 6» (Воронежская область)

3-е место – Луцук С.А., врач стоматолог-хирург ГАУЗ «Кузбасская клиническая стоматологическая поликлиника» (Кемеровская область)

Номинация «Лучший санитарный врач»

1-е место – Бурдинская Е.Н., врач-эпидемиолог ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Амурской области» (Амурская область)

2-е место – Штейнке Л.В., врач-эпидемиолог, БУЗ «Воронежский областной клинический центр профилактики и борьбы со СПИДом» (Воронежская область)

3-е место – Кравченко Е.И., врач-эпидемиолог, заместитель главного врача по эпидемиологической работе ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства»

Номинация «Лучший военный врач»

1-е место – Папков А.Ю., офицер врач-эксперт, Главное военно-медицинское управление Министерства обороны РФ

2-е место – Забродский А.Н., военный хирург, Филиал № 1 ФГБУ «3-й Центральный военно-клинический госпиталь им. А.А.Вишневского» Министерства обороны РФ

3-е место – Мурынин В.А., начальник медицинской службы полка (бригады, дивизии) ФГБУ «1472 ВМКГ» Министерства обороны РФ

Номинация «Лучший врач лабораторной диагностики»

1-е место – Мункоева Д.М., врач клинической лабораторной диагностики, ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А.Семашко» Министерства здравоохранения Республики Бурятия (Республика Бурятия)

2-е место – Веснина Н.В., врач клинической лабораторной диагностики, БУХМАО – Югры «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» (Ханты-Мансийский автономный округ – Югра)

3-е место – Лапин С.В., врач клинической лабораторной диагностики, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова» Министерства здравоохранения РФ

Номинация «Лучший врач-эксперт»

1-е место – Ибрагимов М.М., врач судебно-медицинский эксперт, ГКУ «Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Чеченской Республики» (Чеченская Республика)

2-е место – Пашовкина О.В., врач-патологоанатом ФГБУ «Клиническая больница № 1» Управления делами Президента РФ

3-е место – Шаповалов К.А., врач-статистик ГБУЗ «Сыктывкарская детская поликлиника № 3» (Республика Коми)

Номинация «Лучший инфекционист»

1-е место – Зернина М.Г., врач-инфекционист ГБУЗ «Пермская краевая клиническая инфекционная больница» (Пермский край)

2-е место – Дубова Л.В., врач-инфекционист ГБУЗ «Специализированная клиническая инфекционная больница» Министерства здравоохранения Краснодарского края (Краснодарский край)

3-е место – Гималиева Г.Г., врач-дерматовенеролог, БУ «Республиканский кожно-венерологический диспансер» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (Чувашская Республика)

Номинация «Лучший онколог»

1-е место – Рыскаль О.В., врач детский онколог ГБУЗ «Краевая детская клиническая больница» (Пермский край)

2-е место – Кожанов Л.Г., врач-онколог ГБУЗ «Городская клиническая онкологическая больница № 1 Департамента здравоохранения города Москвы» (Москва)

3-е место – Коваленко А.Ю., врач-радиотерапевт ГУ «Луганский республиканский клинический онкологический диспансер» (Луганская Народная Республика)

Номинация «Лучший невролог»

1-е место – Суворов А.В., врач-невролог ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь им. П.В.Мандрыка» Министерства обороны РФ

2-е место – Леонтьева Е.В., врач-невролог ГУЗ «Краевая детская клиническая больница» (Забайкальский край)

3-е место – Андросова В.В., врач-невролог ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода» (Белгородская область)

Номинация «Лучший психиатр»

1-е место – Пермьякова Н.В., врач-психотерапевт ГБУЗ «Республиканский клинический психотерапевтический центр Министерства здравоохранения Республики Башкортостан» (Республика Башкортостан)

2-е место – Бабин В.Г., врач-психиатр ФКУ «Смоленская психиатрическая больница (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением» Министерства здравоохранения РФ

3-е место – Радченко О.А., врач-психотерапевт ФГБУ «Детский медицинский центр» Управления делами Президента РФ

Номинация «Лучший врач скорой медицинской помощи»

1-е место – Андрухович В.Л., старший врач станции (отделения) скорой медицинской помощи БУ ХМАО – Югры «Лангепасская городская больница» (Ханты-Мансийский автономный округ – Югра)

2-е место – Коптева Н.В., врач скорой медицинской помощи ГБУЗ «Клиническая станция скорой медицинской помощи» (Волгоградская область)

3-е место – Кузнецов А.В., врач скорой медицинской помощи ГБУЗ «Городская поликлиника № 8» (Санкт-Петербург)

Номинация «Лучший анестезиолог-реаниматолог»

1-е место – Пикалев А.А., врач анестезиолог-реаниматолог ГБУЗ «Можайская центральная районная больница» (Московская область)

2-е место – Дербугуев В.Н., врач анестезиолог-реаниматолог ГБУЗ «Городская клиническая онкологическая больница № 1 Департамента здравоохранения Москвы» (Москва)

3-е место – Чепурнов Н.В., врач анестезиолог-реаниматолог, ГБУЗ «Коми республиканская клиническая больница» (Республика Коми)

Номинация «Лучший врач медицинской реабилитации»

1-е место – Булатова М.А., врач физической и реабилитационной медицины ФГБУ «Федеральный центр мозга и нейротехнологий» Федерального медико-биологического агентства

2-е место – Белов В.Н., врач физической и реабилитационной медицины БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая больница № 3» (Воронежская область)

3-е место – Атяшев А.А., врач физической и реабилитационной медицины ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница» (Тульская область)

Номинация «Лучший врач общей практики (семейный врач)»

1-е место – Гераськина Д.Т., врач общей практики (семейный врач) ГБУЗ «Городская поликлиника № 71» (Санкт-Петербург)

2-е место – Панов А.А., врач общей практики (семейный врач) ГБУЗ «Талдомская центральная районная больница» (Московская область)

3-е место – Вадиченкова Л.А., врач общей практики (семейный врач) ГБУЗ «Республиканская клиническая больница № 5» (Республика Мордовия)

Номинация «Лучший оториноларинголог»

1-е место – Беляев В.М., врач-оториноларинголог БУЗ «Вологодская областная клиническая больница» (Вологодская область)

2-е место – Асманов А.И., врач-оториноларинголог ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Министерства здравоохранения РФ

3-е место – Шишкин А.А., врач-оториноларинголог ГБУЗ «Краевая детская клиническая больница» (Пермский край)

Номинация «Лучший травматолог-ортопед»

1-е место – Маланин Д.А., врач травматолог-ортопед ФГБОУ «Волгоградский государственный медицинский университет» (Волгоград)

2-е место – Кучеев И.О., врач травматолог-ортопед, ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» (Санкт-Петербург)

3-е место – Чесников С.Г., врач травматолог-ортопед ФГБУЗ «Южный окружной медицинский центр Федерального медико-биологического агентства»

Номинация «Лучший участковый терапевт»

1-е место – Иващенко С.Г., врач-терапевт участковый ГУ «Луганская городская поликлиника № 9» (Луганская Народная Республика)

2-е место – Кошелева С.Б., врач-терапевт участковый ГУЗ «Клиническая больница № 11» (Волгоградская область)

3-е место – Скворцова Н.В., врач-терапевт участковый КГБУЗ «Городская поликлиника № 9, г. Барнаул» (Алтайский край)

Номинация «Лучший офтальмолог»

1-е место – Веселов С.С., врач-офтальмолог ГУЗ «Клиническая больница № 4» (Волгоградская область)

2-е место – Бойченко Е.В., врач-офтальмолог ГАУЗ «Республиканский центр микрохирургии глаза» (Республика Коми)

3-е место – Кононцева Н.В., врач-офтальмолог БУ «Центральная районная больница Алатырского района» Министерства здравоохранения Чувашской Республики (Чувашская Республика)

Номинация «Лучший фтизиатр»

1-е место – Скорятина И.А., врач-фтизиатр ОБУЗ «Областной клинический противотуберкулёзный диспансер» Комитета здравоохранения Курской области (Курская область)

2-е место – Киселёв В.Н., врач-фтизиатр ГБУЗ «Брянский областной противотуберкулёзный диспансер» (Брянская область)

3-е место – Гневашева Ю.А., врач-фтизиатр ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства»

Номинация «Лучший сельский врач»

1-е место – Баранников В.М., врач, работающий в медицинских организациях, расположенных в сельских поселениях БУЗ «Верхнехавская районная больница» (Воронежская область)

2-е место – Хурамшина Т.Ф., врач, работающий в медицинских организациях, расположенных в сельских поселениях БУЗ «Кизнерская районная больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» (Удмуртская Республика)

3-е место – Глухов С.И., врач, работающий в медицинских организациях, расположенных в сельских поселениях БУЗ Любинская центральная районная больница (Омская область)

Номинация «Лучший эндокринолог»

1-е место – Вигель А.К., врач-эндокринолог КГБУЗ «Краевая клиническая больница» (Алтайский край)

2-е место – Бондаренко Т.В., врач детский эндокринолог, ГБУЗ «Волгоградская областная детская клиническая больница» (Волгоградская область)

3-е место – Бородулина О.Г., врач-эндокринолог ГАУЗ «Городская поликлиника № 5» (Тюменская область)

Номинация «Лучший участковый педиатр»

1-е место – Савостина Ю.В., врач-педиатр участковый ГБУЗ «Самарская городская больница № 6» (Самарская область)

2-е место – Баширова О.С., врач-педиатр участковый БУЗ «Детская городская поликлиника № 2 им. Скворцова В.Е.» (Омская область)

3-е место – Васильева Н.Л., врач-педиатр участковый ГБУЗ г. Москвы «Городская поликлиника № 219 Департамента здравоохранения Москвы» (Москва)

Номинация «Лучший врач по диагностическим исследованиям»

1-е место – Алёхин М.Н., врач функциональной диагностики ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ

2-е место – Пастухов А.Д., врач-рентгенолог ГБУЗ «Детская клиническая больница № 13» (Пермский край)

3-е место – Процык О.М., врач ультразвуковой диагностики КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр» Министерства здравоохранения Хабаровского края «Вивея» (Хабаровский край)

«Специальная номинация»

Сотрудники ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека:

Акимкин В.Г., директор, академик РАН, профессор
Хафизов К.Ф., заведующий лабораторией геномных исследований отдела молекулярной диагностики и эпидемиологии

Остроушко А.А., руководитель информационно-аналитической службы отдела молекулярной диагностики и эпидемиологии

Дубоделов Д.В., старший научный сотрудник лаборатории вирусных гепатитов отдела молекулярной диагностики и эпидемиологии

Черкашина А.С., руководитель научной группы генной инженерии и биотехнологии отдела молекулярной диагностики и эпидемиологии

Евстифеев Е.А., заведующий отделением по разработке веб-приложений отдела молекулярной диагностики и эпидемиологии

Номинация «За верность профессии»

Машинский В.Г., врач анестезиолог-реаниматолог БУЗ «Клиническая медико-санитарная часть № 9» (Омская область)

Номинация «За проведение уникальной операции, спасшей жизнь человека»

Романов А.Б., заместитель генерального директора по научной работе, врач сердечно-сосудистый хирург ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. Е.Н.Мешалкина» Министерства здравоохранения РФ

Шабанов В.В., заведующий отделением сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции – врач сосудистый хирург ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. Е.Н.Мешалкина» Министерства здравоохранения РФ

Бобовко В.А., заведующий отделением анестезиологии-реанимации – врач анестезиолог-реаниматолог ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. Е.Н.Мешалкина» Министерства здравоохранения РФ

Номинация «За создание нового метода лечения»

Каприн А.Д., генеральный директор ФГБУ «НМИЦ радиологии» Министерства здравоохранения РФ, директор МНИОИ им. П.А.Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Министерства здравоохранения РФ

Иванов С.А., директор МРНЦ им. А.Ф.Цыба – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Министерства здравоохранения РФ

Коротков В.А., заведующий отделением врач-онколог отделения хирургического и консервативного лечения лучевых повреждений с группой реконструктивно-пластической хирургии МРНЦ им. А.Ф.Цыба – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Министерства здравоохранения РФ

Касымов М.Р., врач-онколог МРНЦ им. А.Ф.Цыба – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Министерства здравоохранения РФ

Петров Л.О., заведующий отделением – врач-онколог отделения лучевого и хирургического лечения злокачественной абдоминальной области МРНЦ им. А.Ф.Цыба – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Министерства здравоохранения РФ

Потапов А.Л., заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии – врач анестезиолог-реаниматолог МРНЦ им. А.Ф.Цыба – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Министерства здравоохранения РФ

Нестеров П.В., главный врач ГБУЗ «Клиническая онкологическая больница» (Ярославская область)

Станоевич У.С., главный врач ОБУЗ «Курский онкологический научно-клинический центр им. Г.Е.Островерхова» Министерства здравоохранения Курской области

Гамаюнов С.В., главный врач ГБУЗ «Нижегородский областной клинический онкологический диспансер» (Нижегородская область)

Номинация

«За создание нового метода диагностики»

Сотрудники Университетской клиники ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский центр» Министерства здравоохранения РФ

Шликов И.Л., руководитель научно-практического центра диагностики и лечения опухолей кожи

Гаранина О.Е., врач-онколог

Клеменова И.А., врач-дерматовенеролог

Миронычева А.М., врач-дерматовенеролог

Ускова К.А., врач-дерматовенеролог

Номинация «За медицинскую помощь пострадавшим во время войн, террористических актов и стихийных бедствий»

Ким Д.Ю.

Иванов В.С.

Белевич В.Л.

Цеденов В.Л.

Сеньков А.А.

Шевелёв П.Ю.

Григорьев О.В.

Карев Е.А.

Бондаренко Н.И.

Коломейцев И.В.

Взгляд

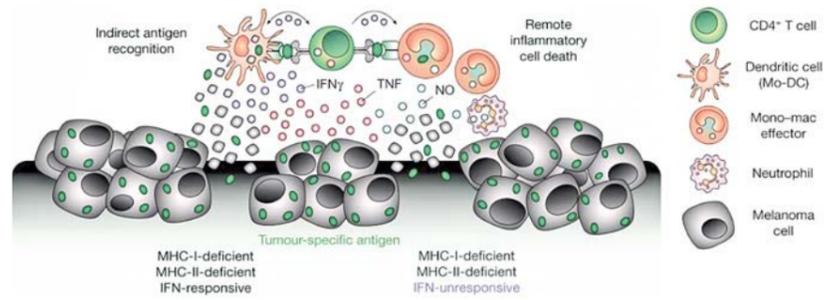
И не друг и не враг

В середине июня был опубликован вроде бы окончательный вариант доклада, авторы которого пытались разобраться, как же всё-таки возник COVID – то ли «улизнул» по неосторожности из лаборатории, то ли «перекинулся» от животных на рынке к кому-то из торговцев, после чего пошло-поехало. Учёные сделали выбор в пользу последнего, на чём можно будет поставить точку, хотя по естественному затуханию пандемии это уже не имеет никакого значения.

Известно, что мы в собственном весьма гетерогенно-разнообразном геноме несём множество «следов» давнишних вирусных инфекций в виде законсервированных ретровирусов, которые время от времени могут «просыпаться» от миллионно-летнего сна, проявляясь то в виде насморка, а то и опухоли.

Для врачей важно то, что тот же COVID поражает клетки не только респираторной системы – слизистую воздухоносных путей и лёгочных альвеол, но также и нервной, начиная с обонятельных нейронов. Сотрудники берлинского Центра молекулярной медицины показали, используя эпителиальные клетки лёгких, что именно их поражение нарушает тканевую гомеостаз и иммунный ответ. Для доказательства этого учёные создали синтетические молекулы-«репортёры» активации генов интерферонов и NF-κB. Последний представляет собой ядерный фактор, или протеин, который после транслокации из цитоплазмы в ядро стимулирует размножение иммунных лимфоцитов. Изображение живых клеток показывает наличие зелёного вируса на красном фоне лёгочных клеток. Подавление активности ферментов в цитоплазме и повреждение ДНК в ядрах модулируют иммунный ответ эпителия на интерфероны, секретлируемые иммунными клетками. Авторы считают, что им удалось разделить клеточный ответ на вирусную инфекцию и стерильные сигналы, что поможет поиску новых лекарств.

В Магдебургском университете показали, что вроде бы защитные Т-лимфоциты могут способствовать уходу опухолей из-под иммунного надзора. А ведь именно на эти клетки возлагают надежду создатели и разработчики иммунотерапий (ИТ), призванных повысить активность иммунного ответа. Известно, что опухолевое микроокружение (ТМЕ – Tumor MicroEnvironment) имеет высокую степень инфильтрации иммунных



Справа округлые Т-клетки, жёлтые дендритные с отростками (DC), Мо – моноцит, дающий макрофаг, N – нейтрофил, M – клетка меланомы, слева чёрные клетки кожной меланомы, не отвечающей на интерферон, который вместе с TNF (белковым фактором некроза опухоли) и NO выделяются иммунными клетками

лимфоцитов, макрофагов и лейкоцитов, связанных с развитием воспаления под действием синтезируемых ими интерферонов, относящихся к цитокинам-интерлейкинам. О них стало широко известно в связи с вызываемым ими цитокиновым шоком-штормом у пациентов с COVID. В Магдебурге выяснили, что иммунные Т-хелперы помогают включить иммунный ответ (поэтому они наряду с мечниковскими макрофагами являются мишенью ВИЧ). Но под действием ТМЕ перепрограммируют опухоль-ассоциированные миелоидные клетки, к которым относятся и макрофаги. Результатом этого становится отключение ответа на интерферон и сигналы антигенпредставляющих клеток (APC – макрофаги и дендритные клетки в тканях). Подавляется также и клеточный синтез окиси азота (NO), с помощью которого те же макрофаги проявляют свой опухолецидный потенциал. Помимо этого ТМЕ через эти клеточные «эффекторы» индуцируют на расстоянии смерть клеток воспалительного ответа. Те, в свою очередь, стимулируют в норме на опухолевых клетках так называемые неоантигены, по которым иммунная система отличает их от здоровых клеток. Это ещё один печальный секрет опухоли, против которых бессильна ИТ.

Так и получается, что клетки-защитники оказываются в состоянии «и не друг и не враг». Известно, что иммунный ответ имеет две ветки-руки (arms, branches). Т-клетки, получив сигнал-антиген от APC, с помощью цитокинов стимулируют размножение и созревание эффекторных киллеров и цитотоксинов. Но есть ещё и В-лимфоциты, синтезирующие белковые антитела, которые указывают на врага. Антитела неплохо показывают себя при лечении «жидких» опухолей крови, а также в некоторых случаях – молочной железы. Но никто не подозревал, что В-лимфоциты мо-

гут быть и клеточными эффекторами противоопухолевого иммунитета. На их роль внимание коллег обращают гарвардцы, обнаружившие у некоторых В-клеток протеин TIM. Он имеет особый домен Т-клеточного иммуноглобулина и муцина, который в норме защищает кожу и слизистые от вирусов и бактерий (T-cell Immunoglobulin & Mucin). С помощью TIM В-лимфоциты становятся активными эффекторами так называемого ИСВ, или блокаторами иммунного чек-пойнта. Последний в норме предупреждает развитие аутоиммунных расстройств и используется в ИТ для блока опухолевого роста. В Гарварде показали, что В-лимфоциты не только сами подавляют рост аномальных клеток, но ещё и стимулируют опухолеспецифичные Т-эффекторы. Авторы пишут в своей статье, что TIM-экспрессия В-лимфоцитами показывает вовлечение в противоопухолевую защиту второй ветви иммунного ответа. Проблема однако в том, что опухолеспецифичные В-клетки не очень много, хотя их «участие» очень важно для ИТ.

Известно, что Пекин расположен в котловине и при отсутствии ветра город накрывает смог с его микро-частицами сажи от автовыхлопа. Вирусологи столичного Института микробиологии показали, что на частицах распространяется вирус гриппа (в частности, H1N1). Они подчёркивают, что распространение частицами вируса хуже, чем загрязнение воздуха само по себе. Можно, конечно же, спросить, есть ли связь между вирусологией и онкологией, но достаточно вспомнить П.Рауса, открывшего первый вирус, вызывающий саркому кур. Американец успел даже получить Нобелевскую премию, которую ему вручили через 55 лет после открытия...

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

Открытие

Учёные из Ливерпульского университета смогли выявить мерцательную аритмию у посетителей супермаркета, встроив ЭКГ-датчики в ручки тележек для продуктов. Исследование представлено на ACSAP 2023, научном конгрессе Европейского общества кардиологов (ESC).

В исследовании SHOPS-AF изучалось, может ли встраивание датчиков ЭКГ в ручки тележек в супермаркетах эффективно выявлять покупателей с мерцательной аритмией. Участников попросили использовать модифицированную тележку и удерживать ручку не менее 60 секунд.

Если датчик не обнаруживал аритмию, он загорался зелёным цветом. Если обнаруживалось нерегулярное сердцебиение, датчик загорался красным. Затем фармацевт в магази-

«Умные» тележки выявят аритмию

не проводил ручную проверку пульса и делал ЭКГ с помощью отдельного прибора.

Тележками для покупок пользовались в общей сложности 2155 взрослых. У 220 участников датчик загорелся красным. Учёные выявили 74 пациентов, с мерцательной аритмией, из них только 20 уже знали, что у них имеется заболевание.

Исследование показало, что тележки в супермаркетах могут быть использованы для лучшей диагностики мерцательной аритмии у

людей. Этим заболеванием страдают 40 млн человек во всём мире. Мерцательная аритмия увеличивает риск инсульта в 5 раз. Антикоагулянты значительно снижают риск, но многие люди обнаруживают, что у них фибрилляция предсердий, уже после того, как перенесли инсульт. Поэтому необходимы программы скрининга для выявления людей с этим заболеванием, чтобы они могли как можно раньше получить профилактические лекарства.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

Почему бы и нет?

Жизнеспособность донорского сердца продлила вальпроевая кислота

Повреждение органа замедлилось, а сокращение улучшилось

Срок годности донорских сердец смогли продлить американские учёные, добавив в привычный раствор для перфузии сердца известный неврологический препарат – вальпроевую кислоту. Вещество защитило белки клеточного ядра и улучшило работу гена, который необходим для выработки противовоспалительных и антиоксидантных молекул в сердце мышей, свиней и человека.

Самый эффективный, а иногда единственный способ лечения сердечной недостаточности – это трансплантация сердца. К сожалению, спрос на донорские сердца намного превышает предложение. Более того, менее половины потенциальных доноров становятся настоящими донорами. Как известно, срок жизни извлечённого органа короткий – всего через 4 часа хранения сильно вырастают риски того, что сердце будет непригодно для пересадки. Соответственно, это вызывает серьёзные географические ограничения, а чтобы увеличить время для транспортировки, используются камеры-холодильники и перфузия.

Повреждение сердца при транспортировке связано с недостатком кислорода и, как следствие, с изменением структуры связанных с ДНК белков – гистонов.

Команда медиков под руководством Пола Танга из Мичиганского университета нашла способ замедлить деацетилирование гистонов. Они использовали одно из свойств вальпроевой кислоты – способность ингибировать ферменты-деацетилазы и таким образом сохранять гистоны в ацетилированном состоянии. Вальпроевая кислота широко применяется в неврологии и давно доказала свою безопасность. Кроме того, она хорошо растворяется в воде, и поэтому её легко было добавить к обычному раствору для перфузии донорских сердец.

Улучшение ацетилирования гистонов сильнее всего повлияло на ген IRG1. Этот ген отвечал за вы-



работку противовоспалительного и антиоксидантного вещества итаконата. В свою очередь, итаконат снижал концентрацию сукцината – одного из главных повреждающих продуктов обмена в сердце, а также активировал множество других защитных молекул.

Для оценки действия вальпроевой кислоты после трансплантации учёные выполняли пересадки сердца у мышей. Благодаря обработке вальпроевой кислотой в крови у животных снижались уровни тропонинов – основных маркёров повреждения сердца и других признаков воспаления.

Специалисты изучили влияние вальпроевой кислоты на сердца мышей, свиней и человека через 0, 4, 8 и 18 часов хранения. Заметное повышение ацетилирования гистонов наблюдалось при содержании вальпроевой кислоты в количестве 10 миллимоль и консервации в течение 4 или 10 часов. По сравнению с органами, которые содержались в обычном растворе, у свиней вальпроевая кислота улучшала сердечный выброс на 25% после

4 часов консервации и на 100% после 10 часов. А у мышей после пересадки вещество увеличивало сократительную способность сердца на 265, а способность расслабляться на 250%.

Вальпроевая кислота повышала ацетилирование гистонов и продлевала время жизнеспособности трансплантата. Безусловно, предстоит ещё много проверок, прежде чем такой метод можно будет внедрить для пересадки человеческих сердец. Возможно, вальпроевая кислота увеличит число удачных пересадок и позволит перевезти донорские органы на дальние расстояния.

Учёные ищут разные способы получать органы от животных, ведь потребность в человеческих донорских органах очень велика. Недавно американские врачи пересадили двум пациентам генно-модифицированные свиные сердца. А канадские учёные нашли способ превратить донорские лёгкие в универсальный трансплантат, изменив группу крови.

Ситуация

Вирус Оз в Стране восходящего солнца

Клещи-паразиты постепенно учатся жить с нами в мире

Министерство здравоохранения Японии сообщило о первом в мире случае, когда человек заразился вирусом Оз и впоследствии умер. Это 70-летняя жительница префектуры Ибаракы в регионе Канто на японском острове Хонсю. Обнаружили вирус Оз в Японии в 2018 г., но это первый подтверждённый случай, когда у человека проявились симптомы заражения, завершившиеся летальным исходом.

Пациентка летом 2022 г. обратилась в местное медицинское учреждение с жалобами на повышенную усталость и рвоту. Заподозрив пневмонию, врачи оказали ей необходимую, по их мнению, медицинскую помощь и отправили выздоравливать домой.

Когда состояние больной ухудшилось, её всё же госпитализировали. Во время осмотра на правом бедре пациентки были обнаружены следы от укуса клещей. Через 26 дней женщина умерла. Официальной причиной смерти стало воспаление сердечной мышцы (миокардит) – именно в её тканях обнаружили вирус Оз.

По данным Национального института инфекционных заболеваний Японии, вирус Оз впервые выявили у клещей *Amblyomma testudinarium* в 2018 г. Согласно прошлогоднему исследованию японских учёных, это новый тогговирус, способный заражать людей и других млекопитающих. К роду *Thogotovirus* семейства *Orthomyxoviridae* входят РНК-вирусы, разносчиками которых чаще всего выступают твёрдые и мягкие клещи (но есть патоген-

ны-исключения, передающиеся комарами, мошками и т.д.).

«Филогенетический анализ показал, что вирус Оз более тесно связан с вирусами Дхори, Баткен и Бурбон, чем с другими тогговирусами. Он вызвал смертельную инфекцию у заражённых во время экспериментов мышей», — рассказали авторы научной работы.

Они выяснили, что антитела к этому вирусу есть у многих диких животных, обитающих в разных регионах Японии, кроме северной и восточной частей. Также антитела выявили у двух охотников из префектуры Ямагучи.

«*A.testudinarium* — основной вид клещей, поражающий людей в южной и западной частях Японии. Поскольку мы обнаружили вирус Оз в основном в этих районах, похоже, распространение инфицированных им животных коррелирует с местом обитания этого клеща», — подчеркнули специалисты.

Тем не менее до сих пор не было ни одного подтверждённого случая, чтобы у человека развились симптомы заражения вирусом Оз и вследствие этого наступила смерть.

Осторожно!

Испанское Министерство сельского хозяйства, рыболовства и продовольствия (MAPA) подтвердило вспышку сибирской язвы в муниципалитете Кангас-де-Онис в Астурии.

Очаги сибирской язвы в Иберии

В этом году это первая вспышка в стране, причиной которой, по результатам расследования, является заражённая трава, сообщает испанский портал агроновостей: «Это тот же регион, где в ноябре 2022 г. было зарегистрировано 2 случая этого заболевания. А в 2021 г. сибирская язва проявлялась в Сьюдад-Реале и Эстремадуре».

В этом году очаг сибирской язвы имел место на ферме с поголовьем крупного рогатого скота 61 животное, из них 8 заболело. По результатам расследования источником стала заражённая трава, уже приняты карантинные и дезинфекционные меры.

Всего в 2022 г. в Испании было выявлено 4 зарегистрированных очага сибирской язвы, 2 упомянутых в Астурии и ещё 2 в Эстремадуре.

Вспышки в Эстремадуре в прошлом году были особенно показате-

льны, так как ветеринарный врач, делавший вскрытие больной коровы, заразился сибирской язвой.

Таким образом, можно сделать вывод: в последние годы сибирская язва вернулась в Испанию: в 2021 г. число очагов возросло до 24, из которых 23 случая были зарегистрированы в Эстремадуре и одна в Кастилии-Ла-Манча. Пострадали различные виды животных, включая крупный рогатый скот, лошадей и свиней.

Следует помнить, что споры сибирской язвы в почве очень устойчивы и могут вызвать заболевание при проглатывании даже спустя годы после вспышки. Споры выносятся на поверхность сырой погодой или глубокой обработкой почвы, а при поедании жвачными животными болезнь проявляется вновь.

Гипотезы

Учиться чему-то новому

На это способны пациенты с деменцией



Несмотря на болезнь, люди с деменцией по-прежнему способны учиться новому. Такой вывод сделал шведский учёный Элиас Ингебранд в своей докторской диссертации, которую недавно представил в Университете Линчёпинга. По его словам, результаты исследования развенчивают распространённое мнение о том, что люди с деменцией – пустые оболочки.

Участникам исследования были даны в пользование планшеты. Единственная инструкция заключалась в том, что они могли использовать планшет по своему усмотрению. Вскоре выяснилось, что устройство вызвало у них любопытство.

Исследование длилось 4–6 недель. Хотя участники страдали серьёзным ухудшением памяти, они постепенно научились пользоваться планшетом более самостоятельно. Объяснение, по мнению Ингебранда, заключается в том, что тело помнит необходимые движения, даже если способность говорить о них утрачена. Но важно вызвать у человека интерес.

Женщина, которая раньше занималась спортивным ориентированием, спонтанно начала использовать планшет для проверки результатов соревнований. Человек, который раньше был беспокойным и агрессивным, научился пользоваться открытым архивом SVT, шведской общественной телекомпанией. Через некоторое время сотрудники отметили, что он занимался этим спокойно и сосредоточенно. Это была сторона его личности, которую они никогда раньше не видели.

Учёный был удивлён, обнаружив, что люди с деменцией могут разгадывать тайны планшета без помощи персонала или близких, сотрудничая и участвуя друг у друга.

Результаты предыдущих исследований также показали, что люди с деменцией способны учиться новому. Например, запоминать бессмысленные слова или имена случайных людей. Но Э.Ингебранд говорит, что теперь он показал, что обучение может происходить даже без каких-либо конкретных инструкций и что результаты его исследования могут быть применены в лечении деменции.

Георгий Гапон (1870-1906) – трагичная фигура общественной жизни России начала XX века. Он родился в селе Беляки Полтавской губернии в крестьянской семье. Священник, выпускник Санкт-Петербургской духовной академии. Инициатор создания проправительственной организации «Собрание русских фабрично-заводских рабочих Санкт-Петербурга». По его инициативе была выработана петиция, которую рабочие намеревались передать Николаю II 9 января 1905 г. После Кровавого воскресенья бежал за границу. За политическую деятельность Святейшим синодом лишён сана иерея. Осенью 1905 г. вернулся в Россию. Революционеры подозревали его в связях с охранкой, поэтому одна из террористических групп приговорила его к смерти. В апреле 1906 г. слухи получили подтверждение.

Обвинительный приговор

Поверенный Гапона адвокат Марголин получил из Берлина от неизвестных лиц бумажник, принадлежащий Гапону, в котором оказалось 1300 руб., ключ и квитанция от несгораемого ящика в банке «Лионский кредит», записные книжки Гапона. Из публикаций в газетах читатели узнали сенсационные новости. Герой 9 января обвинялся в ряде деяний: он доносил чиновникам охранного отделения и Департамента полиции «всё, что знает про революционеров», подыскивал шпионов, провокаторов, утаивал деньги, принадлежащие рабочим. «Приговор» заключал: «принимая во внимание вышеизложенное, суд постановил: Георгий Гапон – предатель, провокатор, растратил деньги рабочих. Он осквернил честь и память товарищей, павших 9 января 1905 года. Георгия Гапона предать смерти. Приговор приведён в исполнение».

Попытаемся расшифровать обстоятельства его смерти. Задача затруднена утратой многих документов, в том числе неполной следственных данных, с чем я столкнулся, изучая фонды Российского государственного исторического архива. Что же случилось в Петербурге в далёком марте 1906 г.?

24 марта 1906 г. к владелице дачи в Озерках Звержинской явился некий И.Путилин с предложением сдать ему дом. Договорившись об оплате, попросил приготовить комнату на втором этаже к 26 марта, дав 10 руб. для покупки дров. 28 марта (10 апреля по новому стилю) в два часа дня Путилин приехал на дачу и с ним ещё несколько человек.

Прошло больше 20 дней. Дача была закрыта, там никто не появлялся. По месту жительства Путилина в Санкт-Петербурге тоже никого не оказалось. 26 апреля Звержинская обратилась в адресный стол. Оказалось, что Путилин выехал в Москву ещё 20 января. Почувствовав неладное, она сообщила о таинственном жильце в полицию.

Дверь на второй этаж была закрыта на висячий замок, ощущался трупный запах. После вскрытия двери у самого входа был обнаружен труп мужчины в петле из бельевой веревки на крюке платяной вешалки. Он находился в сидячем положении с вытянутыми вперед ногами. Около трупа валялись разорванный галстук, разбитый стакан и пивная бутылка с жидкостью. В повешенном чины полиции узнали бывшего священника Георгия Гапона. Повреждения тела и одежды свидетельствовали о насильственной смерти. Журнал «Нива» опубликовал фотоснимки места происшествия.

Следствие начато 1 мая. В Озерки прибыли судебный следователь по особо важным делам, прокурор Петербургского окружного суда и адвокат С.Марголин. Судебно-медицинские эксперты профессор

Косоротов и доктор Мищенко произвели вскрытие. К нему были допущены корреспонденты и фотографы.

При осмотре обстановки, в которой был найден труп, выяснилась многозначительная подробность: на левом рукаве шубы Гапона и правом рукаве его пиджака находились петли из верёвки. Когда тело снимали с крюка, за его спиной обнаружили фрагменты

медицины. «Встречаются случаи переходного характера, когда самый процесс задушения трудно определить как «удавление петлю или как повешение». Так, например, убийство известного Гапона было совершено так: ему набросили на шею петлю, сбили с ног и потащили в другую комнату; здесь свободный конец петли укрепили восьмиобразными ходами на вешалке; тело найдено

теменной области кпереди от бугра, замечается тонкий слой излившейся крови под наkostницею, в 2-х копейную монету, наожно на щёчном лоскуте соответственно этому – тёмно-красное пятно, на месте которого имеется неглубокое пропитывание сухожильного растяжения». После фразы «кости черепа целы» (стало быть, и носа!) следует описание головного мозга, не имеющего особенностей, кро-

Таким образом, полученные данные подтверждают следующую схему произошедшего: причинение повреждений головы для подавления сопротивления, связывание рук для обездвижения, наложение на шею петли с её затягиванием по механизму, описанному Д.Косоротовым. Данные о действии на организм ядов, а также о перемещении тела из другого места не усматриваются.

Пути-перепутья

Тайна смерти Георгия Гапона

До сих пор историки спорят о фактах его биографии



веревки, образовавшей упомянутые петли. Создавалось впечатление, что он был сначала связан, но в момент повешения его руки освободили, разрезав верёвку. Зачем? Где убит Гапон: на даче или в другом месте? Как он был убит? Когда? Наконец, кем убит?

Две версии

Из протокола осмотра места происшествия от 01.05.1906 «...костюм в беспорядке: воротничок рубашки едва держался на одной задней запонке... рубашка, жилет и пиджак расстёгнуты. На полу валялся галстук с оторванной резинкой». Пресса отмечала, что труп хорошо сохранился, только лицо потемнело, стало коричневым. Сохранность тела и неестественный цвет лица доказывали газетчики, «прямо свидетельствовали» о предварительном, перед повешением, отравлении Гапона. Присутствовавшие на месте происшествия якобы видели следы пыток, которым подвергся отец Георгий: «вытекший» левый глаз; вдавленный и «перепитый» нос... Термины бытового характера указывают, что вряд ли это язык юристов или судебных экспертов.

Картина убийства из воспоминаний Петра Рутенберга (1925) многократно переписывалась в мемуарах. Приводим одно из таких описаний: «Гапон плакал, тихо всхлипывая. Угорь, придерживая за плечо, толкнул его в дверь, ударом меж расщипанных планок. Вешалка в два крюка (на фото – пять. – Ю.М.), в человеческий рост. Николай закрепил на одном свободный конец.

– Укороти.

– Всё одно не подтянешь.

Щербатый накинул петлю, далеко отогнув брововый воротник.

– Садись, поп. Он нажал на плечи. Гапон осел под нажимом. Меж валенок Щербатого мягко поползли от стены, из-под вешалки, ноги в новых ботах» (С.Мстиславский, 1928).

Соответствует ли объективным судебномедицинским данным такая сцена?

Ввиду редкости убийств, совершаемых путём повешения, профессор Косоротов прокомментировал обсуждаемый случай в своём учебнике по судебной

в полусидящем положении – ноги вытянуты на полу, ягоды почти касаются его».

Таким образом, мы видим описание двух разных механизмов: первый – волочение по полу с затягиванием петли массой тела с последующим подвешиванием на вешалке; второй – фиксация петли на крюке с последующим принудительным опусканием тела убийцами.

Архивные свидетельства

Я надеялся внести ясность в произошедшее, прибегнув к анализу документов РГИА. Однако в них не было главного – заключения судебно-медицинских экспертов. Опять загадка... Копию документа удалось обнаружить в личной коллекции одного из моих коллег. Несомненно, ксерокопия сделана с подлинного архивного дела, о чём свидетельствует ряд характерных реквизитов. Документ исполнен на типографическом бланке чернилами, чётким почерком и называется «Протокол» (приводится в современной орфографии):

«1906 года Мая 1-го дня судебный следователь по важнейшим делам Округа С.-Петербургского Округного суда Зайцов в Озерках составил протокол о следующем: следователь сего числа в два часа дня, при солнечной погоде, произвёл в присутствии прокурора Округного суда, присяжного поверенного Марголина, через профессора судебной медицины действительного статского советника Косоротова и полицейского врача Мищенко при понятых судебно-медицинский осмотр и вскрытие трупа Георгия Гапона, при чём оказалось: ...» (л.2 дела).

Далее, к моему удивлению, в протоколе сделана большая купюра, обозначенная, как (---). Описание трупных явлений, кожных покровов тела, в том числе головы, таза и конечностей, отсутствует. Наружное исследование представлено лишь описанием странгуляционной борозды. Подробности текста содержат устаревшие, но образные сравнения («ширина борозды несколько более одного сантиметра, в неё можно вложить мизинец...» (л. 2-2об.). Далее в тексте вновь купюра. На листах 2об.-4 размещается подробное исследование органов шеи, грудной и брюшной полости, головного мозга. Обращают на себя внимание детали: «левый большой рожок подъязычной кости и левый верхний рожок щитовидного хряща отломаны, в области последнего перелома найден кровяной свёрток величиной в чечевичное зерно...» Экспертами изъяты для микроскопического исследования «кусочек кожи из области странгуляционной борозды величиной около двух квадратных вершков» – для определения прижизненного или посмертного происхождения; объекты – для химического исследования. После этого в документе располагается следующий текст: «При отделении кожных покровов головы в левой

ме гнилостных. «На том протокол осмотра и вскрытия окончен и подписан». Далее следует запись другим почерком: «С подлинным верно... Следователь – ...» подписывается, как Зайцов (л. 4).

На снимках, сделанных Карлом Булла во время вскрытия, видны изменения цвета кожных покровов, но относятся ли они к посмертным изменениям или являются прижизненными повреждениями, утверждать нельзя. Современной концовки документа в виде диагноза или заключения текст не имеет.

«Судебно-медицинский акт» исполнен на обычном листе бумаги крупным, размашистым, чётким почерком. Таким же почерком сделана и легко читаемая подпись «Профессор Д.Косоротов». Стало быть, перед нами автограф. Детальное исследование препарата завершается мнением: «Хотя вследствие посмертных изменений тканей микроскопическая картина не отличается ясностью и определённой, тем не менее довольно многочисленными и глубокими следами кровоизлияния говорят в пользу прижизненного происхождения странгуляционной борозды. – СПб. 1906 г. Июня 2 дня. Профессор Д.Косоротов».

На основании вышеизложенного

К настоящему времени в научной литературе сложились чёткие диагностические критерии повешения при различных родах смерти. Итак, на основании анализа, приведённого выше, я полагаю, что смерть Г.Гапона последовала в результате сдавливания шеи петлей при повешении, что подтверждается наличием в верхней трети шеи косовосходящей спереди назад и справа налево замкнутой, неравномерно осаднённой, вдавленной странгуляционной борозды, имеющей признаки прижизненного происхождения, а также переломами (с окружающим кровоизлиянием) левых рогов подъязычной кости и щитовидного хряща. Переломы соответствуют по локализации странгуляционной борозде. Также обнаружены кровоизлияния в мягких тканях головы. Их локализация (первое – в верхней части свода черепа, второе – ниже скуловой кости) не характерна для возникновения ни в результате падения тела с соударением головой, ни в результате асфиксических судорог с ударами об окружающие предметы. Повреждения возникли в результате ударов твёрдым тупым предметом с ограниченной поверхностью (возможно, бутылкой, кулаком).

Часть поверхностных повреждений (ссадины, кровоподтёки) могла быть не диагностирована при исследовании, так как труп находился в состоянии выраженных гнилостных изменений (известно, что с момента смерти до вскрытия прошло не менее 3 недели). Гнилостные изменения могли также способствовать «исчезновению» общеасфиксических признаков, отмечаемых при исследовании умерших от асфиксии.

Так провокатор или патриот?

Последние месяцы жизни Г.Гапона были полны событий, которые не раскрыты до сих пор. Он узнал о получении революционерами крупных сумм денег от врагов России и неоднократно подчёркивал, что Бог его спас от них. У него имелись документы, которыми он придавал исключительное значение. «Когда они будут опубликованы, многим не поздоровится. Им хочется поднимать и опускать рабочую массу по своему усмотрению; но они ошиблись в расчётах», – писал В.Грибовский о высказываниях Гапона. Предчувствуя гибель, о. Георгий передал документы С.Марголину. После убийства адвокат экстренно выехал за границу. С собой он взял портфель с документами. Вскоре в газетах промелькнуло сообщение о том, что «...поверенный внезапно скончался от желудочных страданий в гостинице немецкого городка, где он остановился на отдых».

Оценка роли Г.Гапона в событиях января 1905 г., кстати, получившего огнестрельное ранение кисти (он шёл во главе одной из колонн), современными историками осторожнее, чем публицистами 1920-х годов. Исследованное количество документов МВД, касающихся партии эсеров и её роли в организации убийств государственных деятелей, они пишут о том, что боевики партии, в том числе провокаторы, воспользовались авторитетом священника среди рабочих, в результате чего шествие, начавшееся как крестный ход, превратилось в столкновение с полицией.

Что говорят официальные архивы? Из рапорта министра внутренних дел П.Дурново председателю Совета министров С.Витте от 16 апреля 1906 г.: «...бывший священник Георгий Гапон 28 минутного марта убит в одном из дачных мест... ввиду возникших против него подозрений в изменческих действиях. Убийство, совершённое посредством удушения, организовано членом боевой организации партии социалистов-революционеров инженером Петром Рутенбергом».

* * *

Г.Гапон был похоронен на Успенском (ныне Северном) кладбище Санкт-Петербурга. Надгробие на могиле не сохранилось. Место истории вычислили по местонахождению рядом других могил: профессора терапевта Манассина и купчихи Мюллер. Могила о. Георгия была около дороги и находилась между ними. Большой чугунный крест исчез, как и множество других, в 20-е годы – стране нужны были паровозы и тракторы. Но гранитные блоки, которые его держали, остались, и растёт теперь огромная, упоминаемая старожилами ель...

Юрий МОЛИН,
профессор,
заслуженный врач РФ.

Санкт-Петербург.

– Наталья Николаевна, писательский талант, чуткость к слову унаследовали от Корнея Ивановича и ваш отец, и ваша тётя Лидия, автор замечательных произведений. Ваша мама – Марина Чуковская тоже была литератором – переводчицей, автором воспоминаний. Вам никогда не хотелось продолжить эту линию?

– «Писательство», присущее нашей семье, никогда меня не привлекало. Я видела «изнанку» этой тяжёлой неблагодарной работы. Хотя, признаюсь, оставлю после себя кое-какие воспоминания и заметки, но отнюдь не для печати, а для семьи.

С детства я хотела заниматься растениями, ходила в ботанические кружки. А во время войны поняла, что наиболее важная профессия для любителя биологии – медицина. Этому ещё способствовала и прочитанная мною книга о жизни и работе врачей Арчибалда Кронина «Цитадель». Я окончила 10-й класс в 1942 г. в эвакуации, получила «золотой» аттестат и поступила в Пермский медицинский институт.

– Выбор в военное время врачебной профессии понятен. Насколько тогда трудно было поступить в медицинский вуз?

– Оказалось, что мои пятёрки не нужны, так как принимали без экзаменов! Врачей не хватало. Более того, когда я была на 2-м курсе, студентам дали «рабочую карточку» – 550 г хлеба! Заботились о будущих специалистах.

– Читала, что Корней Иванович одобрил ваш выбор, и вы даже кандидатскую диссертацию печатали на его пишущей машинке. Чему она была посвящена и насколько определила ваш дальнейший путь в науке?

– С 1943 г., когда я уже училась в 1-м Московском мединституте, где были собраны преподаватели и студенты четырёх медицинских вузов, по разным причинам не уехавшие в эвакуацию, увлеклась хирургией. На старших курсах ходила в кружок, руководимый замечательным хирургом и учёным, профессором И.Жоровым. Но к концу учёбы стало ясно, что хирург из меня не получится: не хватает решительности и многого другого.

Прочитала в газете, что институт им. И.И.Мечникова объявил конкурс на поступление в аспирантуру, в том числе по микробиологии. Мне эта наука всегда нравилась, я решила попробовать в надежде сочетать её с дорогой мне хирургией. На одно место подали заявления 2 человека. Вступительные экзамены мы сдали одинаково, но Минздрав утвердил меня, имеющую диплом с отличием.

Мне дали тему по гнойной хирургии: «Микрофлора гематогенных остеомиелитов», которую я выполняла в хирургическом отделении городской больницы, где сделала себе маленькую лабораторию, таская туда все реактивы и питательные среды из института. Правда, диссертация моя прошла не особо замеченной, поскольку в начале 50-х микробиологов больше занимали очень распространённые тогда кишечные (брюшной тиф, дизентерия) и воздушно-капельные (дифтерия, скарлатина) инфекции. Хотя после защиты мне тут же в зале предложили работать ассистентом на одной из хирургических кафедр.

После аспирантуры работала ассистентом кафедры микробиологии Ивановского мединститута под руководством И.Акимова, к сожалению, рано ушедшего. Благо-



«Надежда Георгиевна дала мне телеграмму из Детского, что у меня родилась внучка. Как это странно: внучка. Значит, я уже не ребёнок, у которого всё впереди, каким ощущал себя всегда». Так написал в дневнике Корней Чуковский 7 июля 1925 г.

Кажется невероятным, но сегодня мы беседем именно с этой внучкой, в семье любовно называемой Татой, – доктором медицинских наук, профессором, заслуженным деятелем науки РФ, одним из ведущих специалистов в области медицинской микробиологии и эпидемиологии Натальей Костюковой.

Наталья
КОСТЮКОВА:

Спасибо жизни за счастливые мгновения!

даря ему я приобрела фундаментальные знания по микробиологии. А вернувшись в Москву в 1959 г., поступила во всё тот же НИИ ВС им. И.И.Мечникова в отдел эпидемиологии, руководимый М.Хазановым. В конце 50-х годов этому институту было поручено заняться ликвидацией заболеваемости дифтерией в СССР. Проблема упиралась в охват прививками и во внедрение современной диагностики. Последним я и занялась, продолжив эту работу после скорого перехода в НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи, где работаю и сейчас.

– А чему была посвящена докторская диссертация?

– Дифтерийному бактерионосительству, с упором на бактериологическую диагностику и патогенные свойства возбудителя. Работу провела на клиническом материале с замечательными педиатрическими инфекционистами профессорами М.Сухаревой и К.Блюменталь, которым очень благодарна. На это ушли 60-е годы XX столетия. А в 70-е дифтерия в нашей стране наконец почти исчезла, но появилась новая «напасть» – менингококковая инфекция.

Ещё работая с дифтерией, в 1962 г. по предложению моего руководителя лаборатории, замечательного эпидемиолога Л.Фаворовой я занялась менингококковой инфекцией. Это свело меня с молодым инфекционистом – доцентом В.Покровским, будущим президентом Академии медицинских наук. Мы с Валентином Ивановичем расшифровывали случаи гнойного менингита; я научилась выделять и выращивать менингококк – капризный, трудно культивируемый микроорганизм.

А в 1968 г. в стране быстро начался подъём заболеваемости менингококковой инфекцией (как это предсказывали В.Покровский и Л.Фаворова), и мои «уменьша» оказалась весьма кстати. В дальнейшем в Институте им. Гамалеи я стала руководителем лаборатории эпидемиологии острых менингитов, занимаясь менингококком, пневмококком и другими бактериальными возбудителями этих заболеваний.

– Вы не понаслышке знаете историю микробиологии и эпи-

*Моя тётя присоединилась к советам
великого русского физика академика
И.П.Павлова о том, что наука требует
себя жертвы всей его жизни.
Костюкова*

демиологии второй половины XX века. Что вы считаете главным достижением того времени и что важного, на ваш взгляд, уже произошло в веке нынешнем?

– Трудно в одной фразе определить «главное и важное». Но попробую выделить основное. Это создание и изучение антибиотиков, учение о клеточном иммунитете, учение о биохимических свойствах и факторах патогенности бактерий и их генетической основе.

Последнее плавно «перетекло» в XXI век, и сейчас уже раскрыты основные молекулярные механизмы патогенного действия микроорганизмов. Впрочем, я уверена, что мои коллеги не будут удовлетворены такими ответами – в XX веке в медицинской микробиологии произошли кардинальные сдвиги во всех её областях.

– В конце 70-х годов в зоне строительства БАМа вы со своими коллегами показали необходимость массовой вакцинации детей от менингококковой инфекции. Эта история требует отдельного разговора, она удивительна и поучительна. Собственно, НИЦЭМ им. Н.Ф.Гамалеи сейчас вообще у всех ассоциируется именно с вакцинацией. Эффективность данной меры профилактики давно доказана. Как вы считаете, на чём зиждется убежденность антипрививочников и почему она быстрее находит отклик у населения, чем призывы обезопасить себя прививками?

– Их суждения основаны на непонятных мне, возможно амбициозных, эмоциях и отсутствии объективных знаний по этой проблеме.

Особенно опасны «полужайки» (которые, как известно, страшнее полных невежд) в области иммунопрофилактики. На фоне недо-

статочной осведомлённости значительной части нашего населения в области охраны здоровья и из-за обычного человеческого страха перед любым парентеральным вмешательством («уколами») подобное «учение» находит последователей. А имеющееся ничтожное количество тяжёлых осложнений, так или иначе связанных с прививками, к сожалению, используется как весомый аргумент.

Бороться с этим можно только с помощью дальнейшего усовершенствования иммунопрофилактики и параллельно – путём правильно поставленного санитарного просвещения.

– Наталья Николаевна, рождение в такой известной семье – большое счастье, но и большая ответственность. Вас никогда не тяготила девичья фамилия?

– Она мне очень мешала. Люди мешанского, обывательского толка (а таких у нас ещё немало) почему-то считали, что, во-первых, я очень богата (дед-богач помогает), и, во-вторых, у меня везде блат (опять же благодаря деду). Корней Иванович перед войной переехал из Ленинграда в Москву, в небольшую квартирку из трёх комнат, одна из которых была его рабочим кабинетом. Семья моего папы, то есть моя, оставалась в Ленинграде, откуда мы с мамой и братом стремительно выехали в эвакуацию в июле 1941 г. (папа уже был на фронте, выходил в это время из окружения в Эстонии), а в первую же бомбёжку Ленинграда (8 сентября 1941 г.) наш дом был разрушен.

Помыкавшись в эвакуации, мы весной 1943 г. переехали в Москву, к деду, жившему с бабушкой и внуком (сыном погибшего к тому времени другого сына, Бориса), а вскоре там поселились и моя тётя

с дочкой. Однако в мединституте в общежитии мне отказали: «У них квартира на улице Горького!» И пришлось снимать углы в комнатах у жильцов коммунальных квартир за счёт скромных сумм, присылаемых отцом-фронтовиком, лишая себя необходимого (имущество-то погибло в Ленинграде).

Ко всем материальным проблемам прибавилась ещё одна: в начале 1944 г. Корней Иванович перестали печатать, как «буржуазного» писателя.

– Поэтому поражаешься, какой силой духа и настойчивостью надо обладать, чтобы продолжать работать и работать, причём по много раз переделывая одну и ту же фразу. Читая дневники Корнея Чуковского, понимаешь, каким он был невероятным тружеником. Говорят,

воспитывают примером. Передалось ли это свойство детям и внукам?

– Работа действительно была для Корнея Ивановича главным делом жизни. При этом никакие излишества его не интересовали. Он вёл скромный образ жизни и совершенно не баловал нас, внуков, а приучал к постоянному труду, постоянно придумывая нам какие-то полезные занятия. А когда наконец появились сбережения, построил в Переделкине не собственную дачу-дворец, а библиотеку, заполнил её детскими книгами и подарил государству.

– Мне очень нравится история, как ваш дед помог одному из пациентов попасть в нужную больницу с помощью своих детских книг...

– Да, он тогда отправился к тогдашнему министру здравоохранения, положил перед ним «Айболита» и «Мойдодыр» и спросил: «Разве это не клад в дело гигиены и лечения? Мне кажется, для системы здравоохранения я не чужой». Благодаря такому подходу к делу вопрос был решён.

– «И даже у маленькой Татки когда-нибудь будут внучатки»... Продолжилась ли врачебная династия дальше?

– Мои дети, сейчас уже пенсионеры, – тоже врачи. И дочь и сын анестезиологи-реаниматологи. Из семи внуков один – хирург-уролог, а внучка – психиатр.

– Корней Чуковский однажды заметил: «Детский писатель должен быть счастливым». В какие моменты он таким был? И что для вас значит это понятие?

– В моём понимании Корней Иванович полностью счастливым никогда не был. Он был типичным русским интеллигентом, страдающим за свой народ, и старался помочь ему путём просвещения.

Впрочем, я думаю, что полного счастья вообще не существует. Его не может быть, если в это же время обязательно кому-то плохо. А вот счастливые мгновения бывают, и спасибо жизни за это!

Беседу вела
Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

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

Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов.

Редакция имеет право публиковать присланные в свой адрес материалы. Факт пересылки означает согласие автора на передачу редакции прав на публикацию и получение соответствующего гонорара.

Главный редактор А.ПАПЫРИН.

Редакционная коллегия: И.БАБАЯН (ответственный секретарь), Е.БУШ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, Г.ПАПЫРИНА, Ф.СМИРНОВ (редактор сайта).

Дежурный член редколлегии – А.ИВАНОВ.

Справки по тел.: 8 (495) 608-86-95. Рекламная служба: 8 (495) 608-85-44.

Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.

Адрес редакции, издателя: 129110, Москва, ул. Гиляровского, 68, стр. 1.

E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru

(отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения);

medgazeta72@mail.ru (электронная подписка); www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 3010181040000000225,

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

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

Отпечатано в ОАО «Московская

газетная типография».

Адрес: 123022, Москва,

ул. 1905 года, д. 7, стр. 1

Заказ № 1825

Тираж 14 009 экз.

Распространяется

по подписке

в Российской Федерации

и зарубежных странах.

