

Медицинская

26 июля 2023 г.
среда
№ 29 (8098)

Газета®



130 лет

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

www.mgz.ru

Срок обучения нейрохирургов необходимо продлить до трёх лет.

Стр. 6

Сутяжничество не всегда приносит пациентам ожидаемый финансовый результат.

Стр. 7

Возврат к единым образовательным программам необходим.

Стр. 11

Проекты

Помочь и поддержать

В формате телемедицины могут получить консультацию пациенты, страдающие онкологическими заболеваниями



Московский проект по психологической поддержке пациентов с онкологическими заболеваниями развивается. В прошлом году в пилотном режиме он был запущен на базе трёх центров амбулаторной онкологической помощи. Теперь их семь!

Психологическая поддержка пациентов с онкозаболеваниями необходима ничуть не меньше правильно подобранных препаратов. Не секрет, что настрой больного и приверженность к терапии – важный аспект лечения. Стремление выздороветь становится если не определяющим, то одним из важных моментов. При известии о страшном диагнозе и сложном процессе лечения пациенту без поддержки не обойтись. А внедрение современных технологий позволяет консультировать даже тех, кто не может приехать в лечебное учреждение.

«Ровно год назад мы запустили пилотный проект по психологической поддержке пациентов, страдающих злокачественными опухолями. На базе трёх центров амбулаторной онкологической помощи, а также по телефону специальной горячей линии работали психологи столичной системы соцзащиты. Проект показал востребованность – за год было проведено около 2 тыс. консультаций. Теперь этот проект расширяется. Московская служба онкопсихологов приступила к работе ещё в четырёх учреждениях – теперь помощь доступна в семи центрах амбулаторной онкологической помощи. Кроме того, запущен новый пилотный проект – телемедицинская линия с онкопсихологами для пациентов. Посетить консультацию можно в онлайн-формате, а вся история обращений останется доступна в личном кабинете», – рассказала заместитель мэра Москвы по вопросам социально-го развития Анастасия Ракова.

Воспользоваться телемедицинской консультацией можно на сайте Московской службы психологической помощи населению или в приложении «Психология для жизни». Важно, что человек может просматривать рекомендации, выбирать специалиста по рейтингу и отзывам, вести с психологом переписку в чате и даже делать домашние задания, обмениваться документами и файлами.

Не менее интересный проект столичного Департамента здравоохранения – встречи группы поддержки «Равный – равному». Те, кто смог преодолеть онкологические заболевания, и те, кто лечится, на этих собраниях общаются и делятся своим опытом. Для многих пациентов важно услышать мнения и советы, поделиться своими переживаниями с человеком, который прошёл этот путь.

Сергей БУДАЧЕНКОВ,
корр. «МГ».

Фото с портала мэра Москвы.

Итоги

15 законов – хороший результат

Говоря об итогах работы Госдумы в весенней сессии 2023 г., председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья **Бадма Башанкаев** остановился на самых важных, по его оценке, принятых законах, касающихся медицинской отрасли.

– Данная сессия оказалась одной из самых активных. Мы приняли 15 законов, это очень хороший результат. Есть законы, которыми горжусь, – подчеркнул Б.Башанкаев.

Самый главный в этом списке – закон о первой помощи. Наконец разрешено стало оказывать первую помощь с использованием аптек, в которых есть не только зелёнка, а серьёзные лекарственные препараты и медицинские изделия. Подобное решение необходимо было принять давно, а сейчас в условиях СВО без него в принципе невозможно, поскольку в аптечке у каждого бойца есть обезболивающие, жгут.

– Автомобильные аптечки также неактуальны в своей традиционной комплектации. Ежегодно в ДТП на российских дорогах гибнет от 25 до 30 тыс. человек, и как минимум четверть из погибших могла быть спасена при своевременном и грамотном оказании первой помощи.

Закон о школьной медицине особо важен тем, что наделил преподавателей правом оказывать первую доврачебную помощь ученикам. Разумеется, после предварительного курса обучения.

К числу бесспорно важных относится закон «О психиатрической помощи и гарантиях гражданам при её оказании», который обновлён впервые с 1992 г. В частности, пришлось отменить статью 38, которая все прошедшие 30 с лишним лет фактически не работала. Зато в новой редакции закона впервые прописана возможность для пациентов психоневрологических интернатов (ПНИ) временно покидать учреждение и отговорены правила для этого.

– При этом сохранён свободный доступ в ПНИ общественных организаций, которые следят за соблюдением прав пациентов. Минздраву предстоит в ближайшее время разработать ведомственные нормативные акты, регулирующие взаимодействие психиатров с общественными организациями. Учитывая особое эмоциональное восприятие обществом любых изменений в данной сфере, поясню, что каждые полгода будет проводиться парламентский контроль исполнения закона на федеральном и региональных уровнях, – пообещал глава комитета.

Из нашедших и стратегически важных – дополнения в закон «Об основах охраны здоровья граждан» в части запрета на смену пола. При этом разрешено лечение детей до 18 лет, у которых диагностированы пороки развития, генетическая или и эндокринная патология, обуславливающие истинную, а не надуманную гендерную дисфорию.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

ЭКСПЕРТНЫЙ УРОВЕНЬ

Пётр ЯБЛОНСКИЙ

Главный торакальный хирург Минздрава России, директор Санкт-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии, президент Ассоциации торакальных хирургов России, профессор:

За последние 10 лет мы достигли максимальных показателей – в 2022 г. выполнили около 80 тыс. операций, суммарное же их число перевалило за 630 тыс.



Стр. 4-5

Новости

Первая сотня тысяч

Почти 100 тыс. инструментальных и лабораторных исследований выполнили в «поездах здоровья» с начала года в Нижегородской области. Об этом сообщили в Нижегородской областной клинической больнице им. Н.А.Семашко, на базе которой формируются мобильно-диагностические комплексы.

По информации медицинской организации, из общего объёма исследований почти треть выполнена в передвижных лабораториях. Это в первую очередь общий анализ крови, а также определение уровня глюкозы, холестерина и гемоглобина в крови.

Как отметил главный врач больницы им. Н.А.Семашко Сергей Богданов, в первом полугодии текущего года в «поездах здоровья» также выполнено свыше 23 тыс. маммографических, 11,5 тыс. флюорографических и 9,8 тыс. электрокардиографических исследований.

«Ещё около 10 тыс. исследований выполнено с помощью аппаратов УЗИ. Чаще всего данный вид диагностики назначают для проверки работы почек, лимфатических узлов, щитовидной железы, органов малого таза и органов брюшной полости. Наши специалисты также имеют возможность выполнить ультразвуковое доплерографическое исследование сосудов и дуплексное сканирование сосудов головы и шеи», – рассказал он.

В Министерстве здравоохранения области подчеркнули, что специализированные модули, позволяющие проводить эти виды исследований, были закуплены для «поездов здоровья» благодаря федеральной программе «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи».

Работа «поездов здоровья» существенно повышает доступность квалифицированной медицинской помощи, что особенно важно для пожилых и маломобильных нижегородцев. Ежедневно в регионе работают 5 мобильных медицинских бригад. Всего с начала 2023 г. в «поездах здоровья» медицинскую помощь получили свыше 25 тыс. жителей области.

Георгий АЛЕКСАНДРОВ.

Нижегородская область.

Не стало выдающегося российского хирурга, талантливого врача, блестящего учёного, мудрого педагога и учителя нескольких поколений хирургов, прекрасно, доброго и светлого человека

**Александра Ивановича
КИРИЕНКО**

Александр Иванович родился 19 октября 1947 г. в Москве в семье военнослужащего. После окончания школы в 1965 г. поступил во 2-й Московский ордена Ленина государственный медицинский институт им. Н.И.Пирогова. Уже во время учёбы в институте он начал свою практическую деятельность в качестве врача неотложной помощи поликлиники № 131 Москвы. Знания и навыки, приобретённые здесь, очень пригодились впоследствии, когда вчерашний студент пришёл в ординатуру на кафедре факультетской хирургии, базой которой была одна из ведущих клиник страны, 1-я городская клиническая больница им. Н.И.Пирогова. Хирургическая служба, объединявшая возможности клиники и кафедры, стала с 1971 г., более чем на полвека, для Александра Ивановича его судьбой, вторым домом, делом, которому он посвятил всю свою жизнь до последних дней.

Окончив ординатуру, А.Кириенко поступил на должность младшего научного сотрудника, став спустя некоторое время ассистентом, а затем доцентом кафедры факультетской хирургии. Именно в эти годы сформировался Хирург с большой буквы, ставший в будущем Учителем с большой буквы, пытливым Учёным с большой буквы, каким все знали Александра Ивановича.

Обладая прекрасными аналитическими способностями, он мог бы с успехом развивать любое научное направление в хирургии, свидетельством чему стали его многочисленные работы по общехирургическим проблемам. Но основной областью его исследовательских интересов стали проблемы диагностики, лечения и профилактики острых и хронических заболеваний вен. В 1997 г. он вошёл в число учредителей одного из наиболее активных профессиональных объединений - Ассоциации флебологов России, которую он возглавлял с 2014 по 2016 г.

В 1999 г. А.Кириенко по конкурсу был избран на должность профессора кафедры факультетской хирургии. Заслуги и достижения Александра Ивановича в развитии российской медицинской науки были отмечены профессиональным сообществом на высоком уровне. В 2004 г. он избран членом-корреспондентом РАМН, в 2011 г. – академиком РАМН.

В 2014 г. он возглавил кафедру, ставшую для него за долгие годы служения медицине поистине родной, и возглавлял её до 2016 г., после чего стал почётным профессором РНИМУ им. Н.И.Пирогова. Став вице-президентом Российского общества хирургов им. академика В.С.Савельева и почётным президентом Ассоциации флебологов России, Александр Иванович всемерно способствовал развитию и повышению роли этих значимых объединений специалистов медицины. Уход из жизни специалиста такого масштаба – тяжёлая потеря для российской хирургии. Его доброжелательность, тактичность, уверенное спокойствие в сложных ситуациях, искреннее внимание к проблемам любого, кто обращался к нему за помощью или советом, умение сочувствовать и сопереживать, прекрасное чувство юмора снискали Александру Ивановичу уважение и любовь не только сотрудников клиники, но и коллег из других городов, которые лишились надёжного товарища, верного друга и мудрого наставника.

Светлая и вечная память, дорогой Александр Иванович! Вы навсегда останетесь в наших сердцах.

**Коллективы кафедры факультетской хирургии № 1
РНИМУ им. Н.И.Пирогова,
Российского общества хирургов им. В.С.Савельева,
Ассоциации флебологов России.**



Тенденции

Диагностический центр ушёл в рейс

Теплоход «Здоровье», работу которого в 2013 г. организовало Министерство здравоохранения Хабаровского края, начал отсчёт второго десятка своих рейсов. Накануне плавающая поликлиника отправилась из Комсомольска-на-Амуре в 11-й поход, на этот раз путь лежит в низовье Амура.

Как пояснили в региональном Минздраве, за время плавания диагностический теплоход сделает 24 остановки в Амурском, Ульчском, Комсомольском и имени Полины Осипенко районах. Экспедиция продлится полтора месяца, в течение которых медицинские работники проведут консультативные приёмы и обследование жителей 32 населённых пунктов края. Жителей 8 удалённых поселений привезут к месту стоянки теплохода на машинах, автобусах, лодках. Такая задача поставлена перед местными администрациями.

В состав медицинской бригады теплохода «Здоровье» вошли 19 специалистов: дерматолог, невролог, офтальмолог, отори-



ноларинголог, кардиолог, уролог, терапевт, педиатр, рентгенолог, фтизиатр, психиатр, представитель Центра общественного здоровья и медицинской профилактики, УЗИ-диагносты, рентгенолаборант, клинический лаборант и медсестра.

– Местные жители с большим нетерпением ожидают теплоход «Здоровье». Возможность попасть на приём к узким специалистам крайне важна для людей, которые живут в глубинке. Наиболее часто специалисты плавучей поликлиники выявляют

во время таких визитов патологии лёгких, сахарный диабет, сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, мочекаменную болезнь, пневмонию и даже туберкулёз, – говорит главный врач территориального консультативно-диагностического центра Ольга Панкова.

После осмотра пациента с подозрением на серьёзное заболевание направляют на дообследование или лечение в краевые стационары.

Елена ЮРИНА.

Хабаровский край.

Опыт

С редкой патологией справились успешно

Причиной резкого снижения качества жизни 47-летнего жителя Югры, длительное время ощущавшего отдающие в ноги сильные поясничные боли, онемение и постоянное чувство холода в ступнях, нарушение функций органов таза, стала редкая и довольно сложно диагностируемая патология сосудов спинного мозга. Распознать проблему удалось благодаря опыту и высокому профессионализму нейро- и рентгенохирургов Сургутской травматологической больницы и возможности магнитно-резонансной томографии.

При обследовании у мужчины на уровне грудного отдела позвоночника обнаружили артериовенозную фистулу – патологическое соустье артерий и вен, когда кровь сообщается между этими двумя разными видами сосудов, минуя капиллярную сеть.

Из-за артериальной крови вена сильно раздулась и стала извилистой, как серпантин. Увеличенная в объёме, она начала сдавливать спинной мозг и перестала обеспечивать отток крови от него. Отсюда и симптомы, которые причиняли страдания пациенту.

По всей стране в год выполняется лишь около 100 операций при фистулах спинного мозга. Вмешательство сложное, ответственное и в определённой степени опасное. Поэтому с



патологией в основном работают федеральные медицинские исследовательские центры, такие как НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко. Однако у рентгенохирургов Сургутской травматологической больницы тоже есть успешный опыт. Такие операции виртуозно выполняет заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения Максим Бессмертных.

Чтобы безошибочно спланировать ход операции, Максим Александрович методом селективной ангиографии в течение 2 часов тщательно исследовал кровоснабжение спинного мозга. Нужно было найти не только сосуды, питающие фистулу, но и расположение артерии, по-

дающей кровь спинному мозгу.

После изучения всех индивидуальных сосудистых нюансов на саму операцию по разобщению артериального и венозного кровотоков у опытного врача ушло около часа.

После операции пациент находился в больнице менее недели. За это время боли в спине начали постепенно регрессировать, а сила в ногах – нарастать. Специалисты отмечают, что симптомы, которые усугублялись на протяжении полугода, за пару дней полностью не исчезнут. Однако положительная динамика будет сохраняться и в дальнейшем.

Елена ОСТАПОВА.

Сургут.

Перспективы

Министр выступил в Госдуме

Глава Минздрава России Михаил Мурашко выступил с государственным докладом на пленарном заседании Государственной Думы. Он рассказал о модернизации первичного звена здравоохранения, цифровизации, внедрении систем искусственного интеллекта, кадровой политике, развитии материально-технической базы, лекарственном обеспечении и других важнейших направлениях в современном здравоохранении.

Министр подчеркнул, что, несмотря на новые гуманитарные вызовы, санкционные ограничения и пандемию, которая продолжалась в 2022 г., в России удалось сохранить финансовую устойчивость системы здравоохранения, обеспечить улучшение медико-демографических показателей опережающими темпами.

В мае ожидаемая продолжительность жизни составила 73,4 года, что выше допандемийных значений, а младенческая смертность в очередной раз обновила исторический рекорд минимума.

Хочу также отметить позитивную динамику в структуре общей смертности. Так, смертность от болезни системы кровообращения и новообразований снизилась, – сказал он.

Ориентация здравоохранения на профилактическое направление – одна из важнейших современных тенденций. С каждым годом охват населения профилактическими мероприятиями увеличивается.

Около 68 млн человек прошли профилактические медицинские мероприятия в 2022 г. На этот год у нас стоит беспрецедентно высокая цифра – 87 млн человек. Система работает. Кроме того, 59% злокачественных новообразований было выявлено в прошлом году на I и II стадиях. Это практически максимальная цифра, – сообщил министр.

Другая важнейшая тема – развитие инфраструктуры и модерни-

зация первичного звена здравоохранения.

– Рост финансирования отрасли обеспечил развитие инфраструктуры и повышение доступности медицинской помощи. В первичном звене завершены работы по строительству более 4 тыс. объектов. До конца 2025 г. планируется дополнительно ввести 3800 фельдшерско-акушерских пунктов и амбулаторий. В 2023 г. ФАПов будет введено 980, – подчеркнул М.Мурашко.

Он рассказал, что в российские медучреждения продолжают поставки медицинского оборудования, при этом предпочтение отдаётся отечественной технике.

– Приобретено 85 тыс. медицинского оборудования. Отдавалось предпочтение только российской технике с цифровыми каналами передачи. За счёт контроля за ценами сумма закупаемого оборудования увеличилась в 1,5 раза. Кроме того, в первичное звено передан рекордный объём медицинского транспорта, а также немедицинского – для работы выездных бригад и медицинских специалистов. Это почти 12 тыс. автомобилей, – добавил глава Минздрава России.

Министр отметил, что мероприятиями программы модернизации первичного звена охвачено уже около 10 тыс. объектов. Эти положительные изменения стали доступны 50 млн граждан.

– До 2025 г. число модернизированных объектов удвоится. Всего будет задействовано более 20 тыс. объектов. Таким образом, будет обновлена каждая третья медицинская организация первичного звена, – отметил М.Мурашко.

Совершенствование политики в области лекарственного обеспечения имеет большое значение в период санкционных ограничений. Государство продолжает улучшать механизмы регистрации и оборота медицинской продукции, поддерживает импортозамещение и отечественное фармпроизводство.

– В ответ на новые экономические вызовы для эффективного лекарственного обеспечения граждан в 2022 г. усовершенствовали механизмы регистрации и оборота медицинской продукции. Ускорены и упрощены процедуры закупок, установлены предельные сроки поставок. Продолжалась реализация механизма централизованных закупок. Это позволило снизить стоимость примерно на 5%. Для предотвращения риска дефектуры на основе маркировки лекарственных препаратов создана аналитическая витрина, – сказал М.Мурашко.

Значительную роль в улучшении системы здравоохранения играет цифровая трансформация. Она существенно упрощает работу врача и помогает пациентам, например, быстро записываться к врачу онлайн.

– В 2022 г. 32 млн граждан воспользовались сервисами в личном кабинете «Моё здоровье». Самыми востребованными сервисами остаются запись на приём к врачу. По внешним оценкам фактически 2/3 молодых мам и пап сегодня записываются в онлайн-режиме. Это хороший результат, – добавил он.

Новые регионы России успешно проходят интеграцию в нашу систему здравоохранения.

– В первую очередь 234 объекта сегодня уже модернизируются. Предусмотрено 5,6 млрд руб. на социально-экономическое развитие территорий, а также отдельное финансирование на больницу интегративного лечения в Мариуполе и блок вопросов, затрагивающий первичное звено. На эти субъекты в этом году пойдёт 1 млрд руб. Хочу отметить, что мы полностью заменили машины скорой помощи в новых регионах, что позволяет бесперебойно работать нашим специалистам. Ну и, конечно же, вы все информированы о том, что сегодня более 330 тыс. детей прошли углублённые профилактические осмотры, – добавил министр.

Павел БАЛАГИН.

Инициатива

Препараты для прерывания беременности – под контроль

В Минздраве России поддерживают ограничение продажи препаратов для прерывания беременности и их перевод на количественный учёт, эта работа должна завершиться в текущем году, заявил министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко.

«Блок вопросов касался демографических, в том числе, направлений, в частности, ограничения продажи и перевода в предметно-количественный учёт препаратов для прерывания беременности. Мы поддерживаем и считаем, что в этом году этот процесс надо завершить», – сказал министр журналистам по итогам заседания президиума фракции «Единая Россия».

По его словам, «препараты, которые используются для медикаментозного аборта, должны жёстко контролироваться для обращения в

медицинских и фармацевтических организациях».

М.Мурашко ранее назвал «порочной практикой» желание женщин вначале построить карьеру и материально себя обеспечить, а уже после рожать детей, в результате чего возникают проблемы с вынашиванием и бесплодием.

Ранее вице-премьер Татьяна Голикова поручила Минздраву России представить предложения о целесообразности запрета на проведение аборта несовершеннолетних с 15 лет без согласия родителей.

Кроме того, вице-премьер поручила Минздраву проработать вопрос о том, чтобы женщины, планирующие прервать беременность, и женщины, лежащие на «сохранении» беременности, не находились в одной палате.

Владимир ЧЕРНОВ.

Однако

Почти или всего?

В Министерстве здравоохранения Хабаровского края сообщили о том, что с начала текущего года благодаря организации доабортного консультирования в регионе смогли предотвратить без малого 300 абортов.

– За полгода 2023 г. психологи проконсультировали 1243 женщины, благодаря чему удалось сохранить почти 300 беременностей. Это важная работа, направленная на улучшение демографической ситуации в стране и регионе, – заявила начальник отдела медицинской помощи детям и службы родовспоможения краевого Минздрава Жанна Васильева.

На сегодняшний день в крае организован 31 кабинет медико-социальной помощи, где оказывают поддержку женщинам, находящимся в кризисной ситуации «репродуктивного выбора». Как уточнила представитель ведомства, психолог не отговаривает от аборта – он предоставляет будущей матери некую важную информацию, «повышает осознанность чувств». Отмечается, что дальневосточные специалисты работают с колеблющимися беременными женщинами по новым стандартам с использованием специальных речевых модулей, разработанных Минздравом России.

Ж.Васильева подчеркнула, что при реализации демографической политики «важно не запрещать аборт законодательно, а сделать

желанным рождение ребёнка». Однако эффективность дней открытых дверей в женских консультациях, трансляций противоабортных роликов на экранах медицинских учреждений и личных душевных бесед, которые призваны сделать желанным рождение ребёнка, видится далеко не столь большой, как её пытаются представить. В утверждении «почти четверть проконсультированных с начала года женщин приняла решение сохранить малыш», которое исходит от Министерства здравоохранения региона, слово «почти» было бы уместно заменить на «всего».

Результативность доабортного консультирования, по всей видимости, уже достигла своего максимума: за прошлый год специалистами кабинетов медико-социальной помощи края было проконсультировано 2697 женщин, удалось сохранить 643 беременности. То есть итог аналогичен нынешнему: лишь четверть обратившихся за помощью дам решили поле этого, что в их ситуации родить – лучше, чем прервать.

Каким ещё, более эффективным образом можно и нужно добиваться ментального и чувственного преобразования социально неблагополучной и психологически незрелой, но уже беременной женщины? Об этом чиновники от здравоохранения не говорят.

Ирина БАЖЕНОВА.

Хабаровск.

Ориентиры

Сотрудничество по радиотерапии

Россия заинтересована в развитии плодотворного сотрудничества со странами БРИКС по радиофармпрепаратам. Об этом рассказал заместитель министра здравоохранения РФ Сергей Глаголев, выступая на Международном экспертном форуме по ядерной медицине стран БРИКС.

– Сегодня радиотерапия является ведущим потребителем радионуклидной продукции и, конечно, учитывая российский более 70-летний опыт работы в области ядерной физики, радиологии, мы крайне заинтересованы в развитии плодотворного сотрудничества со странами БРИКС в этом направлении, – сказал С.Глаголев.

Он отметил отечественные разработки, в том числе НМИЦ радиологии, в области создания радиофармацевтических препаратов. «Они на протяжении последних десятилетий достаточно активно применялись в российском здравоохранении. Сегодня у нас разрешены и выпускаются порядка 60 торговых наименований лекарственных средств радиофармацевтических для терапии и диагностики, не говоря об изготавливаемых в аптеках, – добавил замминистра.

Важно, что стандарты и требования к производству, качеству, эффективности и безопасности радиофармпрепаратов совпадают со стандартами БРИКС.

Игорь НАУМОВ.

Акценты

Проверил главный специалист

По поручению министра здравоохранения РФ доступность и качество оказания медицинской помощи на трассе Ростов-на-Дону – Крым лично проверил главный специалист по скорой медицинской помощи Минздрава России Сергей Багненко. На автомобиле он проехал от Ростова-на-Дону до Крыма и дал экспертную оценку.

В Донецкой Народной Республике вместе с министром здравоохранения Дмитрием Гарцевым они

посетили пункт пропуска возле Новоазовска – там круглосуточно дежурит бригада скорой медицинской помощи. Проверили и пункт временного размещения, где на постоянной основе работают медики.

Далее путь лежал через Мариуполь, Бердянск, Мелитополь, Геничак. В Херсонской области вместе с министром здравоохранения Артышом Сатом, помимо прочего, обсудили перспективы развития здравоохранения в регионе, взаимодействие с федеральными организациями.

– Во всех точках по маршруту осмотрели приёмные отделения ключевых больниц. Оценили возможность выездных бригад скорой помощи. Специалистов достаточно, необходимое оборудование и препараты в наличии. Остановки для заправки, санитарных нужд и отдыха имеются на всём пути, – отметил С.Багненко.

По пути следования из Крыма или в Крым на пунктах пропуска и у паромной переправы организовано дежурство бригад скорой медицинской помощи.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Криминал

Новый способ мошенничества

Мошенники придумали способ обмана медиков при помощи фейковых аккаунтов главных врачей в социальных сетях.

Глава нижегородского Минздрава Давид Мелик-Гусейнов рассказал, что злоумышленники начали заводить в мессенджерах фальшивые аккаунты главных врачей с их фотографиями в профиле. Далее с этого номера идёт рассылка сотрудникам организации с требованием прочитать личное

сообщение в мессенджере или на электронной почте.

Открыв письмо на почте, медик получает звонок от фейкового сотрудника ФСБ. Жертву обвиняют в нарушении установленных правил и законов, а также медицинских протоколов и порядков, а для урегулирования вопроса озвучивается цена снятия обвинений.

Подобной схемой мошенники пользуются и в других регионах. Так, главный врач краевой клинической больницы в Красноярске

Егор Корчагин рассказал: «Ушлые ребята придумали в Telegram аккаунт от имени человека, совпадающими с моими данными, и рассылают сотрудникам больницы якобы от моего имени письма с предложением встретиться с представителями силовых структур». По его словам, параллельно с этим мошенники звонят медикам и общаются «о нависшей угрозе над их личными счетами».

Юрий ДАНИЛОВ.

Торакальная хирургия в России – одно из бурно развивающихся направлений современной медицины. За такой небольшой срок, как 20 лет, кардинально изменились подходы к основам диагностики патологий органов грудной клетки, появились качественно новые возможности оперирования лёгких, сердца, средостения. Именно торакальная хирургия дала толчок развитию кардиохирургии, сосудистой хирургии, анестезиологии. А в последние годы усилились тенденции к сближению и сотрудничеству этих дисциплин. Всё это придаёт новый импульс службе и позволяет смотреть в будущее с оптимизмом, говорит главный специалист торакальный хирург Минздрава России, главный специалист хирург Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга, директор Санкт-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии, президент Ассоциации торакальных хирургов России Пётр ЯБЛОНСКИЙ.

– Пётр Казимирович, как развивается торакальная служба в регионах? Каково её состояние в онкологических и противотуберкулёзных диспансерах, в общих торакальных отделениях на базе многопрофильных больниц?

– В регионах наша служба представлена чаще всего тремя учреждениями – онкологическим, противотуберкулёзным диспансером, многопрофильными больницами, как правило, областными, краевыми, республиканскими. И, конечно, в разных регионах эти 3 службы (а иногда и 4, и 5, потому что есть ещё федеральные и ведомственные учреждения) выглядят по-разному. В целом за последние 10 лет нами достигнут максимальный показатель – в 2022 г. выполнили около 80 тыс. операций, суммарное же их число перевалило за 630 тыс. с 2011 г. В последний год в целом служба выглядит гораздо оптимистичнее, чем в ковидные годы, когда количество операций сократилось до 34 тыс. в год.

Наиболее мощные центры расположены в крупных административных центрах (Москва, Санкт-Петербург, Краснодар, Тюмень, Новосибирск), в которых выполняется от 300 до 4000 операций в год. Как правило, это многопрофильные торакальные центры, которые имеют возможность оперировать как онкологических больных, так и больных с врожденными заболеваниями органов грудной клетки вследствие травм, с нагноительными заболеваниями лёгких и их осложнениями.

Конечно, состояние направления сильно зависит от руководителя. В качестве примера приведу НИИ – Краевую больницу № 1 им. С.В. Очаповского в Краснодаре, руководит которой академик РАН Владимир Алексеевич Порханов. Эта больница – единственный лидер РФ во всех рейтингах, за прошлый год они выполнили 4006 операций.

– Чем объясняется такой уровень в Краснодаре?

– Прежде всего инициативой руководителя, сумевшего убедить руководство края создать центр грудной хирургии, который сегодня является наиболее мощным структурным подразделением больницы Очаповского. В одном центре сконцентрированы отделения сердечно-сосудистой хирургии, кардиологии, пульмонологии, торакальной хирургии. Появилась возможность создания отделения гнойной торакальной хирургии. Работа по принципу замкнутого цикла даёт возможность выполнять гибридные, комбинированные и последовательные операции при различных заболеваниях сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Реализованы программы трансплантации сердца и лёгких. И это один из лучших примеров динамичного развития торакальной службы страны.

Если говорить о городах или регионах, то мне приятно сообщить, что в сумме наибольшее количество операций было выполнено в

Санкт-Петербурге – около 7 тыс., на втором месте Москва – 6,5 тыс., затем Краснодарский край – 4,6 тыс. Я ссылаюсь только на форму отчётности, которую Ассоциация торакальных хирургов собирает уже в течение 12 лет. Эти цифры в значительной мере зависят и от дисциплины учреждений, которые могут сдать отчёты, а могут не сдать. Но нынешний отчёт представляется наиболее полным, потому что данные предоставили все ведущие федеральные учреждения Москвы, Санкт-Петербурга и других регионов. Это наводит на мысль, что они близки к истинным цифрам, которыми можно оперировать.

– По каким направлениям, на каких органах выполняется больше всего оперативных вмешательств?

Экспертный уровень

Пётр Яблонский:

Торакальная служба достигла максимальных показателей



– За последние 10 лет количество операций увеличилось более чем в 2 раза. Половина их выполняется по поводу злокачественных новообразований (ЗНО) лёгких, 21% это туберкулёз, 13% – доброкачественные новообразования, 8% – неспецифические патологии. Традиционно в нашем разделе хирургии, как и во всём мире, больше всего операций выполняется на лёгких, на втором месте органы средостения и пищевод. Эта тенденция характерна для всей мировой торакальной хирургии. Отмечу, что в структуре операций происходят интересные изменения: увеличивается ежегодное количество операций по поводу ЗНО лёгких и сокращается количество операций по поводу туберкулёза.

– Это связано с изменениями в структуре заболеваемости?

– Конечно. Наша страна уверенно движется в сторону победы над туберкулёзом. Значительно сократилась заболеваемость и количество оперативных вмешательств по поводу данного заболевания. Но должен сказать, что те операции, которые выполняются по поводу туберкулёза, стали гораздо сложнее, потому что это, как правило, лекарственно-устойчивые формы туберкулёза, повторные операции, операции при рецидивном туберкулёзе.

С другой стороны, значительно выросло количество диагностических операций, и это отрадная тенденция, потому что торакальные хирурги сегодня в значительной степени открывают глаза фтизиатрам и пульмонологам на патологию, которая без различных видов биопсий остаётся неясной. К примеру, диссеминированный туберкулёз следует дифференцировать с ещё по крайней мере 150 диссеминированными заболеваниями лёгких. И даже если оказывается туберкулёз, то мы определяем его

лекарственную чувствительность, спектр лекарственной устойчивости, и от этого зависит правильность терапии, что чрезвычайно важно.

Хочу отметить, что сегодня в нашу практику ворвались нетуберкулёзные микобактериозы, уже известно более 50 таких микобактерий, которые, в принципе, являются уделом пульмонологов. Но диагностировать эту патологию могут только лаборатории противотуберкулёзных учреждений, потому что выделить эти микобактерии можно, только пользуясь технологиями анаэробного посева, доступными сегодня исключительно фтизиатрам. Это роднит нас с нашими пульмонологами.

Есть также масса других заболеваний, и гранулематозных, и

центров, выполняющих больше 300 операций в год, уже 22, а совсем недавно их было только 10. И это путь, который регионы могут взять на вооружение.

Причина отставания ряда регионов, как правило, комплексная. Много зависит от того, в каком учреждении располагается отделение торакальной хирургии. И очевидно, что противотуберкулёзные отделения значительно уступают по количеству выполняемых операций онкологическим. Много зависит от материального положения регионов. В ряде случаев причина отставания кроется в кадровом её обеспечении. Много зависит от плотности населения. В областях с количеством населения менее 1 млн нерентабельно содержать три торакальных отделения, о чём

в целом мы смотрим в будущее с оптимизмом.

– Повлияли ли санкции на работу службы и испытываете ли вы трудности с техническим оснащением?

– Крупные поставщики медицинских изделий пока что исправно поставляют свою продукцию. Есть небольшие сбои, связанные не столько с отказом от поставок, сколько с логистическими трудностями – они идут к нам дольше. С другой стороны, появились и эффективные отечественные и импортные аналоги из дружественных стран, в первую очередь из Китая. В этом смысле мы достаточно гибко реагируем. Пока нигде ни в одном регионе служба не встала из-за отсутствия того или иного расходного материала.

интерстициальных, которые мы сегодня должны тоже знать, потому что эффективных схем лекарственной терапии некоторых из них не существует, и таких больных надо сразу отправлять к трансплантологам, для постановки в лист ожидания на трансплантацию лёгких. Отдельный синдром – это лимфаденопатия средостения. И чаще всего его причиной оказывается саркоидоз. Но нередко встречаются и лимфомы, и туберкулёз, и другие заболевания, включая редкие, которые можно диагностировать только путём биопсии лимфатического узла. Сегодня торакальные хирурги с этим блестяще справляются.

– Вы сказали, что одни регионы лидируют, другие отстают по количеству торакальных операций. Чем объясняется такая разница, и что следовало бы «докрутить» у отстающих?

– По данным статистического отчёта Ассоциации торакальных хирургов, в 2022 г. лидерами по количеству операций стали Санкт-Петербург и Москва. Это наиболее густонаселённые регионы, в них содержится наибольшее количество крупных торакальных центров, выполняющих более 300 торакальных операций в год.

В топовых регионах, помимо Краснодара, я бы назвал Тюменскую, Томскую области, Казань, Самару, Пермский край, Челябинск, Республику Башкортостан. Это наши лидеры. Более тревожная ситуация на Северном Кавказе (Дагестан, Чеченская Республика), но не только. Очень скромные показатели демонстрируют Новгородская, Псковская, Костромская, Вологодская области, Кемерово, Республика Коми. Есть ещё ряд регионов, которые требуют пересмотра политики в области торакальной хирургии.

Кстати, в прошлом году мы провели в Самаре очень интересную конференцию под девизом «Нестоличная» торакальная хирургия». В своём докладе к этому событию я показал, как влияет количество операций на их спектр – анатомические, атипичные резекции, реконструктивно-восстановительные и т.д. И должен сказать, что эти цифры разительно отличаются от центра к центру. В учреждениях, где выполняется более 300 операций в год, гораздо больше высокотехнологичных повторных, гибридных операций, тогда как в отделениях, выполняющих менее 100 операций в год, преобладают атипичные резекции лёгких, дренирование плевральной полости. Радует, что

мы уже говорили. Логично в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по профилю «торакальная хирургия» создавать торакальные центры на базе многопрофильных больниц. В ряде случаев с этими функциями справляются онкологические диспансеры.

– Каково соотношение миниинвазивных и открытых вмешательств?

– Сегодня в структуре операций более 50% занимает малоинвазивная хирургия. Более того, это не только видеоторакоскопические, но уже и роботические операции. Удельный вес последних, конечно, гораздо меньше, но сегодня они уже заметны в статистике. И эти тенденции меня очень и очень радуют.

– Как Россия выглядит в вашей дисциплине по сравнению с зарубежными странами?

– Мы обычно ориентировались на ежегодно издаваемую Европейским торакальным обществом так называемую Серебряную книгу с базой их данных, и хочу сказать, что наш регистр выглядит гораздо мощнее. К примеру, если мы выполняем почти 80 тыс. операций в год, то у них это количество, к сожалению, не меняется, ежегодно они регистрируют порядка 20 тыс. Конечно, торакальная хирургия в европейских странах развита по-разному. Среди лидеров я бы назвал Италию, Испанию, также Австрию, Францию, Бельгию. Как видите, в этом списке нет таких стран, как Германия, Польша, Болгария, Венгрия, Румыния, где, на мой взгляд, торакальная хирургия не достигла своего расцвета.

– Как после пандемии коронавируса инфекция восстанавливается стационаров, оказывающих медицинскую помощь по профилю «торакальная хирургия»?

– Быстрее всего эта помощь восстанавливается в федеральных учреждениях, которые располагают соответствующими мощностями. А вот что касается регионов, то это зависит от положения дел на месте. Одна из самых тяжёлых ситуаций в Челябинской области, где существовало традиционно много маломощных торакальных отделений, и главные врачи ряда больниц решили их сократить на фоне борьбы с пандемией. Это, конечно, тревожная тенденция. И тут многое будет зависеть от главных специалистов – торакальных хирургов федеральных округов и регионов, которые должны доказать своему медицинскому руководству необходимость сохранения торакальной службы в новых, современных форматах. Что же касается глобальных показателей, то я уже говорил, что в этом году они вдвое перекрыли показатели прошлого года. Поэтому

– Как ведётся работа с главными специалистами субъектов?

– Мы находимся в еженедельном контакте, и я очень ценю высокий профессионализм и организаторские способности коллег – Чикинёва Юрия Владимировича, Тарабрина Евгения Александровича, Фастаковского Василия Владимировича, Пушкина Сергея Юрьевича. Наша главная проблема не в контактах со специалистами, а в том, что у нас всё-таки много ведомственных учреждений – ФМБА, Министерство обороны, МВД, ФСБ, других, которые занимаются и торакальной хирургией на территории региона, но не всегда главный специалист может до них достучаться.

– Сколько сегодня в стране действует торакальных хирургов? Вы неоднократно заявляли о грядущем реформировании системы образования в своей дисциплине. Что включает такая реформа?

– Сегодня в базе данных нашей ассоциации состоит 362 торакальных хирурга. Я не уверен, что это окончательная цифра, потому что многие считают себя онкологами, фтизиатрами, но это достаточно большая армия для такой узкой специальности, как наша.

Что касается реформы образования, то она включает в себя прежде всего увеличение продолжительности обучения на один год с улучшением его качества, обучение выпускников новым компетенциям. Кстати, в новом образовательном стандарте торакального хирурга предусмотрено выполнение жёсткой и гибкой бронхоскопии, хирургических вмешательств на лёгких, пищеводе и других органах средостения при всех нозологических формах, включая онкологические заболевания. И я хочу выразить искреннюю благодарность нашим коллегам – эндоскопистам, онкологам, Российскому обществу хирургов, которые согласовали все эти опции в стандарте торакального хирурга.

Заминка случилась при обсуждении образовательной программы, в которой эксперты усмотрели неоправданно большой научный модуль, который рекомендовали сократить. На сегодняшний день все вопросы сняты, в плане Нацмедпалаты стоит утверждение нашего образовательного стандарта уже в этом году. И хочется верить, что с будущего года наша ординатура станет 3-летней.

– Вы говорили о необходимости пересмотра КСГ и коррекции коэффициентов специфики оказания медпомощи. Как обстоят дела с финансированием ваших операций?

– Коэффициент специфики оказания медицинской помощи фе-

деральными медицинскими организациями уменьшает стоимость лечения торакальных пациентов на 2-4-м уровнях оказания медицинской помощи. Существующие коэффициенты затрат ёмкости для торакальных отделений в ряде случаев не обеспечивают расходы на выполнение операций с применением современных технологий. Сегодня, с учётом увеличения доли высокотехнологичных операций в структуре ОМС, требуется пересмотр финансирования операций по профилю «торакальная хирургия». Это очень сложный вопрос, потому что он касается пересмотра всех направлений ВМП в стране. Но работа по этому направлению уже начата, и я надеюсь, что коэффициент специфики будет пересмотрен.

– На прошедшем недавно XII Международном конгрессе по кардиоторакальной хирургии вы говорили о необходимости изменений в статистической отчётности. Коснулись расширения диагностического модуля и изменения онкологического модуля, разработки динамических опросников по наиболее актуальным нозологиям и внедрения онлайн-формы подачи отчётов. Как продвигается эта работа?

– Впервые за последние 10 лет в 2022 году мы изменили форму отчётности, что позволило нам получить много новой и актуальной информации. В декабре нынешнего года на очередном заседании профильной комиссии Минздрава мы представим доработанную форму отчётности. При этом мы не должны потерять существующую базу данных, но должны её диверсифицировать с учётом накопленного опыта. Главным её отличием будет появление онкологического и диагностического модулей.

– Как будет меняться нормативная база? Как обстоят дела с разработкой клинических рекомендаций по наиболее актуальным торакальным нозологиям?

– В значительной мере это зависит от ситуации в стране и от нашей активности. На последнем заседании профильной комиссии мы рассмотрели план подготовки национальных клинических рекомендаций по двум нозологическим формам – медиастиниты и эмпиема плевры. По результатам обсуждения было принято решение о создании рабочей группы для подготовки национальных клинических рекомендаций по эмпиеме плевры. Это наиболее многочисленная и затратная нозология в нашей специальности, особенно в постковидные годы. Надеюсь, рабочий вариант будет готов уже в этом году, и на очередном конгрессе мы его примем.

– Как вы оцениваете перспективы развития службы?

– В целом перспективы оцениваю с оптимизмом. Ассоциация торакальных хирургов представляется рабочим консолидирующим органом, последний конгресс собрал более 600 человек. В её работе активно участвуют как академические учёные, так и практические врачи. Выросло поколение торакальных хирургов, виртуозно владеющих всеми миниинвазивными способами оперирования, а приглашение торакального хирурга в операционные кардиососудистых, абдоминальных хирургов уже не является исключением.

Тенденцию движения вперёд прекрасно демонстрирует развитие торакальной хирургии в нашем Санкт-Петербургском НИИ фтизиопульмонологии. В соответствии с порядком оказания помощи по торакальной хирургии мы создали центр, в котором есть амбулаторно-консультативное, стационарное, фтизиатрическое отделения с мощнейшей бронхологической службой. Если раньше мы делали 5-6 операций в неделю, то теперь 32-45. Разумеется, выросло и качество нашей работы. Я горжусь моими молодыми коллегами, которые владеют всеми направлениями современной торакальной хирургии. И этот путь мы предлагаем нашим коллегам в регионах.

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

Акценты

Врачи вернулись из Донбасса

Ими осмотрено более 5 тыс. детей

Более 2 месяцев в Макеевке проводили профилактические осмотры детей медики из Челябинской области. Большая мобильная бригада была сформирована на базе детской городской клинической больницы № 7 Челябинска.

«Это был новый опыт; приходилось работать практически с нуля, – рассказала заведующая филиалом поликлиники ДГКБ № 7 Наталья Козлова. – Система здравоохранения настолько отличалась от нашей, было даже ощущение, что мы попали в прошлое – в 2000-е».

Челябинские медики привезли с собой не только оборудование, медикаменты, расходные материалы, но и столь любимые ребячьей подарки: всевозможные раскраски, карандаши, акварель, кисточки, пластилин, наклейки, сладости.

В бригаду вошли квалифицированные специалисты из разных лечебных учреждений: ДГКБ № 7, ЧОДКБ, ОКБ № 2, ГКБ № 9, ДГКП № 8 им. Александра Невского, ДГП № 4. Среди них – педиатры, уролог, хирург, ортопед-травматолог, лор, невролог, кардиолог, УЗИ-диагност, функционалист, сестриятр, психолог, 6 медицинских сестёр и фельдшер-лаборант. Жили медики на окраине города, на автобусах их довозили до Макеевки, где на площадке взрослой больницы проводили осмотры детей.

«На третий день нашего пребывания многие уже знали, что приехали врачи из России, значит, можно бесплатно обследоваться, пройти всех специалистов, получить назначение и лечиться. Дети и родители нам часто говорили «спасибо», а иногда благодарность выражалась только в глазах, но так, что душа радовалась», – добавила Н.Козлова.



Момент награждения

За время командировки было много трогательных историй. Наталья Владимировна поделилась одной из них: «Мы осматривали детей, но в коридорах людей меньше не становилось. На приёме спросила одну из девочек, почему они не уходят, ведь осмотр уже прошёл. Девочка расплакалась. Оказалось, из-за дистанционного обучения дети не виделись 2-3 года. Соскучились, и вот, наконец, они встретились. Так как класс выпускной, боялись, что после завершения школы уже не увидятся. Они в коридорах обнимались, плакали, и мы плакали вместе с ними. Было очень трогательно и тяжело одновременно».

По словам челябинских специалистов, в течение 70 дней на приём каждый день приходило

намного больше запланированного количества детей. При этом у многих последней записью в медицинской карте был осмотр врача ещё в 2014 г.

Врачи осматривали детей разного возраста, от 1 месяца до 18 лет. Среди впервые выявленных серьёзных заболеваний были сахарный диабет, новообразования, заболевания почек, пороки сердца и патологии опорно-двигательного аппарата. Таких детей медики направляли на лечение в больницы Донецкой Народной Республики и Российскую детскую клиническую больницу.

«Я ездила в первый раз. Трудиться мы привыкли, работа была знакома, – говорит главная медсестра ДГКБ № 7 Оксана Костюченко. – Сложно было в психологиче-



Врач лаборатории ДГКБ № 7 Наталья Яшкина за работой

ском плане. Боялись что-то лишнее сказать, чтобы вдруг не обидеть детей или родителей. Утро началось с забора крови на анализы, дальше дети проходили осмотр у профильных специалистов. В конце дня подводили итоги, и каждый раз перевыполняли поставленный план. Самое главное: мы видели, как в нас нуждались детки, как нам были рады. Хотелось помочь каждому ребёнку и уделить им больше внимания».

Там же, на Донбассе, министр здравоохранения России Михаил Мурашко и глава ДНР Денис Пушилин лично отметили работу и наградили Оксану Костюченко за активное участие в организации оказания медицинской помощи детям в условиях СВО.

«На вручении поняла, что Михаилу Альбертовичу известна история каждого, кого он в этот день награждал. Было очень приятно, что работу медицинских сестёр видят, уважают и ценят на таком высоком уровне. В этот момент ощутила особую гордость», – рассказала О.Костюченко, трудовой стаж которой в детской поликлинике более 35 лет.

«С больницей Макеевки продолжаем работать, активно взаимодействуем. Нам часто звонят, советуются, а мы рады быть полезными, даже после командировки», – поделилась главный врач ДГКБ № 7 Елена Пилипенко.

За время командировки медики из Челябинской области осмотрели свыше 5 тыс. детей. Они вели работу с маленькими пациентами практически в круглосуточном режиме.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Челябинск.

Современные технологии

Отказались от лишнего, выиграли время

Специалисты рентгеновского отделения Новосибирской областной клинической больницы оптимизировали алгоритм проведения диагностического поиска у пациентов с подозрением на медиастинит. Они исключили из стандартной схемы всё, что не информативно и лишь затягивает время обследования. В итоге выиграли во времени и точности. Доказано, что эффективность такого подхода достигает 96,4%.

Как пояснила заведующая рентгеновским отделением больницы кандидат медицинских наук Яна Манакова, роль лучевых диагностов в дифференциальной диагностике медиастинита первостепенна, учитывая, что летальность при медиастините высокая, а сама ситуация, как правило, экстренная, из-за чего времени на принятие решения у врачей мало.

– Именно грамотный лучевой диагност позволяет хирургам

быстро получить ответы на главные вопросы: действительно ли у пациента медиастинит, какова его локализация, что позволит хирургу выбрать правильную оперативную тактику, – говорит Я.Манакова.

В Новосибирской областной больнице отработана схема действий при поступлении пациента с подозрением на воспаление средостения. Первый этап – краткий сбор анамнеза в приёмном отделении. После минимального осмотра врачом больной сразу же подаётся на второй этап – в кабинет компьютерной томографии, который расположен рядом с приёмным отделением. Не дожидаясь готовности лабораторных анализов, начинают выполнять КТ шеи и грудной клетки с контрастным веществом для максимально точной и быстрой визуализации патологического процесса.

– Мы не проводим при подозрении на медиастинит рентгенографию или рентгеноскопию органов грудной клетки, потому

что в данном случае они недостаточно информативны. Минувший этап, сразу приступаем к КТ-диагностике, это – одно из принципиальных отличий нашего подхода. Во время исследования челюстно-лицевой и торакальной хирургии находятся рядом с лучевым диагностом в пультовой. Они видят «картинку» на мониторе, тут же определяются с методикой оперативного вмешательства и дают команду операционной бригаде готовиться. Как только КТ-сканирование закончено, пациента поднимают в оперблок. По нашему опыту, такова оптимальная тактика, она позволяет экономить время, что в тяжёлых случаях, когда требуется экстренная операция, нередко становится решающим фактором, – продолжает заведующую рентгеновским отделением ГНОКБ.

Эффективность такого подхода была подсчитана сотрудниками отделения математически. Они проанализировали истории болезни 58

пациентов с разными вариантами медиастинита за период с 2013 по 2023 г. Определяли, насколько часто встречаются основные КТ-симптомы медиастинита при первом исследовании – эмфизема, изменение плотности жировой клетчатки, наличие воздуха в средостении, жидкостные скопления, а также то, как их частота и комбинация коррелируют с точностью постановки диагноза.

В настоящее время специалисты больницы на основе результатов данного исследования готовят методическое руководство для лечебных учреждений Новосибирской области. В его основе – алгоритм обследования пациентов с медиастинитом, используемый в ГНОКБ.

В июне на Международном конгрессе по кардиоторакальной хирургии в Санкт-Петербурге Яна Манакова представила новосибирский опыт лучевой диагностики медиастинита и результаты его применения. Следует отметить, что в этом году теме медиастинита впервые была посвящена отдельная секция конгресса. Видимо, степень серьёзности этого заболевания и сопряжённой с ним высокой летальности стала очевидной для организаторов ежегодного форума.

Елена СИБИРЦЕВА.

Новосибирск.

Главный специалист-нейрохирург Минздрава России и вице-президент Ассоциации нейрохирургов России академик РАН Владимир Крылов недавно организовал и возглавил кафедру фундаментальной нейрохирургии на факультете дополнительного образования Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова (РНИМУ). Внештатный корреспондент «МГ» Дмитрий ЕЛИФЕРОВ встретился с ним в его кабинете в НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского.

– Владимир Викторович, как вы представляете реформу подготовки нейрохирургов в нашей стране?

– Нейрохирургия – очень ёмкая специальность. Она основана на знаниях смежных областей: лучевой диагностики, физиологии, патофизиологии, реаниматологии, основ хирургии и военно-полевой хирургии, неврологии, ортопедии и т.д. Поэтому 2 года, предусмотренные на обучение специальности, являются крайне малым сроком. Для получения молодым врачом представления о специальности и освоении определённых навыков необходимо предусмотреть срок обучения от 3 до 5 лет, и сейчас мы активно работаем над вопросом продления срока обучения в ординатуре до 3 лет. Говорить о 5 годах обучения очень сложно. Молодые врачи-ординаторы, как правило, имеют семьи, социальные и финансовые обязательства, они должны выходить на работу и получать зарплату. Жить на стипендию ординатора невозможно. При этом необходимо понимать, что врачебная специальность предполагает обучение на протяжении всей трудовой деятельности. Поэтому после того, как молодой врач освоит основные хирургические навыки по окончании ординатуры, он должен обучаться на протяжении всей своей профессиональной деятельности, выбирая то или иное направление: нейроонкология, функциональная нейрохирургия, сосудистая нейрохирургия, вертебрология и т.д.

– Что можно изменить или внести как для подготовки самих курсантов, так и с точки зрения рекомендаций для образования нейрохирургов в целом?

– Наша специальность предполагает совершенствование мануальных навыков, и мы должны готовить программу последипломного образования с обязательным вовлечением мануального тренинга. Кроме теоретических знаний, молодых врачей необходимо обучать определённым техническим навыкам, требуемым для выполнения тех или иных операций, что предполагает качественное изменение самой подачи знаний: работу в симуляционных центрах, в вивариях на животных и на анатомическом материале для отработки определённых видов операций. Всё это позволит хирургам более точно и качественно выполнять вмешательства. С 2002 г. проводим мастер-классы по самым разным направлениям в нейрохирургии. Образовательные циклы, посвящённые микрохирургии аневризм головного мозга, диссекции белого вещества, хирургии эпилепсии, лечению тяжёлой черепно-мозговой травмы, реконструктивным вмешательствам, хирургии дислокационного синдрома, хирургии позвоночника, торакоскопическим операциям, эндоскопическим вмешательствам и т.д., проходят здесь, на базе Института Склифосовского и в регионах. Нам необходимо расширить возможности обучения врачей по специальности «нейрохирургия»

и создавать центры подготовки. Прежде всего они должны располагаться в ведущих нейрохирургических клиниках: научных центрах им. Н.Н.Бурденко в Москве, им. В.А.Алмазова в Санкт-Петербурге, мозга и нейротехнологий ФМБА, федеральных нейрохирургических центрах в Новосибирске и Тюмени, крупных региональных центрах, например, таких, как НИИ им. Н.В.Склифосовского и им. И.И.Джанелидзе, краевых, областных, республиканских кли-

концу мероприятия могут шить сосуды диаметром до 1 мм. Казалось бы, это мелочи, но они определяют жизнеспособность и функционирование анастомозов, а значит, и исход операции. Чтобы было понятней, взгляните на изданную нами книгу «Микрохирургия аневризм сосудов головного мозга».

Мы начинаем с описания мастер-классов, включающих лекционную часть, посвящённую вопросам эпидемиологии, патогенеза,

этапов. Хирургу самому необходимо научиться работать своими руками. У каждого нейрохирурга свой темперамент, свой опыт, присущая ему мышечная активность, он даже по-своему берёт инструменты. И это нельзя не учитывать.

– Всё-таки этого недостаточно, несмотря на то, что это определённый тренд.

– Конечно. Абсолютно недостаточно. Это один из первых этапов обучения – симуляционный.

Авторитетное мнение

Фундаментальный нейрохирург

Академик РАН Владимир Крылов о реформе последипломной подготовки



– Индивидуализированный подход, я бы сказал.

– Да. Только индивидуальный подход с последующей селекцией специалистов. Мы отбираем специалистов, которые доходят до уровня высокого профессионального мастерства. Чтобы обучиться микрохирургии, нужно потратить минимум 100 часов в течение года для надёжной отработки микрохирургических навыков – 100 часов работы под микроскопом, чтобы добиться хорошего качества шва. Это значит как минимум 2 часа в неделю или по часу 2 раза в неделю молодому хирургу нужно работать, чтобы в течение года он обучился микрохирургии. Затем в течение всей жизни необходимо шлифовать своё мастерство. Представьте пианиста или скрипача. Для того чтобы хорошо исполнить концерт, ему нужно очень много работать. Этого требует и хирургия.

– За какой формой обучения стоит будущее?

– Необходима глубокая теоретическая подготовка, владение базовыми знаниями. Это анатомия, физиология, патофизиология, неврология, оперативная хирургия, общая хирургия, при необходимости – знания основ сосудистой хирургии, вертебрологии. Обязательна и отработка конкретных мануальных навыков до совершенства под конкретные виды операций – в виварии и на анатомическом материале.

– Вы заведете кафедрой фундаментальной нейрохирургии. Как вы преподаёте, ведёте учебный процесс? Как готовите курсантов и ординаторов? Чем руководствуетесь? В чём отличие от других кафедр нейрохирургии?

– Мы выезжаем в регионы. Знаете, какую позицию мы часто видим в регионах? «В Москве могут, потому что у них есть всё». А мы говорим: «Вы можете делать так же и даже лучше, потому что у вас тоже есть всё, но вы свободны от авторитетов». И начинаем показывать, как это делать. Сначала мы читаем лекции, проводим курсы по мануальным навыкам, затем оперируем в их операционной с их оборудованием. А потом говорим: «Вы можете делать то, что делают в центральных федеральных учреждениях. И ваши знания достаточны, а навыки таковы, что вы можете гарантировать хороший исход выполнения оперативных вмешательств». Наша задача – подчеркнуть возможность развития региональной нейрохирургической службы для проведения серьёзных хирургических вмешательств с хорошим исходом, укрепить в этой вере региональных специалистов и показать, что это возможно делать самим. Но для этого, конечно,

нических больницах – там, где располагаются базы кафедр, где работают специалисты и эксперты, которые могут продемонстрировать свои навыки. Я знаю, например, что в Казани, Уфе, Волгограде это направление хорошо реализовано. Подобный опыт необходимо тиражировать.

– Каким именно навыкам вы планируете обучить?

– Важно обучить врачей определённым нейрохирургическим навыкам для выполнения конкретных операций. На выездных циклах по усовершенствованию мы не только отработываем определённые навыки микрохирургии и микрохирургического шва с каждым врачом индивидуально, но и обсуждаем хирургическую тактику, выполняем несколько показательных операций, где специалисты демонстрируют навыки на практике (один из таких циклов по микрохирургии, кстати, состоялся совсем недавно в Самаре). Происходит комбинирование теории, мануальных навыков и показательных операций. Вот пример современного типа обучения. Как было раньше? Курсанты приезжали на рабочее место, стояли в операционной, смотрели из-за спины хирурга, им читали лекции, потом они расходились. Только и всего. На этом циклы совершенствования заканчивались. Мы полагаем, что нужно конкретизировать задачи, «ставить» хирургу руку. Например, на цикле по микрососудистому шву мы не только рассказываем, кому и когда выполнять подобные операции, но и показываем, как накладывать шов, какое расстояние между вколлом и выколлом должно быть от края сосудистой стенки, какое расстояние должно быть между швами, как фиксировать швы. Слушатели наших образовательных циклов к

клиники, диагностики, выбору хирургической тактики при различных анатомических формах кровоизлияния и локализации аневризм, оценке гемодинамических параметров, практическую часть, которая подразумевает отработку практических навыков – выполнение краинобазальных доступов, микрохирургическую диссекцию сосудов и, наконец, демонстрацию последовательности операций на аневризмах. Современная система обучения предусматривает работу с муляжами в симуляционном центре, затем в виварии – операции на животных, анатомические препараты и только потом работу в операционной. Обучение на таких мастер-классах прошли более 350 врачей из многих регионов РФ. К чему это привело? Мы увеличили количество операций при аневризмах головного мозга в стране в 6 раз по сравнению с тем, что было до 2008 г. В книге перечислена только небольшая часть городов, откуда приезжали к нам на обучение врачи.

– Какое место в системе подготовки кадров в нейрохирургии должны занимать интерактивные тренажёры с различными заданными сценариями (например, удалить опухоль или наложить клипс на шейку аневризмы)? Может ли такой «помощник» полностью заменить мануальные навыки?

– На мой взгляд, занятия на интерактивных тренажёрах не позволяют полноценно обучить определённым навыкам. Они дают общее визуальное представление о возможном сценарии развития событий и манипуляциях, необходимых для реализации этого сценария. Обучение на тренажёре – один из начальных

нужно много работать и стремиться к совершенствованию, повышая свою профессиональную планку. Мы делаем акцент на молодых, говоря им: если вы хотите достичь совершенства и добиться определённых высоких стандартов в хирургии, то вы должны много работать и постоянно приобретать новые знания, без труда ничего не может быть. И когда мы видим, что в регионе начинают появляться мастера, оперирующие на высоком уровне, то их начинают приглашать в центральные клиники, чтобы они поделились своим опытом. Это дорогого стоит. Почему наша кафедра называется кафедрой фундаментальной нейрохирургии? Потому что мы понимаем, что наша специальность должна основываться на фундаментальных знаниях. Например, на знаниях основ математики для изучения гемодинамики при выполнении шунтирующих операций на сосудах головного мозга, особенностей клеточных технологий при работе со специалистами в области регенеративной медицины (например, при повреждении спинного мозга). Основы биофизики необходимы в работе по проблемам нейроонкологии. Знания биологии, патофизиологии, фармакокинетики важны для изучения аспектов нейро-реанимации и для комплексного подхода к лечению различных заболеваний, где хирургия является только частью какого-то этапа лечения. В частности, такой подход касается и эпилепсии. Возможно, наша кафедра тем и отличается от других нейрохирургических кафедр, что мы отталкиваемся от знаний, которые мы получили в сотрудничестве с теоретическими и клиническими кафедрами нашего университета и других вузов.

– На какой клинической базе это осуществляется?

– Наши основные базы – Федеральный центр мозга и нейротехнологий ФМБА и НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского. На этих базах трудятся мощные научные и клинические коллективы. Ну и третья база, которую мы рассматриваем, это многопрофильный клинический центр «Коммунарка», на которой, в том числе, отработываются механизмы взаимодействия по скорой помощи.

– Как вам удалось так превосходно усовершенствоваться в нейрохирургии? Кто ваши учителя?

– Если говорить о персоналиях, то это профессор Вячеслав Васильевич Лебедев. В этом году ему исполнилось бы 100 лет. В память о нём мы проведём московскую конференцию по неотложной нейрохирургии. Он основал и возглавил первую клинику неотложной нейрохирургии в институте Склифосовского. А в остальном – всему учила жизнь. Жизнь показывала, что для того, чтобы достичь чего-то нового, нужно быть не только узким специалистом в своей области. Для того чтобы развивать более серьёзную, продвинутую нейрохирургию, нужно иметь смежные знания и активно сотрудничать с врачами других специальностей – реаниматологами, онкологами, сосудистыми хирургами, ортопедами, специалистами по лучевой диагностике, эндоваскулярными хирургами, реабилитологами, неврологами, сосудистыми хирургами, оториноларингологами и другими, знать основы математики, моделирования, законы физики, биологии, клеточных технологий и т.д. И этого недостаточно. Необходимо читать серьёзную художественную литературу, слушать хорошую музыку и общаться с интересными людьми. Ну и конечно, ежедневная работа в операционной, чтобы оправдывать своё предназначение. Всё-таки какие бы ни были мы научные исследователи, главное, что мы хирурги. Наша основная работа – в операционной.

Поводом для очередной встречи корреспондента «МГ» с генеральным секретарём Российского общества хирургов (РОХ), доктором медицинских наук, профессором Андреем Фёдоровым стала юридическая победа Новосибирской областной клинической больницы. Решением суда пациентка, которая изначально планировала взыскать с клиники кругленькую сумму за якобы некачественно проведённую пластическую операцию и причинённый моральный вред, не только получила отказ по своему иску, но и обязана теперь компенсировать лечебному учреждению судебные издержки (см. «МГ» № 24 от 21.06.2023).

Оценка данной истории, а также обзор ситуации с сутяжничеством пациентов в финансовых интересах в целом – в комментарии эксперта.

Подставь коллегу, и будет тебе счастье?

– Начну с того, что это в принципе очень хорошая новость. Подобные действия со стороны руководителей лечебных учреждений можно только приветствовать. По большому счёту, в данном случае пациентка расплатилась за клевету на врачей, с помощью которой она намеревалась заработать деньги несправедливым образом, ведь претензии заявительницы к больнице признаны абсолютно надуманными и бездоказательными. Чем больше будет судебных исков от медицинских организаций к сутяжникам-вымогателям, тем отчётливее общество начнёт понимать, что подобные намерения наказуемы.

Существует, на мой взгляд, только один сдерживающий фактор – необходимость учитывать исход оказания медицинской помощи. Всё-таки врачебная профессия налагает на нас серьёзные моральные обязательства, в том числе по «непротивлению злу насильем». Лечебные учреждения вряд ли готовы подавать встречные иски к родственникам умерших больных, даже если те намеревались отсудить у клиники несколько миллионов рублей, предъявляя врачам необоснованные обвинения.

А вот в случаях, подобных новосибирскому – когда пациентка получила качественную медицинскую помощь, она жива и здорова, при этом с её стороны в обращении в суд прослеживается явная корысть, – никаких этических ограничений для медработников нет, встречный иск оправдан и уместен.

В то же время в данной истории очевиден этический конфликт иного плана: женщину спровоцировали на судебное разбирательство с больницей врачи другого лечебного учреждения. Если они – квалифицированные специалисты, то не могли не понимать, что по прошествии 3 лет при явном несоблюдении врачебных рекомендаций результаты пластической операции неизбежно окажутся далёкими от изначально задуманных. Тем не менее подсказали своей потенциальной клиентке, где взять денег на очередную липосакцию – в кармане хирургов, которые выполняли первую операцию. Одним словом, гадкий случай и тема отдельного важного разговора, теперь уже о несоблюдении внутрикорпоративной, да и просто человеческой этики.

Пауза в четыре года

– Самое печальное заключается в том, что частота подобных жалоб в контролирующие инстанции, правоохранительные органы и исковых заявлений в суд нарастает. С начала

состоянии, когда хирургия и интенсивная терапия уже не дают результатов.

Через 4 года (!) после смерти женщины в Следственный комитет России (СКР) поступает жалоба, написанная сыном пациентки. В своём эмоциональном письме он сообщает, что на протяжении прошедших лет испытывает невыносимые страдания из-за смерти матери и вот решил наконец добиться справедливости. Мужчина требует наказать врачей, которые неправильно лечили его мать,

рекомендациями специалистов, не наблюдалась и не лечилась от хронического заболевания. Но об этом в жалобе её сына, разумеется, не сказано ни слова.

Итак, изучив всю медицинскую документацию пациентки, а также российскую и мировую научную литературу, клинические рекомендации, причём в той редакции, которая была актуальна в 2019 г., наши эксперты не только подготовили квалифицированное заключение, но и дали хирургам советы, как

«Договорняк» с совестью

– Положение российского врача усугубляется тем, что в нашей стране он не является субъектом права. Врач полностью зависим от учреждения, в котором работает, и потому вправе рассчитывать на помощь работодателя. Но всегда ли эту помощь ему оказывают?

Есть три типа руководителей медицинских организаций. Пример правильного поведения показала администрация Новосибирской областной больницы,

Медицина и правосудие

«Дай миллион»: дело Паниковского живёт

Денежные иски к врачам не имеют ограничений по срокам давности?



текущего года РОХу пришлось принимать участие в разборе уже четырёх дел, в которых жалобы пациентов на некачественное оказание медицинской помощи в хирургических стационарах сопровождаются требованием о выплате очень крупных денежных сумм. Причём все четыре случая хоть и произошли в разных регионах страны, но похожи как близнецы, я сразу вижу за ними руку «чёрного юриста». Речь идёт о так называемых специалистах по защите прав пациентов, которые не просто поощряют пациентский экстремизм, а способствуют развитию этого негативного явления. Разумеется, они делают это небескорыстно.

Один из четырёх случаев заслуживает особого внимания. В 2019 г. женщина, которую доставила в стационар «скорая» по поводу острого холецистита, несмотря на проводимое лечение, погибла от перитонита. Выясняется, что желчнокаменная болезнь у неё в анамнезе уже давно, пациентке ранее было предложено экстренное хирургическое лечение во время предыдущего эпизода обострения, от чего она отказалась. Также ей была рекомендована госпитализация на плановое хирургическое лечение, что она тоже проигнорировала.

В поликлинике по месту жительства по поводу ЖКБ женщина, несмотря на рекомендации, не наблюдалась, поэтому контроль состояния в динамике не проводился. В итоге во время очередного обострения больная поступает в стационар в таком

с больницы хотел бы получить 1 млн руб. в качестве компенсации морального вреда.

Из каждой строчки этой жалобы торчат уши юриста-подсказчика. В тексте, автор которого не имеет диплома о медицинском образовании, очень подробно расписано, что именно врачи делали неправильно, какие регламенты они нарушили. Указано, как на самом деле надо было организовать оказание помощи пациентке в данном случае. Приведены даже ссылки на публикации в специализированной медицинской литературе. Впечатление, что некто, помогавший истцу сочинять текст обращения в СКР, ставил целью произвести на следователей впечатление массой упомянутых нормативно-правовых актов. Видимо, это должно подтверждать справедливость претензий потерпевшей стороны. На первый взгляд, описанная картина действительно выглядит убедительно: врачи не сделали то, не учли другое, и в результате человек умер.

И всё же экспертный разбор на уровне РОХ показал, что ни по одному пункту претензии автора не подтверждаются. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «хирургия», утверждённый Минздравом России, положения клинических рекомендаций, протоколы лечения были соблюдены. Врачи, как мы установили, выполнили всё, что положено. Единственный, кто в этой ситуации действительно нарушил предписания, – сама пациентка, которая пренебрегла

держаться в такой ситуации и не паниковать, будучи вооружёнными экспертной позицией РОХ. В итоге в возбуждении уголовного дела истцу было отказано.

Граница между «можно» и «нельзя»

– Правда, в данном случае наши коллеги не решились на то, чтобы через суд возместить судебные издержки, включая проведение весьма дорогостоящей судебно-медицинской экспертизы. Поскольку речь шла о смерти пациентки, а её родственник в своей жалобе утверждал, что испытывает душевные страдания, лечебное учреждение не сочло возможным потребовать от него оплатить накладные расходы, связанные с тяжбой.

Следует ли медицинскому сообществу так уж держаться за эти нормы, коль скоро его собственную честь ни в грош не ставят? Сложный вопрос, требует осмысления. Возможно, уже в скором времени рациональное в мировоззрении врача одержит окончательную победу над эмоциональным, но пока – так.

По остальным трём делам исход такой же – где-то в возбуждении дела отказано сразу и сутяжничество не принесло пациентам ожидаемого финансового результата, а где-то суд принял решение в пользу врача. И в тех случаях тоже медицинские организации не стали требовать от пациента не только ответить за клевету, но хотя бы компенсировать им судебные издержки, тем более что исходы оказания медицинской помощи не были летальными. Почему же наше профессиональное сообщество так терпимо к несправедливым обвинениям? А ведь и медицинская организация несёт убытки, поскольку врач месяцами, пока длится следствие, вынужден тратить время на встречи со следователем вместо того, чтобы оперировать больных. Не менее важны нематериальные последствия таких историй: нервность, неизбежно сопровождающая любое разбирательство, выбивает врача из колеи на много лет вперёд.

которая не бросает врача на «соединение» пациенту, правоохранителям и судье, а силами своей юридической службы защищает сотрудников.

Существуют примеры обратного поведения, и их, к сожалению, большинство – когда больница в случае инцидента спешит дистанцироваться от сотрудника и сразу перекладывает на него всю полноту ответственности за произошедшее, даже не предприняв попытки отбиться от откровенного сутяжника. В итоге врач сам оплачивает услуги адвоката, а в случае проигрыша в уголовном процессе лечебное учреждение также переводит на него «стрелку» по выплате денежной компенсации пациенту.

Наконец, третья модель поведения администрации лечебного учреждения – «договорняк» с пациентом. Здесь задача юридической службы больницы заключается исключительно в том, чтобы попытаться наполовину снизить изначально запрашиваемую пациентом сумму и сразу же её отдать, лишь бы не доводить дело до суда. Понятно, что такой сценарий приемлем только для учреждений с очень большим бюджетом, и они его практикуют. Для сохранения их собственного имиджа данный вариант действий, вероятно, оправдан: пусть «мусор» остаётся в избе. Но способствует ли такой подход решению глобальной задачи по правовой защите российского врача? Разумеется, нет.

Соглашаясь на договорные отношения вне зависимости от того, правомерны или неправомерны претензии пациента к лечебному учреждению, без малейшей попытки защитить себя, мы сами стимулируем появление жалоб и исков о компенсации морального вреда. «Заплатили – значит виноваты», – рассуждают правоохранители, «чёрные адвокаты» и их клиентура, а это открывает ворота для осуждения других врачей, в том числе по уголовным статьям. И змея снова кусает свой хвост...

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».



КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 26 (2386)

(Окончание. Начало в № 28 от 19.07.2023.)

ПЦР – наиболее эффективный метод, который позволяет обнаружить нуклеиновые кислоты вируса в среднем до 7 дней, и максимум – до 2 недель от начала заболевания (при условии сохранения признаков поражения верхних дыхательных путей). Результаты получают в течение 4-6 часов после представления образца.

Не рекомендовано пациентам с симптомами ОРВИ серологическое подтверждение диагноза (за исключением гриппа) для ретроспективной диагностики.

Возможно произвести исследование на антитела к вирусу гриппа в стандартных серологических тестах парных сывороток крови пациента (при условии соблюдения сроков сбора сывороток крови: первая – в день постановки диагноза, вторая – через 2-3 недели) на стационарном этапе оказания помощи при невозможности проведения молекулярно-генетического исследования для ретроспективной диагностики.

Инструментальные диагностические исследования. Рекомендовано выполнение пульсоксиметрии с измерением SpO2 пациентам с ОРВИ для ранней диагностики респираторных нарушений.

Пульсоксиметрия является простым и надёжным скрининговым методом, позволяющим выявлять пациентов с гипоксемией, нуждающихся в респираторной поддержке и оценивать её эффективность.

Рекомендовано выполнение прицельной рентгенографии органов грудной клетки пациентам с явлениями бронхита (для исключения очаговой пневмонии) и наличии физических признаков поражения лёгочной ткани (верификация пневмонии).

Рекомендуется рентгенография придаточных пазух носа пациентам с затруднением носового дыхания при подозрении на синусит, вызванный присоединением бактериальной флоры для своевременной консультации оториноларинголога и оказания специализированной помощи.

Согласно наблюдениям, данное осложнение наблюдается в 0,5-2% случаев ОРВИ у взрослых. При этом наличие патологических изменений придаточных пазух носа не всегда является подтверждением развития их бактериального поражения.

Рекомендована регистрация электрокардиограммы пациентам с тяжёлым течением ОРВИ (особенно лицам пожилого и старческого возраста) для оценки сердечной деятельности, диагностики нарушений ритма сердца на фоне интоксикационного синдрома.

Иные диагностические исследования. Рекомендуются консультация смежных специалистов пациентам в случаях подозрения на осложнения: оториноларинголога (при наличии синусита, отита), невролога (при развитии энцефалопатии), пульмонолога (при наличии признаков пневмонии), гематолога (при выраженных гематологических изменениях и геморрагическом синдроме), кардиолога (при присоединении симптомов миокардита, острой сердечно-сосудистой недостаточности), акушера-гинеколога (при развитии ОРВИ на фоне беременности) для определения дальнейшей тактики ведения.

Рекомендуется консультация анестезиолога-реаниматолога пациентам с наличием быстропрогрессирующей ОДН (ЧД >25 в минуту, SpO2 <92%, а также другой органной недостаточностью (2 и более балла по шкале SOFA) для перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Лечение

Принципы лечения больных с ОРВИ предусматривают решение следующих задач:

– предупреждение дальнейшего развития патологического процесса, обусловленного заболеванием, достижение полного и стойкого выздоровления;

– профилактика развития возможных осложнений заболевания.

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы: период заболевания; тяжесть заболевания; клиническая форма заболевания; ведущие клинические проявления и особенности течения заболевания с учётом признаков иммунодефицита (хронический алкоголизм, истощение, тяжёлая сопутствующая патология, пожилой возраст); возраст больного; наличие и характер осложнений; доступность и возможность выполнения лечения в соответствии с необходимым видом оказания медицинской помощи.

Информация, касающаяся доз, показаний к применению и способов применения лекарственных средств, содержащаяся в данных рекомендациях, может отличаться от информации, указанной в инструкции по медицинскому применению (ИМП). Для получения полной информации о применении того или иного ЛС следует ознакомиться с ИМП. Персональная ответственность за интерпретацию и использование настоящих рекомендаций лежит на лечащем враче.

Консервативное лечение

Этиотропная (противовирусная терапия). Рекомендовано назначение пациентам с симптомами ОРВИ противовирусных препаратов для прекращения репликации вирусов.

Целесообразность назначения противовирусных препаратов определяется врачом индивидуально для каждого пациента.

Рекомендовано пациентам с симптомами ОРВИ использование препаратов с прямым противовирусным действием для подавления репликации вирусов:

- Умифеновир. Он специфически подавляет *in vitro* вирусы гриппа А и В (Influenza virus A, B), включая высокопатогенные подтипы A(H1N1)pdm09 и A(H5N1), а также другие вирусы – возбудители острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) (коронавирус, ассоциированный с тяжёлым острым респираторным синдромом (ТОРС), риновирус, аденовирус, респираторно – синцитиальный вирус (Pneumovirus) и вирус парагриппа (Parainfluenzavirus)). В исследованиях *in vitro* специфически подавляет вирус SARS-CoV-2, вызывающий новую коронавирусную инфекцию (COVID-19). Рекомендованная схема назначения препарата по 200 мг 4 раза в сутки (каждые 6 часов) 5 дней перорально.

Противопоказан при гиперчувствительности к компонентам препарата, в первом триместре беременности. Возможно, применения умифеновира при ОРВИ до получения лабораторного подтверждения диагноза при подозрении на COVID-19, согласно временным методическим рекомендациям «Лекарственная терапия острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) в амбулаторной практике в период эпидемии COVID-19» (версия 2). После подтверждения диагноза лечение проводится в соответствии с настоящими клиническими рекомендациями по лечению ОРВИ или временными методическими рекомендациями по лечению COVID-19.

- Энисамия йодид. Рекомендованная схема назначения препарата по 500 мг 3 раза в сутки перорально, курс 5-7 дней. Противопоказан при повышенной чувствительности к компонентам препарата, дефиците лактазы, непереносимости лактозы, глюкозо-галактозной мальабсорбции, дефиците сахаразы/изомальтазы, непереносимости фруктозы, беременности и периоде грудного вскармливания, аллергических реакциях в анамнезе, тяжёлых органических поражениях печени и почек.

- Риамилловир. Он обладает широким спектром противовирусной активности в отношении РНК-содержащих вирусов, благодаря подавлению синтеза вирусных РНК и репликации геномных фрагментов. Активное вещество является синтетическим аналогом оснований пуриновых нуклеозидов (гуанина). Не входит в перечень ЛС, рекомендуемых международными клиническими рекомендациями по лечению и профилактике гриппа. Лечение необходимо начать не позднее 2-го дня от появления клинических симптомов болезни: внутрь независимо от приёма пищи по 1 капсуле (250 мг) 3 раза в день (суточная доза – 750 мг) в течение 5 дней, при необходимости – до 7 дней. Противопоказан при повышенной чувствительности к компонентам препарата; беременности, в период грудного вскармливания. У пациентов в возрасте до 18 лет и при почечной/печёночной недостаточности эффективность и безопасность не определены.

Рекомендовано использование препаратов с широким противовирусным действием пациентам с симптомами ОРВИ. Назначение прочих противовирусных препаратов и других иммуностимуляторов целесообразно с целью профилактики или в первые 3 дня заболевания, в последующие дни эффективность применения данных препаратов снижается.

- Имидазолилэтанамида пентандиовой кислоты. Механизм его действия реализуется на уровне инфицированных клеток за счёт стимуляции факторов врождённого иммунитета, подавляемых вирусными белками. Препарат усиливает экспрессию интерфероновых рецепторов на клеточной мембране. Вызывает повышение уровня интерферона в крови до физиологической нормы, обладает противовоспалительной активностью. Рекомендованная схема применения по 90 мг один раз в день вне зависимости от приёма пищи, длительность лечения 5-7 дней в зависимости от тяжести состояния. Желательно начать приём препарата не позднее двух суток с момента начала заболевания. Противопоказан при гиперчувствительности к компонентам препарата, беременности, в периоде лактации, дефиците лактазы, непереносимости лактозы, глюкозо-галактозной мальабсорбции.

Острые респираторные вирусные инфекции у взрослых

Клинические рекомендации

- Кагоцел. Индуктор интерферонов. Обладает опосредованным противовирусным действием на вирусы гриппа. Рекомендованная схема назначения препарата: перорально по 24 мг (2 таблетки) 3 раза в сутки в первые 2 дня, затем по 12 мг (таблетка) 3 раза в сутки в течение 2 дней (курсовая доза 216 мг, 18 таблеток) до 4 дня болезни или в течение 5-7 дней в период реконвалесценции. Для достижения лечебного эффекта препарат следует принимать не позднее 4-го дня заболевания. Противопоказан при повышенной чувствительности к компонентам препарата, беременности, в период лактации, дефиците лактазы, непереносимости лактозы, глюкозо-галактозной мальабсорбции.

- Тилорон. Индуктор интерферонов. Стимулирует образование в организме интерферонов всех типов (альфа, бета, гамма и ламбда), усиливает антителообразование, уменьшает степень иммунодепрессии, восстанавливает соотношения Т-супрессоров и Т-хелперов. Обладает иммуномодулирующим и противовирусным эффектом. Рекомендован к применению в составе комплексной терапии. Рекомендованная схема применения для лечения гриппа и ОРВИ – по 125 мг в сутки в первые 2 дня лечения, затем по 125 мг, каждые 48 часов. Противопоказан при гиперчувствительности к компонентам препарата, беременности, в периоде лактации, детском возрасте до 18 лет.

- Меглюмина акридонацетат. Индуктор интерферонов. Рекомендованная схема применения для лечения ОРВИ по 4 таблетки однократно на 1-е, 2-е, 4-е, 6-е, 8-е сутки (20 таблеток). Противопоказан при повышенной чувствительности к компонентам препарата, беременности, в период лактации.

- Эргоферон. Препарат обладает противовирусным, иммуномодулирующим, противовоспалительным и антигистаминным действием, может быть назначен в виде монотерапии либо в сочетании с другими средствами противовирусного, антибактериального, патогенетического и симптоматического действия.

Первые 2 часа принимают по таблетке каждые 30 минут (всего 5 таблеток), затем в течение первых суток осуществляют ещё 3 приёма через равные промежутки времени. Со вторых суток и далее принимают по таблетке 3 раза в сутки до полного выздоровления.

Не рекомендован при врождённой галактоземии, синдроме мальабсорбции глюкозы или галактозы, при врождённой лактазной недостаточности. У беременных и в период лактации эффективность и безопасность препарата не изучались.

Рекомендуется использование интерферонов пациентам с симптомами ОРВИ с целью опосредованного противовирусного действия в схемах комплексной терапии заболевания.

- Интерферон альфа 2b или интерферон гамма. Эти препараты, вводимые интраназально, обладают опосредованным противовирусным действием на вирусы ОРВИ. При

интраназальном применении концентрация действующего вещества, достигаемая в крови, не имеет клинической значимости. Используются в схемах комплексной терапии ОРВИ при первых признаках заболевания. Не входят в перечень ЛС, рекомендуемых международными клиническими рекомендациями по лечению и профилактике ОРВИ.

Интерферон альфа 2b назначают интраназально по 3 капли/дозы в каждый носовой ход 5-6 раз в день (разовая доза – 3000 МЕ, суточная доза – 15 000-18 000 МЕ) в течение 5 дней;

Интерферон гамма назначают интраназально по 2 капли в каждый носовой ход 5 раз в день (разовая доза – 4000 МЕ, суточная доза – 20 000 МЕ) до 3 дня от начала болезни или в течение 5-7 дней в период реконвалесценции.

Патогенетическая и симптоматическая терапия

Рекомендуется обязательное проведение базисной терапии всем пациентам, независимо от тяжести течения заболевания с целью создания лечебно-охранительного режима.

Базисная терапия включает в себя постельный режим, диету и обильное питьё. В рацион включают легко усвояемые продукты, богатые витаминами (нежирные сорта мяса,

рыбы, молочные продукты, фрукты, овощи, соки, компоты). Запрещается алкоголь в любых видах.

Рекомендуется проведение дезинтоксикационной терапии всем пациентам, с симптомами ОРВИ для купирования синдрома интоксикации. *Объём зависит от степени тяжести пациента.*

Лёгкая и средняя степень тяжести – пероральная дезинтоксикация в объёме 2-3 литров жидкости в сутки (некрепко заваренного чая с молоком, мёдом, вареньем, а также отвара шиповника, свежеприготовленных фруктовых и ягодных соков, компотов, щелочных минеральных вод).

Рекомендовано при лечении в условиях стационара пациентам со среднетяжёлым и тяжёлым течением, а также пациентам с наличием пневмонии с антигипоксической и антиоксидантной целью для купирования синдрома интоксикации назначение меглюмина натрия сукцината.

Вводят внутривенно капельно со скоростью 1-4,5 мл/мин (до 90 капель в минуту). Средняя суточная доза – 10 мл/кг. Курс терапии – до 11 дней. Объём и длительность зависит от степени тяжести пациента.

Рекомендовано назначение нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов или анилидов пациентам с гипертермией выше 38°C, мышечными и суставными болями с жаропонижающей, болеутоляющей и противовоспалительной целью:

- Диклофенак, 25 мг, 75-150 мг/сут перорально в 2-3 приёма; 25-50 мг/мл – внутримышечно до 3 р/сут, курс до 7 дней, ибупрофен перорально по 200-400 мг 3-4 раза в сутки в течение 3-10 дней (максимальная суточная доза – 1200 мг), парацетамол перорально по 1-2 табл. (500-1000 мг) до 4 раз в сутки (максимальная суточная – 4000 мг.)

Не рекомендуется назначение салициловой кислоты и её производных, вследствие возможных побочных явлений в виде нарушения гемостаза и обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Рекомендуются пациентам с ринореей введение натрия хлорида интраназально 2-3 раза в день для разжижения секрета, удаления слизи и восстановления работы мерцательного эпителия.

Рекомендуется местное применение адреномиметиков пациентам с выраженным затруднением носового дыхания в комплексной терапии ринита, риносинусита для облегчения заложенности носа и восстановления проходимость слуховой трубы не более 5 дней.

- Нафазолин – интраназально (в каждый носовой ход) по 1-3 капли 0,05-0,1%-ного раствора 3-4 раза в сутки

- Ксилометазолин – интраназально (в каждый носовой ход), по 2-3 капли 0,1%-ного раствора или одно впрыскивание из распылителя в каждую ноздрю 4 раза в день

- Оксиметазолин – интраназально (в каждый носовой ход), по 1-2 капли 0,025-0,05%-ного раствора 2-3 раза в сутки или по 2-3 впрыскивания 0,05%-ного спрея.

Рекомендуется пациентам с ОРВИ и признаками фарингита терапия местными средствами в виде полосканий, инсуффляций, ингаляций, таблеток и пастилок для рассасывания с целью уменьшения местного воспаления, выраженности болевого синдрома, профилактики вторичного инфицирования повреждённой слизистой ротоглотки.

• Гексэтидин, лизоцим+пиридоксин, хлоргексидин, биклотимол, препараты йода.

Рекомендовано пациентам с острым бронхитом, обусловленным респираторными вирусами и сопровождающимся бронхообструкцией и влажным кашлем, назначение муколитических и отхаркивающих препаратов, кроме комбинаций с противокашлевыми средствами для разжижения и улучшения отхождения мокроты.

• Ацетилцистеин – по таблетке по 200 мг – 2-3 раза в день, перорально, курс до 5 дней
• Бромгексин – внутрь по 8 мг 3 (1–2 таблетки) 3–4 раза в сутки
• Амброксол – внутрь 30 мг, 90 мг/сут, курс до 5 дней

• Бромгексин + гвайфенезин + сальбутамол – таблетки (2 мг сальбутамола сульфата + 8 мг бромгексина гидрохлорида + 100 мг гвайфенезина в 1 таблетке) внутрь по таблетке 3 раза в сутки в течение 5-10 дней.

Рекомендуется назначение симпатомиметиков и прочих противокашлевых препаратов при лечении ОРВИ пациентам с сухим непродуктивным надсадным кашлем, значительно ухудшающим качество жизни пациента.

Препаратами выбора являются противокашлевые препараты в комбинации с отхаркивающими препаратами, в состав которых входит активное вещество декстрометорфан:

• Бутамират – внутрь по 15 мл 4 раза в сутки (сироп). Декстрометорфан + терпингидрат + (левоментол) – внутрь по чайной ложке (5 мл) 3-4 раза в день.

• Декстрометорфан + парацетамол + псевдоэфедрин + (аскорбиновая кислота) – по одной таблетке 4 раза в день.

• Декстрометорфан + фенилэфрин + хлорфенанин 5-7,5 мг сиропа 3-4 раза в сутки.

Рекомендовано применение противокашлевого препарата ренгалин пациентам с ОРВИ и сухим непродуктивным надсадным кашлем.

Препарат обладает противокашлевым, противовоспалительным, противоотёчным, антиаллергическим, спазмолитическим действием, может быть назначен в виде монотерапии либо в сочетании со средствами противовирусного, антибактериального, патогенетического и симптоматического действия. При необходимости возможно сочетание с муколитическими препаратами.

Схема: по 1-2 таблетке (или 5-10 мл раствора для приёма внутрь) 3 раза в сутки вне приёма пищи. В зависимости от тяжести состояния в первые три дня частота приёма может быть увеличена до 4-6 раз в сутки. Длительность терапии зависит от тяжести заболевания и определяется лечащим врачом. Не рекомендован при наследственной непереносимости фруктозы. У беременных и в период лактации эффективность и безопасность препарата не изучались.

Не рекомендовано одновременное применение муколитических препаратов и противокашлевых препаратов пациентам с кашлем, что может способствовать застою мокроты за счёт подавления кашлевого рефлекса.

Не рекомендуется применение антибактериальных препаратов системного действия при неосложнённых ОРВИ, в том числе при наличии ринита, конъюнктивита, затемнения синусов при рентгенографии, ларингита, крупа, бронхита и бронхо-обструктивного синдрома в течение до 10-14 дней во взрослой и детской практике.

Рекомендовано при развитии острого тонзиллита и других осложнений (при среднетяжёлом и тяжёлом течении ОРВИ), вызванных присоединением бактериальной флоры (бронхиты, пневмонии и др.) при подтверждённом бактериальном поражении методами микробиологической диагностики (высев на микробиологических питательных средах, результат молекулярно-генетическое исследование (ПЦР), нарастание титров специфических антител в периферической крови), лечение осложнений проводить по утверждённым по данным нозологиям клиническим рекомендациям.

Лечение пневмонии в данных рекомендациях не рассматривается, проводится в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению внебольничной пневмонии у взрослых.

Рекомендовано назначение глюкокортикоидов при тяжёлом течении ОРВИ (инфекционно-токсический шок, отёк головного мозга).

Лечение в данном случае будет осуществляться по клиническим рекомендациям по неотложным состояниям в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.

Прочие препараты. Рекомендуется на-

значение антигистаминных средств системного действия при наличии токсикодермии, аллергической реакции на препараты в ходе лечения.

Рекомендованная схема: хлоропирамин, по таблетке 3-4 раза в день (75-100 мг в сутки); 20 мг/1 мл, 40 мг/2 мл в сутки – внутримышечно, курс до 5 дней.

Рекомендуется назначение производных бензодиазепина при наличии тревожных расстройств и нарушения сна, наличии судорожного синдрома на фоне лихорадки или при развитии менингеального синдрома.

Рекомендованная доза диазепема: до 5–20 мг/сут, внутримышечно и внутривенно.

Медицинская реабилитация

Рекомендуется пациентам со среднетяжёлым, тяжёлым и осложнённым течением ОРВИ начинать реабилитационные мероприятия уже в период разгара или ранней реконвалесценции.

Рекомендуется комплексный характер восстановительных мероприятий пациентам с осложнённым течением ОРВИ с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия, исходя из преобладающих симптомов и синдромов.

Рекомендуется пациентам тяжёлым и осложнённым течением ОРВИ соблюдать последовательность и преемственность проводимых мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации.

Рекомендуется адекватность реабилитационных и восстановительных мероприятий и воздействий адаптационным и резервным возможностями пациента с тяжёлым и осложнённым течением ОРВИ.

Важны постепенность возрастания дозированных физических и умственных нагрузок, а также дифференцированное применение различных методов воздействия.

Рекомендуется постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий у пациентов с тяжёлым и осложнённым течением ОРВИ.

Учитываются скорость и степень восстановления функционального состояния и профессионально-значимых функций, переболевших (косвенными и прямыми методами).

Профилактика и диспансерное наблюдение. Специфическая вакцинопрофилактика острых респираторных вирусных инфекций не разработана.

Неспецифическая профилактика.

Рекомендовано выявление больных или лиц с подозрением на заболевания ОРВИ среди контактных.

Рекомендовано соблюдение масочного режима, со сменой масок каждые 3-4 часа работы, при работе с больными ОРВИ.

Рекомендована организация санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, предусматривающих обязательное обеззараживание посуды, воздуха и поверхностей в помещениях с использованием эффективных при вирусных инфекциях дезинфицирующих средств и методов, разрешённых к применению, а также текущую влажную уборку и проветривание помещений.

Рекомендована экстренная неспецифическая профилактика с целью предупреждения возникновения последующих случаев заболеваний ОРВИ в организованных коллективах.

Рекомендовано использование умифеновира здоровым лицам при контакте с больными ОРВИ и сезонном подъёме заболеваемости для постконтактной и сезонной профилактики ОРВИ:

– для постконтактной профилактики – 200 мг/сут, в течение 10-14 дней;
– для сезонной профилактики – 200 мг 2 раза в неделю, курс – 3 недели.

Рекомендовано использование оксиди-гидроацетилсалицилата натрия для постконтактной и сезонной профилактики ОРВИ в организованных коллективах: разовая профилактическая доза составляет 250 мг (ампула) или 4-6 мг на кг массы тела. При длительном применении рекомендуемый интервал между введениями – 3-7 суток.

Рекомендовано использование интерферонов для постконтактной и сезонной профилактики ОРВИ здоровым лицам при контакте с больными ОРВИ и сезонном подъёме заболеваемости.

Интерферон альфа (лиофилизат для приготовления назального введения) – содержащее растворить в 5 мл воды для инъекций, интраназально по 3 капли в каждый носовой ход 2 раза в сутки (разовая доза – 3 тыс. МЕ, суточная доза – 15-18 тыс. МЕ), в течение 5-7 дней. При однократном контакте достаточно одного закапывания. При необходимости профилактические курсы повторяют. При сезонном повышении заболеваемости в указанной дозе препарат применяют утром 1-2 дня.

Интерферон гамма (лиофилизат для приготовления назального введения) – содержащее растворить в 5 мл воды для инъекций, интраназально по 2-3 капли в каждый носовой ход за 30 минут до завтрака в течение 10 дней. При необходимости профилактические курсы повторяют.

Рекомендовано использование для постконтактной и сезонной профилактики ОРВИ прочих противовирусных препаратов и других иммуностимуляторов: кагоцел – по 24 мг (2 таблетки) раз в день в течение 2 дней, затем перерыв 5 дней, затем цикл повторить, длительность приёма от недели до нескольких месяцев; тилорон – 125 мг раз в неделю в течение 6 недель, курсовая доза составляет 750 мг; анаферон – в эпидемический сезон с профилактической целью по таблетке раз в день в течение 1-3 месяцев. Принимается внутрь, не во время приёма пищи. Таблетку держать во рту до полного растворения. Безопасность применения анаферона у беременных и в период лактации не изучалась.

Большого изолируют в домашних условиях, при необходимости в условиях стационара в отдельном боксе до полного клинического выздоровления (в среднем на 1-2 недели). После клинического выздоровления пациент допускается к работе. Мероприятия в очаге не проводятся. Необходимо обеспечение больного отдельной посудой, предметами ухода.

Карантинно-изоляционные мероприятия в отношении контактных лиц не организуются.

Диспансерное наблюдение. Рекомендовано диспансерное наблюдение у терапевта при развитии осложнений.

Рекомендовано диспансерное наблюдение в кабинете инфекционных заболеваний поликлиники при аденовирусной инфекции.

После выписки в течение месяца рекомендовано воздержаться от профилактических прививок, кроме (при наличии показаний) вакцины для профилактики бешенства.

Организация оказания медицинской помощи. На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы: возраст пациента; характер сопутствующих заболеваний; клиническая форма болезни; характер течения болезни (динамика нарастания симптомов); тяжесть заболевания; наличие и характер осложнений.

Рекомендуется до принятия решения о тактике ведения больного ОРВИ установить дефиницию случая ОРВИ у больного: неосложнённое течение или осложнённое течение.

Рекомендовано лечение в амбулаторных условиях пациентов с лёгкой и среднетяжёлой формой ОРВИ. В случае безуспешности проводимого лечения или невозможности его проведения в амбулаторных условиях рассматривается вопрос о госпитализации в стационар.

Рекомендована госпитализация в инфекционные отделения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь взрослым пациентам с инфекционными заболеваниями, пациентов, переносящих заболевание в тяжёлой форме, с осложнениями болезни.

Рекомендована госпитализация в медицинскую организацию пациентов по эпидемическим показаниям: в том числе и с лёгким течением болезни, с тяжёлым и среднетяжёлым течением ОРВИ, проживающих в общежитиях и в условиях неблагоприятных факторов жилой среды, из группы риска развития неблагоприятного течения болезни.

Рекомендована срочная госпитализация больного ОРВИ в стационар при наличии следующих критериев:

– тахипноэ более 24 дыханий в минуту;
– гипоксемия (SpO₂ <95%);
– наличие очаговых изменений на рентгенограмме грудной клетки.

Рекомендован перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии при наличии следующих критериев:

– клиническая картина быстро прогрессирующей острой дыхательной недостаточности (ЧД >30 в минуту, SpO₂ <90%, АД сист. <90 мм рт.ст.)

– другая органная недостаточность (острая почечная недостаточность).

Рекомендуется срочно пересмотреть схемы ведения пациента с ОРВИ при появлении признаков (симптомов) прогрессирующего течения болезни:

1) при симптомах, свидетельствующих об ухудшении снабжения организма кислородом или сердечно-лёгочной недостаточности (одышка (при движении или в состоянии покоя), затруднённое дыхание, синюшность, кровянистая или окрашенная мокрота, боль в груди, гипотония; гипоксия, определяемая по показаниям пульсоксиметра);

2) при симптомах, свидетельствующих об осложнениях со стороны ЦНС (изменённое психическое состояние, бессознательное состояние, сонливость или трудности с пробуждением и периодические или постоянные конвульсии (судороги), спутанность

сознания, сильная слабость или паралич);

3) при подтверждении вторичной бактериальной инфекции, основанное на результатах лабораторных исследований или клинических признаках (например, сохранение постоянной высокой температуры тела и других симптомов более 3 дней);

4) при появлении тяжёлого обезвоживания, проявляющегося в пониженной активности, головокружении, сниженном диурезе и вялости.

Рекомендована выписка пациентов из медицинской организации при стойком улучшении клинической картины: нормализации температуры тела, купировании респираторно-катарального синдрома, нормальных показателей общего анализа крови.

Условия оказания медицинских услуг. Медицинская помощь оказывается в форме:

– экстренной медицинской помощи;
– неотложной медицинской помощи.
Медицинская помощь оказывается в виде:
– первичной медико-санитарной помощи;
– скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
– специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Медицинская помощь взрослым больным ОРВИ может оказываться в следующих условиях:

– амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
– стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Первичная медико-санитарная помощь пациентам оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях осуществляется в фельдшерско-акушерских пунктах.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь осуществляется терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом) в амбулаторных условиях.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь осуществляется инфекционистом медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь пациентам в амбулаторных условиях.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в условиях стационара инфекционистами и другими врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Лечение пациентов осуществляется в условиях стационара по направлению терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-инфекциониста, медицинских работников, выявивших ОРВИ.

Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

К группам риска тяжёлого течения ОРВИ относятся следующие лица:

– беременные на любом сроке беременности и в послеродовой период;
– лица с хроническими заболеваниями лёгких (бронхиальная астма, ХОБЛ и др.);
– лица с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы (пороки сердца, ГБ, ИБС с признаками сердечной недостаточности и др.);
– лица с нарушениями обмена веществ (сахарный диабет, ожирение 2-3-й степени и др.);
– лица с хронической болезнью почек;
– лица с хроническими заболеваниями печени;
– лица с определёнными неврологическими состояниями (включая нейромышечные, нейрокогнитивные нарушения, эпилепсию);
– лица с гемоглобинопатиями;
– лица с первичными и вторичными иммунодефицитами (ВИЧ-инфекция, приём иммуносупрессорных медикаментов и т.п.);
– лица со злокачественными новообразованиями;
– лица в возрасте 65 лет и старше.

Владимир ЧУЛАНОВ,
заместитель директора по научной работе и инновационному развитию
НИИЦ фтизиопульмонологии
и инфекционных болезней,
доктор медицинских наук, профессор.

Александр ГОРЕЛОВ,
заместитель директора по научной работе
ФБУН Центральный НИИ
эпидемиологии Роспотребнадзора,
член-корреспондент РАН.

Андрей МАЛЯВИН,
профессор кафедры фтизиатрии
и пульмонологии лечебного факультета
Московского государственного медико-
стоматологического университета
им. А.И.Евдокимова,
руководитель Центра
респираторной медицины,
доктор медицинских наук, профессор.

Второе по распространённости в мире нейродегенеративное заболевание – болезнь Паркинсона. Она встречается всё чаще и диагностируется в более молодом возрасте. По оценкам глобального фонда Паркинсона, количество пациентов с этим диагнозом к 2040 г. в мире увеличится вдвое, с 6 до 12-15 млн случаев.

Данные по распространённости в нашей стране достаточно тревожные: 120-180 случаев на 100 тыс. населения, то есть больных у нас свыше 200 тыс., и каждый год их число увеличивается почти на 30 тыс. При том, что не менее трети случаев на протяжении первых 2-3 лет развития болезни не диагностируется.

Неврологические расстройства способствуют инвалидизации пациентов и преждевременной смертности: продолжительность жизни больных после постановки диагноза в среднем не превышает 10 лет.

Главным фактором риска развития заболевания по-прежнему является возраст. Согласно статистике, 5% среди заболевших составляют 40-летние, 10% – 50-летние. И с каждым десятилетием жизни риск столкнуться с болезнью Паркинсона выше: если среди представителей возрастной группы от 55 до 64 лет болеет 1%, то среди тех, кому 65-74 года – уже около 2%, а старше 75 лет – 3-4%. Таким образом, повышение продолжительности жизни приводит к увеличению числа нейродегенеративных заболеваний.

Однако триггером развития заболевания может стать не только возраст. Среди факторов риска специалисты называют и генетические причины, и повторные травмы головы, и воздействие определённых токсинов, и многое другое.

А недавно проведённые исследования показали, что сегодня появился ещё один фактор риска: перенесённая инфекция COVID-19.

Одним из самых известных проявлений болезни Паркинсона является двигательная патология. Но симптомов, по которым неврологи или неврологи-паркинсонологи могут распознать заболевание, гораздо больше, не менее 4 десятков. В частности, ухудшение настроения, сна, обоняния, общего самочувствия, сбои в работе кишечника, повышение тревожности и т.д. Эти симптомы могут проявляться задолго до постановки диагноза.

Новые подходы

Второй шанс

Современные технологии могут улучшить жизнь людей с нейродегенеративными заболеваниями



– Нарушения двигательной активности при болезни Паркинсона связаны с гибелью нейронов, продуцирующих дофамин – главный гормон, отвечающий за движение, – объясняет заместитель директора по научной работе Научного центра неврологии, директор Института мозга НЦН, президент Национального общества по изучению болезни Паркинсона и расстройств движений, академик РАН Сергей Иллариошкин. – Поэтому основные симптомы, которые позволяют поставить диагноз, связаны с двигательными нарушениями, такими как брадикинезия, ригидность и тремор покоя. Но и немоторные проявления, отмечаемые за 10-20 лет до появления моторных, по мере развития болезни нарастают и негативно отражаются на качестве жизни.

Чем раньше начинается лечение болезни Паркинсона, которое воздействует на обмен дофамина и связанных с ним нейромедиаторов, тем эффективнее удаётся уменьшать симптомы и улучшать качество жизни пациентов.

При этом применяются фармакотерапия, нейрохирургические

методики, высокотехнологичные инвазивные технологии дозированного введения препарата и двигательная терапия.

Специалисты отмечают: таблетированная терапия прекрасно работает в течение нескольких лет. Однако болезнь Паркинсона неуклонно прогрессирует. К моменту проявления моторных симптомов примерно 60-80% клеток мозга, вырабатывающих дофамин, утрачено. Постепенно появляются и нарастают осложнения: препараты начинают хуже всасываться в кишечнике и действовать менее равномерно (флуктуации), в результате количество таблеток увеличивается и появляются насильственные избыточные движения (дискинезия). Поздние стадии болезни характеризуются ограниченной подвижностью без посторонней помощи, тяжёлыми двигательными нарушениями, риском падений, а также когнитивными и психическими проблемами. Пациент нуждается в помощи при выполнении повседневных действий.

На этом этапе для сохранения жизни пациента необходимо ме-

нять подход к лечению, используя хирургические технологии или инвазивные методы доставки препаратов к месту их всасывания в организме.

Пермский край стал первым в России регионом, который в условиях реальной клинической практики, то есть вне рамок участия в клинических исследованиях, внедрил инновационный метод доставки препарата в кишечник пациента с помощью специальной помпы.

– Мы постоянно боремся за достижение цели по увеличению продолжительности жизни, поставленной государством. Однако вместе с этим наблюдаем увеличение количества пациентов с нейродегенеративными заболеваниями, распространённость которых увеличивается с возрастом. В их числе – болезнь Паркинсона, – говорит заведующая кафедрой неврологии и медицинской генетики Пермского государственного медицинского университета им. Е.А.Вагнера, доктор медицинских наук, профессор Юлия Каракулова. – Поэтому у пациентов на развёрнутых стадиях имеет смысл использовать инновационные методики, отличающиеся эффективностью в уменьшении симптомов на этом этапе болезни. Мы начали проводить такую терапию в прошлом году. И это действительно огромный прорыв.

Как она отмечает, есть много лекарственных препаратов, помогающих пациентам справиться с тяжёлыми симптомами этого заболевания. Но по мере его прогрессирования и многократного повышения дозировки таблетированных препаратов добиться нужного эффекта не получается. И то, что инновационные методы лечения стали доступны пациентам края – предмет её особой гордости.

– В Республике Башкортостан, по официальным данным, болезнью Паркинсона страдает примерно 3 тыс. человек, – рассказывает невролог-паркинсонолог, руководитель Республиканского центра болезни Паркинсона, президент Фонда болезни Паркинсона им. Р.Байтимеровой Азамат Байтимеров. – Но реальные данные могут быть в 2-3 раза больше. Таким образом, мы считаем, что в Башкортостане проживает 7-8 тыс. людей с этим диагнозом, причём большинство – в сельской местности, где в колодезной воде много железа, а работа связана с необходимостью применения гербицидов и пестицидов. Однако при правильно подобранной терапии, постоянном врачебном контроле и поддержании двигательной активности такие пациенты могут жить полноценной жизнью не менее 20 лет после постановки диагноза.

Среди эффективных методов Азамат Рамзович называет лечебную физкультуру, массаж, скандинавскую ходьбу и всё, что способствует увеличению двигательной активности пациента.

Примером такой активности считаются занятия по реабилитации пациентов в форме танцев-терапии. Они проводятся в Санкт-Петербурге в рамках школ пациента при поддержке центра помощи пациентам «Геном» под руководством Аллы Тимофеевой. Но залогом улучшения состояния пациента по-прежнему является терапевтический фактор.

– Спустя 5-10 лет после постановки диагноза болезнь Паркинсона лишает некоторых пациентов возможности двигаться в течение большей части дня, делать простые бытовые вещи, – отмечает директор центра «Геном» Елена Хвостикова. – А благодаря эффективным методам лечения они получают второй шанс, возвращаются не только к нормальной жизни, но даже к работе. Но пока что такой шанс есть только у пациентов небольшого количества регионов.

При этом расчёты, произведённые специалистами, показывают, что прямые затраты на одного пациента с болезнью Паркинсона с течением жизни составляют примерно 2,26 млн руб., включая медикаментозную терапию, хирургические и нейрохирургические операции. А непрямые – почти 8 млн руб., то есть превышают стоимость медикаментозного лечения почти в 4 раза.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Тенденции

Отечественный имплантат вернул пациента к нормальной жизни

Онкологи Томского национального исследовательского медицинского центра впервые в России провели операцию по восстановлению лица с помощью мягкого имплантата, созданного учёными Томского государственного университета.

Ранее сообщалось об успешном испытании на лабораторных животных новых имплантатов из металллотрикоотажной сетки, которые в будущем помогут медикам закрывать дефекты мягких тканей пациентов. Имплантаты могут закрывать дефекты мягких тканей после различных повреждений, деформаций, врождённых патологий, травм, полученных в ДТП или в результате огнестрельных ранений, колото-резаных ран, сообщили в пресс-службе вуза.

Уточняется, что у пациента была удалена опухоль, которая занимала половину лица. Под лоскут ткани установили имплантат, выполнивший роль каркаса и равномерно распределили лоскут, чтобы

предотвратить асимметрию лица. Установка имплантата одновременно с пересадкой собственных тканей пациента позволила сохранить естественную подвижность лица и вернуть человека к нормальной жизни.

«Подобные сетчатые имплантаты позволяют за счёт их эластичности смоделировать естественный контур лицевой области, задать нужное натяжение тканей в конкретных областях», – заявил заведующий отделением опухолей головы и шеи НИИ онкологии центра Денис Кульбакин.

Контрольное обследование показало, что металллотрикоотажный имплантат полностью прижился и успешно выполняет свою функцию. На базе НИИ онкологии планируются новые операции с использованием мягких конструкций из никелида титана, не имеющих аналогов в мировой реконструктивной хирургии.

Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.
Томск.

Деловые встречи

Будущее начинается сегодня

Молодые специалисты Научно-исследовательского института общей патологии и патофизиологии приняли участие в IX Международном патофизиологическом конгрессе, прошедшем в Белграде (Сербия).

Программа конгресса включала лекции, тематические сессии, посвящённые вопросам этиологии, патогенеза, новых методов терапии кардиоваскулярных и цереброваскулярных заболеваний, ишемии миокарда, заболеваний лёгких, желудочно-кишечного тракта, почек, последствий COVID-19-ассоциированных поражений внутренних органов, иммунопатологии. Отдельная сессия была посвящена регуляции генома, омиксным технологиям, биотехнологии и биоинженерии в современной медицине.

Учёные инновационного отдела лаборатории патогеномики и транскриптомики, которой руководит доктор биологических наук профессор Элеонора Брага, представили новые оригинальные результаты. Ими установлена функциональная значимость в патогенезе рака яйчников эпигенетической регуляции длинных некодирующих РНК

(днРНК) метилирования их генов. Также определены группы днРНК, вовлечённые в разные этапы диссеминации рака яйчников от старта метастазирования до колонизации метастазов. Предложены новые маркёры для диагностики и прогноза метастазирования рака яйчников, а также определены днРНК как факторы колонизации метастазов.

Группа изучения клеточного стресса и старения представила доклад о роли малых РНК при стрессе эндоплазматического ретикулума. В частности, доклад руководителя центра коллективного пользования НИИ Алексея Московцева содержал результаты полнотранскриптомного анализа и секвенирования фракции малых РНК при остром и хроническом стрессе, моделируемом на клеточных культурах. Эти данные раскрывают их новую роль в процессах ответа на развёрнутый белок (UPR), биогенеза микроРНК и старения. Кроме того, представленный материал акцентировал внимание на важности в поддержании клеточного гомеостаза регулирующей роли фрагментов тРНК, индуцируемых при стрессе. В роли ключевых компонентов регуляции малых РНК

и фрагментов тРНК были представлены ангиогенин (ANG) и эндорибонуклеаза DICER1. Впервые представлена модель хронического стресса как способ индукции фенотипа старения, по ряду маркёров напоминающая репликативное клеточное старение. В представленном докладе сообщалось о том, что биогенез микроРНК не менялся при хроническом стрессе и репликативном старении в отличие от острого стресса. В то же время стрессиндуцированные фрагменты тРНК очевидно играли важную роль как в стрессе, так и в старении. Всё это станет фундаментом будущих исследований и открытий, направленных на борьбу с возрастными патологиями.

«Участие наших учёных на таких значимых в мире науки мероприятиях, как Международный патофизиологический конгресс, играет большую роль для развития их профессиональной компетентности», – говорит директор НИИ член-корреспондент РАН Сергей Морозов.

Найля САФИНА,
внешт. корр. «МГ».

Ориентиры

С заботой о здоровье миллионов сердец

Специалисты Федерального центра мозга и нейротехнологий ФМБА России – о возможностях и перспективах современной кардиологии

Недавно отмечался профессиональный праздник кардиологов – врачей, находящихся на передовой борьбы за жизнь человека, ведь сердечно-сосудистые заболевания, как хорошо известно, являются основной причиной смерти во всём мире. Каждый год от ССЗ умирает 17,9 млн человек. Более 4 из 5 таких смертей происходит в результате инфаркта и инсульта, причём треть из этих случаев носит преждевременный характер и отмечается среди людей в возрасте до 70 лет. Такова печальная статистика.

О задачах кардиологов в рамках работы с пациентами, имеющими заболевания центральной нервной системы, возможностях современной кардиологии и перспективах развития направления «Медицинской газете» рассказала заведующая кардиологическим отделением Федерального центра мозга и нейротехнологий ФМБА России, кардиолог-аритмолог, кандидат медицинских наук Галина ЛАЗАРЕНКО:

– Изначально Центр мозга и нейротехнологий задумывался исключительно как центр лечения неврологических заболеваний и нейрореабилитации, однако очень скоро стало понятно, что без отделения кардиологии цикл лечения пациентов будет неполным. Нашему отделению уже 2 года, и за это время мы вылечили более 2 тыс. пациентов, имплантировали более 100 кардиовертеров-дефибрилляторов, выполнили около 200 кардиоваскулярных вмешательств (стентирование коронарных артерий). Важно понимать, что большинство этих операций было проведено пациентам, которые приехали в наш



центр на нейрореабилитацию или для лечения других заболеваний ЦНС. На этапе отбора мы приходили к выводу, что этим пациентам противопоказана реабилитация, так как у них имеется сопутствующая кардиальная патология (нарушение ритма сердца, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность). Пациенты госпитализировались в отделение кардиологии для проведения ком-

плексной диагностики и лечения, что позволило уменьшать риски сердечно-сосудистых осложнений при проведении нейрореабилитации, эндохирургических операций по поводу аневризм артерий головного мозга или больших нейрохирургических операций вторым этапом.

Есть несколько научных направлений, по которым мы активно взаимодействуем с неврологами. Первое – очень серьезная проблема у пациентов, поступивших к нам с острым инсультом, в ряде случаев развивается стрессиндуцированная кардиомиопатия. Совместно с коллегами мы ищем пути решения, разрабатываем индивидуальные алгоритмы подходов к лечению этой очень сложной клинической проблемы. Следующее направление – лечение пациентов с болезнью Паркинсона. Очень часто у них возникает нарушение сердечного ритма, которое может быть первым симптомом этой болезни.

Ещё одно важное направление – лечение пациентов с синкопальными состояниями, которые в первую очередь обращаются к неврологам-эпилептологам. На самом деле первопричиной этих состояний часто является аритмия, и мы очень тесно со-

трудничаем со специалистами в области неврологии. В нашем центре есть все возможности для диагностики этих состояний. Например, мы можем проводить TILT-тест для уточнения причин синкопальных состояний, что помогает подобрать правильную терапию. Сегодня эта передовая методика не очень широко распространена в России. Также проводим МРТ сердца с контрастированием для исключения миокардита. Недавно появилась возможность проведения сцинтиграфии с нагрузкой – этот метод даёт возможность в кратчайшие сроки диагностировать ишемические проблемы сердца и вовремя провести операцию, тем самым спасая жизнь пациента.

Причиной около трети инсультов, которые переносят пациенты, поступающие в ФЦМН, является нарушение ритма сердца. Очень часто люди поступают с неуточнённым вариантом инсульта, и крайне важно провести поиск кардиологических причин, так как это позволяет профилактировать повторные инсульты. Нами используются международные алгоритмы диагностики, успешно взаимодействуем с отделением функциональной диагностики, а

это даёт возможность выявлять первопричины заболевания.

Пациенты, которые поступают в неврологический стационар, зачастую являются коморбидными, и на первый план, конечно же, выйдут сердечно-сосудистые заболевания. Работа в неврологическом стационаре требует от кардиолога постоянного обучения, так как она осуществляется с группой тяжёлых пациентов. Наши кардиологи постоянно учатся, все имеют дополнительную специализацию по аритмологии и функциональной диагностике. Это позволяет более предметно и многослойно решать конкретные задачи по диагностике заболеваний.

Мы не стоим на месте и продолжаем развиваться. Уже в сентябре планируем открыть отделение кардиологической реабилитации. Кардиореабилитацию смогут пройти несколько групп пациентов, в том числе с аритмиями (пациентов из этой сложной группы в других медицинских учреждениях не всегда берут на реабилитацию), с выраженной сердечной недостаточностью, после имплантации кардиовертеров и дефибрилляторов, с ишемической болезнью сердца после проведения сложных коронарных вмешательств. Нами разработана специальная программа, которая будет включать применение передовых методик, увеличивающих толерантность к физической нагрузке, улучшать качество жизни пациентов, например, интервальная гипокситерапия, галотерапия, гипербарическая оксигенация, внутривенное лазерное облучение крови, магнито-, лазеротерапия и т.д. В ближайшей перспективе планируется и открытие электрофизиологической лаборатории для диагностики и лечения нарушения ритма сердца.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Обсуждения

Как всегда, по формату собрания Европейского панкреатического клуба соответствовало конгрессу – более 500 участников собралось в австрийском городке Альпбах, больше похожем на деревню и известном тем, что сразу после Второй мировой войны здесь проходили переговоры лидеров европейских стран о будущем континента. Принятое ими решение об образовании Европейского союза объясняет появление в Альпбахе более 50 лет назад высокогорного конгресс-центра. Кроме того, городок знаменит фермерскими династиями с 300-400-летней историей, а на прицерковном кладбище похоронен нобелевский лауреат по физике Эрвин Шрёдингер, один из создателей квантовой механики.

Хирургическое событие соответствовало месту: все 4 дня форум был «упакован» новостями и событиями. По многим ключевым гастроэнтерологическим вопросам объединённые европейские страны представили большое количество мультицентровых проспективных исследований – законченных, планируемых и находящихся в процессе. Надо сказать, что по количеству качественных рандомизированных исследований в области заболеваний поджелудочной железы Европа значительно опережает США. Признанными лидерами остаются голландцы, к которым подтянулась Финляндия.

Способность объединяться и работать по одинаковым протоколам – основной европейский прорывной инструмент для объективного решения сложных актуальных вопросов. Впрочем, в Альпбахе были представлены не только страны ЕС. Несколько

Встреча в Тироле

В Альпбахе (Австрия) прошло 55-е ежегодное собрание Европейского панкреатического клуба (European Pancreatic Club, EPC)



(Слева направо) Киоичи Такаори, Азиф Халими, Роберто Валенте и Вячеслав Егоров

блестящих докладов на отличном английском языке сделали руководители самостоятельных китайских молекулярно-генетических лабораторий. Остаётся сожалеть, что наша страна пока находится за пределами мультицентровых европейских гастроэнтерологических исследований.

Наша подмосковная Ильинская больница представила на форуме два доклада по комбинированному лечению местнораспространённого рака поджелудочной железы. Один из них был посвящён особенностям артериальных, а другой – венозных реконструкций при операциях по этому поводу.

Учитывая ограниченный опыт таких вмешательств в мире, интерес они вызвали большой.

За выдающиеся достижения два видных панкреатолога получили награды – Life Time Award Европейского панкреатического клуба: президент украинского клуба панкреатологов профессор Наталья Губергриц (Одесса) и руководитель отдела клинической науки, вмешательств и технологии Каролинского института, профессор Маттиас Лёр (Matthias Löhr, Швеция). Оба представили интересные сообщения, а доклад Лёра «Есть ли поджелудочная железа у кита» был посвящён эволюции мозга в зависимости от строения этого органа. Кстати, Маттиас представлял европейскую гастроэнтерологию в Европарламенте, где выступал с докладом о влиянии заболеваний желудочно-кишечного тракта и поджелудочной железы, в частности рака поджелудочной железы, на здоровье населения Европы.

Кроме того, мы обсудили возможности взаимодействия и обмена опытом в сегодняшней непростой ситуации с президентом конгресса Хейко Виттом (Heiko Witt, Австрия), Хельмутом Фриссом (Helmut Friess, Германия), Марко Дель Кьяро (Marco Del Chiaro, США), Джоном Неоптолемосом (John Neoptolemos, Великобритания – Германия), Питером Бэйли (Peter Bailey, Великобритания), Киоичи Такаори (Kiouchi Takatori, Япония), Азифом Халими



У скульптуры «Манфред», олицетворяющей думающего человека

(Azif Halimi, Швеция), Роберто Валенте (Roberto Valente, Швеция – Италия), Джовани Маркеджани (Giovanni Marckegiani, Италия), Гюральпом Джейханом (Güralp Seyhan, Турция), Энрике де-Мадариа (Enrique de-Madaria, Испания) и другими коллегами.

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

Санкт-Петербургский педиатрический медицинский университет – это крупнейшая федеральная детская клиника, в которой за последние годы впервые в мире провели множество сложнейших операций. Это и кардиологические, и нейрохирургические, и внутриутробные вмешательства.

Главный неонатолог Минздрава России, ректор университета, профессор Дмитрий Иванов рассказал о 100-летней истории вуза, новом поколении врачей, вопросах развития медицины в России, а также особенностях профессии врача.

– Дмитрий Олегович, в педиатрическом университете недавно выдали дипломы молодым врачам. Что вы думаете об этом выпуске?

– Каждый выпуск отличается и запоминается чем-то. В медицинском вузе учатся 6 лет – это самое длинное по времени образование. За эти долгие годы случается многое. Этот курс нас приятно радует, потому что около 20% выпускников получают диплом с отличием. Такого результата никогда не было. Это говорит о том, что студенты были максимально мотивированы на получение знаний.

– В университет приезжают учиться со всей страны. Получив диплом, многие возвращаются домой?

– Надо разделить несколько понятий. Есть люди, которые поступают после школы по результатам ЕГЭ, и они вольны в своём выборе. Могут вернуться домой или искать место работы в Петербурге, могут продолжить учёбу – поступить в ординатуру. Но есть так называемые целевики – это те, которые получили направление на обучение. Они заключают договор с медицинским учреждением, в котором чётко оговорено, что после окончания обучения необходимо 3 или 5 лет отработать именно в конкретном медицинском учреждении. В Санкт-Петербурге выпускник может остаться только в том случае, если возместит региону потраченные на его обучения средства.

– Можете ли вы отчислить человека, поступившего по целевому направлению, за плохую успеваемость?

– Конечно, можем. И после отчисления он должен будет вернуть сумму, которая была затрачена на его обучение.

У нас практически 70% бюджетных мест – это «целевики». Простому школьнику, который не определился со своей будущей судьбой, поступать всё тяжелее. Вуз не может принять человека, у которого нет нужного количества баллов ЕГЭ. Например, на педиатрический факультет абитуриент должен набрать не менее 45 баллов по 3 предметам. Если у него меньше – 40 баллов, то мы не принимаем у него документы, даже если он имеет целевое направление.

– В 17 лет сложно определиться с выбором. Может быть, нужно посмотреть человеку лично в глаза и задать вопрос: «почему ты хочешь в эту профессию?»

– Есть абитуриенты, которые и в 17 лет чётко знают, чего они хотят. Чаще всего это девушки, они взрослеют раньше юношей.

На самом деле вы поднимаете очень важную тему. В России сохранились вузы, в которые нужно пройти творческий конкурс. В медицинских университетах требуется то же самое. Врачебная профессия, кроме знаний, предполагает ещё и определённые человеческие качества, прежде всего сострадание к пациентам. Без этого невозможно врачевать.

– В этом году большой конкурс?

– Пока этого сказать не можем. Но каждый год конкурс в медицинские вузы растёт. В прошлом году на лечебный факультет было 60 человек на место.

– Но ведь медиков не хватает, и они должны работать не только в столицах.

– Конечно, не все готовы ехать в регионы. Большинство хочет работать в крупном городе. Как главный специалист Минздрава я бываю как минимум в 50 регионах ежегодно

и могу сказать, что детская медицинская инфраструктура сейчас на высоком уровне. Последние годы государство вкладывает большие средства в развитие региональной медицины. Поэтому возможности медицинских учреждений в плане места работы для выпускников отвечают мировым стандартам. Но со всем остальным есть нюансы, люди хотят досуга, развлечений.

Сейчас мы часто используем, на мой взгляд, эффективный метод – стараемся, чтобы практику студенты после 4-5-го курсов проходили в Псковской, Новгородской областях. И когда они приезжают в регионы и

теряют диагностики он может своим мышлением дойти до истины. Если человек не обладает талантом, то свободы мышления, к сожалению, нет. Тогда он попадает в жёсткие рамки клише тех знаний, которые у него есть. Знать всё невозможно. Такая несвобода приводит к постановке стереотипных диагнозов и назначению шаблонного лечения. В советской медицинской школе всегда отмечали, что надо лечить не болезнь, не анализы, а пациента, и не по учебнику.

– Какие бы рекомендации вы дали тем, кто собирается поступать в университет?

Экспертный уровень

Дмитрий ИВАНОВ: Педиатрия – ЭТО медицина развития



понимают, что там гораздо больше возможностей для роста, то многие принимают предложение о работе от региональных медицинских организаций.

– В системе образования за последние годы произошло множество изменений. Какие из них можно признать успешными, а какие провалились? Как образовательная сфера отличается от той, что была 30 лет назад?

– В медицине не появились магистры и бакалавры. У нас остался тот же специалитет с 6-летним обучением, как и было в советское время. Тогда много внимания уделяли общественно-полезной жизни студентов и их воспитанию. Потом решили, что это не важно. Сейчас пытаемся вернуться к тому, что студент должен себя ощущать гражданином своей страны. Хорошо, что есть потребность в обществе, в осознании себя гражданами единой страны, сплочённым народом.

В советское время для вузов существовали абсолютно одинаковые программы обучения. Студенты проходили их по единым стандартизированным учебникам, изучали одинаковое количество предметов. Потом решили, что каждый вуз обладает самостоятельностью и может давать предметы на том курсе, на котором считает нужным. Есть федеральный государственный образовательный стандарт, где прописаны только часы. Предположим, на нормальную анатомию отводится 1000 часов, а когда давать эти часы – дело вуза. Нет единых учебников. В итоге получается, что выпускники разных вузов отличаются друг от друга по знаниям. Сейчас говорят о том, что нам необходимо вернуться к единым образовательным программам.

– Диагностика – самое сложное и слабое место отечественной медицины на сегодняшний день. Поставить правильный диагноз нелегко, для этого нужен человек с особым талантом?

– Врачевание – это и есть особый талант, он либо есть у человека, либо его нет. А знания, о которых мы говорили, наслаиваются на этот талант. Одарённый человек свободен, по определённым кри-

врачом. Правда, детским психиатром. Доучился до 3-го курса тогда ещё Ленинградского педиатрического института, а потом занялся неврологией новорождённых детей и стал всё больше склоняться к неонатологии. После 5-го курса твёрдо решил быть неонатологом. И уже 36 лет моя жизнь связана с этой специальностью.

– Ваш университет скоро отметит своё 100-летие. Можно ли сказать, что вуз сыграл и продолжает играть большую роль в защите детей мира?

– Первая детская больница Российской империи появилась в

1917 г. в Санкт-Петербурге. Это значит, что в 2022 г. в России умерло 6 тыс. детей. За 100 лет Россия снизила младенческую смертность в 100 раз. Это грандиозное достижение, о котором мало говорят.

Такие результаты получены потому, что государство придаёт огромное значение демографическим проблемам. На моей памяти за 30 лет создана выдающаяся инфраструктура. Особенно за последние 10 лет. Построены современные детские больницы, перинатальные центры с современным оборудованием. Это, конечно, и подготовка врачей, и создание нацио-

Санкт-Петербурге. Первая кафедра детских болезней появилась здесь, в Военно-медицинской академии, как и первое в России Общество детских врачей. И в 1925 г. в нашем городе был создан институт, в котором учили именно детских врачей и где работали выдающиеся педиатры мирового уровня.

Быстро стало понятно, что надо создавать систему охраны материнства, детства, участковую педиатрию. А для системы нужны специалисты со знанием особенностей детского организма. В связи с этим и был создан первый в мире педиатрический вуз. Почти 100 лет институт выпускает врачей-педиатров. На сегодняшний день педиатрический факультет самый многочисленный из всех 8 факультетов университета. Порядка 15% – это иностранные учащиеся. Большинство – из стран СНГ, но есть и студенты из дальнего зарубежья: Индии, Пакистана, Афганистана, стран Европы и Африки.

Согласно архивным документам, со дня основания врачи педиатрического института пролечили 14 млн детей из всех регионов России.

– Я знаю, что специалисты университета и сейчас ездят по стране. Только в этом году вы посетили более 10 регионов...

– Вот уже 10 лет я главный специалист страны по неонатологии, и в своё время мы с моими сотрудниками придумали систему, по которой и сейчас активно работаем. Анализируем истории болезни всех умерших детей в регионе. По каждому умершему ребёнку имеем своё мнение (впечатление) и, приезжая в регион, работаем с врачами, которые имели отношение к лечению данного пациента. Обсуждаем, почему не спасли. К сожалению, бывают безнадёжные ситуации. Всегда исходим из того, что история не имеет сослагательного наклонения, но нам важно понять, можно ли было сделать что-то по-другому.

– Сегодня уровень детской смертности в России самый низкий за все времена...

– Показатель младенческой смертности характеризует развитость страны – насколько хорошо построена инфраструктура, не только медицинская, но и социальная. В 1917 г. в Российской империи умирал каждый третий ребёнок. В странах Европы смертность была примерно такая же. К началу Великой Отечественной войны этот показатель у нас снизился практически в 2 раза. К концу существования Советского Союза младенческая смертность была около 22 промилле. Большая смертность была в республиках Средней Азии, меньшей – в России, Прибалтике.

В 2012 г. мы перешли на общепринятые критерии Всемирной организации здравоохранения и стали учитывать детей с массой более 500 г. В абсолютных величинах тогда умирало 20 тыс. детей до года. На сегодняшний день младенческая смертность состав-

нальных медицинских центров. Высокотехнологичную медицинскую помощь может получить любой ребёнок и взрослый страны. Сейчас лечат такие патологии, которые раньше считались безнадежными. Это и опухолевые образования, и патологии нервной системы, и пороки развития. Например, впервые в нашей стране академик Баиров сделал операцию новорождённому, у которого оказались связанными трахея и пищевод. Эта операция положила начало хирургии новорождённых.

На сегодняшний день в нашем учреждении делаются сложнейшие внутриутробные вмешательства. Хирурги – мужественные люди, они идут на риск, чтобы помочь детям.

– Что влияет на образование таких страшных патологий у малышей?

– К сожалению, часто влияет самолечение. Беременная женщина, заболев, не обращается к врачу и начинает что-то принимать, а это может влиять не только на плод, но в дальнейшем и на здоровье ребёнка. Конечно, негативное влияние оказывают курение и употребление алкоголя – это не врачебные выдумки. Возможно и экология.

– В годы блокады за жизни маленьких ленинградцев боролись и врачи. Эти традиции сохраняете до сих пор...

– К началу блокады Ленинграда в городе осталось порядка 400 тыс. детей. По мере усугубления ситуации стало понятно, что их не только надо лечить, но и кормить. Именно тогда в городе, впервые в Советском Союзе, был введён институт главных специалистов. Таким специалистом по педиатрии стал Александр Фёдорович Тур, который всю блокаду оставался в Ленинграде и оказывал помощь детям. Педиатрический институт продолжил учить студентов, когда все остальные вузы эвакуировались. За годы блокады было подготовлено порядка 900 врачей. Эти люди ушли на фронт. Многие из них погибли. За время блокады сотрудники университета разработали смеси, которые заменяли молоко. Их делали из олифы, сои. Это помогало спасать маленьких детей. Функционировал родильный дом.

– Врач – это профессия, в которую идут по зову сердца?

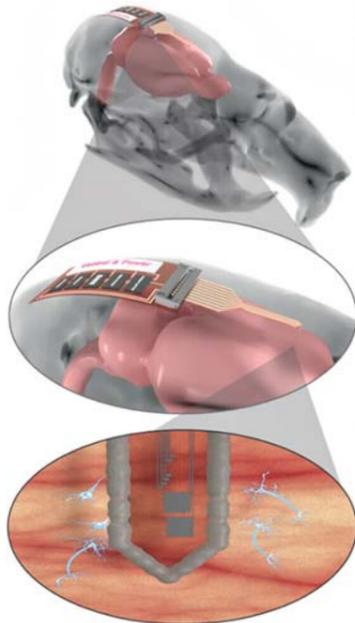
– Мне кажется, что прежде всего врач должен обладать состраданием. Будущий врач должен понимать, что всю свою жизнь он будет общаться с больными людьми. А больной человек ведёт себя не так, как в обычной жизни, когда он здоров. А ребёнок вообще, как правило, только плачет. Поэтому, если у человека нет сострадания, ему будет очень сложно в этой профессии.

Беседу вел
Дина ВЛАСОВА,
внешт. корр. «МГ».

Взгляд

Карты мозга

Нейробиологи активно картируют мозг, пытаясь с помощью такого рода больших проектов понять, как он работает. В частности, было показано, что моторная кора человека в реальности не похожа на знаменитый «гомункулос» У. Пенфилда, бывшего членом АН СССР. Учёный с помощью электрода раздражал различные участки коры, спрашивая человека, которому предстояла операция по поводу эпилепсии, что тот чувствует. Так был создан «человечек», который сегодня уже не удовлетворяет нейробиологов, «ищущих» не только нейроны, отвечающие за те или иные функции, но и прослеживающих их связи с другими клетками в виде нервных отростков и синапсов.



Гибкий микроэлектродный прибор на мозге мыши с моделью эпилепсии

Картирование трудоёмко и кропотливо, но даёт свои результаты. Так, в шанхайском Центре изучения мозга провели анализ прохождения дендритов и аксонов отдельных нейронов префронтальной, или предлобной коры (ПЛК), клетки которой, как считается, «отвечают» за когнитивность. Говорится также, что нейроны ПЛК необходимы для принятия решений, например поесть и попить, хотя эти «основные инстинкты» локализованы глубоко в мозге, а именно в гипоталамусе. В Калифорнийском университете подтвердили, что для более прочной «связки» синапсов, отвечающих за память и обучение, требуется белок нейрוליгин. Мутации в его гене выявляются у детей-аутистов и с расстройством аутистического спектра.

Фундаментальные исследования помогают определить подходы к пониманию всем известным расстройствам, связанным с вредными привычками, например перееданием и злоупотреблением алкоголем. Сегодня уже стало трюизмом, что от переедания в современном мире умирает больше людей, чем от голода. Оно сопровождается различными отклонениями самых разных систем организма, но мало что помогает бороться с излишним весом, когда индекс массы тела перешагивает за отметку 25. Выше упомянуты подкорковые структуры, нельзя забывать и о миндалине (Amygdala), представляющей группу клеток в полюсе височной доли, располагающуюся вблизи от гиппокампа. В ножках мозга, представляющих собой совокупность отростков, идущих от мотонейронов коры в ствол мозга и затем в спинной, расположена чёрная субстанция. Она представляет собой нейроны с чёрным меланином, синтезирующие из аминокислоты тирозина дофамин, нехватка которого ведёт к болезни Паркинсона. По отросткам клеток субстанции дофамин попадает к нейронам подкорковых ядер, управляющих нашими движениями, а также к прилегающим ядрам под лобными долями, клетки которых порождают наши чувства удовольствия от еды и питья (после злоупотребления и чрезмерного расхождения дофамина рождается похмелье).

В Биологическом институте немецкого города Мартинсрид показали, что воздержание от еды активируют клетки центрального отдела миндалины и тем самым стимулируют чувство голода. Его, по мнению сотрудников итальянского Института аутологии (исследований роста), можно подавлять путём воздействия холода на тело, о чём они сообщили на Европейском конгрессе по ожирению в Дублине. В Университете канадского города Квебек выяснили, что вес тела контролируется протеомом мозга. Речь, в частности, идёт о белке лептине, поступающем с кровью в мозг, где воздействует на группу нейронов, гипоталамусе, подавляя тем

самым, чувство голода. Люди часто, особенно в стрессовом состоянии, пытаются «заесть» проблему, в результате чего вырабатывается привычка к безостановочной еде, или булимии (BED – Binge Eating Disorder). В Стэнфорде показали, что BED развивается на фоне нарушения синаптических соединений в глубоких структурах мозга в результате аномальной активности белковых рецепторов дофамина. Через месяц стэнфордцы сообщили об идентификации в полосатом теле (подкорковая структура мозга, с помощью дофамина регулирующей наши движения) двух областей. Клетки в них, по крайней мере у крыс, отвечают за развитие привычки и BED. Остаётся сказать, что в Университете Сиракузы обратили внимание на пептид GLP, который похож на глюкагон, действие которого прямо противоположно инсулину. Применение его аналога привело к тому, что крысы стали есть на 80% меньше и потеряли в весе 12%. Возможно, что в будущем нечто подобное разработают и для тучных людей.

Сходные механизмы выявляются на молекулярном уровне и в мозге зависимых от алкоголя. Так, в Университетском колледже Лондона выявили связь между алкогольной зависимостью подростков в состоянии депрессии и алкоголизмом взрослых. Интересно, что у мышей отрезвление наступает быстрее после активации нейронов ствола мозга, вырабатывающих норадреналин. У мышей повторяющаяся алкогольная интоксикация ведёт к изменению генной активности в нейронах ПЛК и, как следствие, нарушению когнитивных способностей. Вместе с тем в Гарварде выявили улучшение сердечного здоровья женщин, потребляющих одну порцию алкоголя в день, и мужчин, если они ограничиваются двумя порциями алкоголя в день. Авторы сделали этот вывод на основе мониторинга здоровья 50 тыс. человек и ПЭТ-исследования мозга 754. Их статья называется «Снижение стрессовой активности нейросети, определяющей риск развития сердечно-сосудистых расстройств».

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам Physorg, Cell, Journal American College of Cardiology, Journal American Chemical Society, Journal of Clinical Investigation, Lancet Psychiatry, Nature Metabolism, Nature Neuroscience, Science Advances.

В Усть-Кутскую республиканскую больницу по программам «Земский доктор/Земский фельдшер» требуются следующие специалисты:

№ п/п	Наименование медицинской организации	Структурное подразделение и его адрес	Должность	Количество ставок	Сумма по программе (руб.)
1.	ОГБУЗ «Усть-Кутская РБ»	Марковская участковая больница, п. Верхнемарково, ул. Солнечная, 1А	врач общей практики (семейный врач)	1	2 млн
2.	ОГБУЗ «Усть-Кутская РБ»	Нийская врачебная амбулатория, п. Ния, ул. Тбилисская, 1	терапевт	1	1 млн
3.	ОГБУЗ «Усть-Кутская РБ»	Звёзднинская врачебная амбулатория, п. Звёздный, ул. Горбунова, 5	терапевт	1	1 млн
4.	ОГБУЗ «Усть-Кутская РБ»	родильное отделение, г. Усть-Кут, ул. Высоцкого, 22	неонатолог	1	1 млн
5.	ОГБУЗ «Усть-Кутская РБ»	отделение первичной специализированной медико-санитарной помощи поликлиники, г. Усть-Кут, ул. Реброва-Денисова, 4	офтальмолог	1	1 млн
6.	ОГБУЗ «Усть-Кутская РБ»	педиатрическое отделение детской поликлиники, г. Усть-Кут, ул. Реброва-Денисова, 4	педиатр участковый	1	1 млн
7.	ОГБУЗ «Усть-Кутская РБ»	отделение первичной специализированной медико-санитарной помощи поликлиники, г. Усть-Кут, ул. Реброва-Денисова, 4	хирург	1	1 млн
8.	ОГБУЗ «Усть-Кутская РБ»	отделение скорой медицинской помощи, г. Усть-Кут, ул. Реброва-Денисова, 4	фельдшер скорой медицинской помощи	1	500 тыс.
9.	ОГБУЗ «Усть-Кутская РБ»	терапевтическое отделение поликлиники, г. Усть-Кут, ул. Реброва-Денисова, 4	инфекционист	1	1 млн
10.	ОГБУЗ «Усть-Кутская РБ»	отделение первичной специализированной медико-санитарной помощи поликлиники, г. Усть-Кут, ул. Реброва-Денисова, 4	невролог	1	1 млн
11.	ОГБУЗ «Усть-Кутская РБ»	отделение первичной специализированной медико-санитарной помощи поликлиники, г. Усть-Кут, ул. Реброва-Денисова, 4	оториноларинголог	1	1 млн
12.	ОГБУЗ «Усть-Кутская РБ»	Казаркинский фельдшерско-акушерский пункт, с. Казарки, Бамовская, 12	заведующая фельдшерско-акушерским пунктом – фельдшер	1	1 млн

Социальные гарантии:

- денежная компенсация за наем жилого помещения 25 тыс. руб. в месяц для врачей-специалистов за счёт бюджета УКМО;
- выплата подъемных 3 молодым специалистам каждому (с высшим медицинским образованием) в размере 300 тыс. руб. (по 100 тыс. в год) за счёт бюджета УКМО;
- социальная выплата на приобретение жилья специалистам с высшим образованием в размере 500 тыс. руб. за счёт бюджета УКМО;
- предоставление служебных квартир по ходатайству в адрес администрации УКМО с учётом очередности.

Адрес:

юридический: 666781 Иркутская область, г. Усть-Кут, ул. Высоцкого, 22
фактический: 666781 Иркутская область, г. Усть-Кут, ул. Высоцкого, 22
телефон/факс: 8 (395-65) 5-84-88
адрес эл. почты: ukcrbid@irmail.ru

Главный врач: **Александр Евгеньевич Енговатых**

Отдел кадров: **8 (39565) 5-79-02**

Начальник отдела кадров: **Мария Александровна Михайлова**
адрес эл. почты: **kadr57902@yandex.ru**

Выводы

Здоровое питание против деменции

Ученые из Колумбийского университета в США выяснили, что более здоровое питание было связано с более низким риском деменции и смерти, а также замедлением биологического старения. Результаты исследования представлены в каталоге препринтов medRxiv и считаются предварительными до публикации в рецензируемом журнале.

Авторы использовали данные исследований сердца Framingham, в котором участвовали три поколения людей. После исключения неподходящих под критерии

участников окончательная выборка составила 1525 человек в среднем в возрасте 69,7 года.

Участники с более здоровым питанием в старшем возрасте имели более медленные темпы биологического старения и более низкий риск слабоумия на исходном уровне. Более быстрый исходный темп старения также увеличивал риск смертности от всех причин.

Здоровое питание снижало риск смерти и замедляло биологическое старение. Связь между диетой и старением была заметнее среди постоянно курящих, чем среди никогда не куривших.

Люди с большей приверженно-

стью диетическим рекомендациям были старше, женаты, реже курили, чаще были подвижны, имели высшее образование и более низкий индекс массы тела. За время наблюдения деменция была диагностирована у 129 человек, 432 человека умерли.

Результаты исследований на животных показали, что биологические процессы, связанные с более здоровым питанием и более низким риском развития деменции, включают уменьшение признаков старения: окислительного стресса и воспаления.

Игорь НАУМОВ.

Международное агентство по изучению рака (МАИР), Объединённый комитет экспертов по пищевым добавкам (ОКЭПД) Продовольственной и сельскохозяйственной организации ООН (ФАО) и Всемирной организации здравоохранения выпустили оценки воздействия на здоровье не содержащего сахар подсластителя аспартама. Отметив «ограниченность доказательств канцерогенности аспартама для человека, МАИР классифицировало его как возможно канцерогенный для человека (группа 2В по классификации МАИР), а ОКЭПД подтвердил норму допустимого суточного потребления аспартама на уровне 40 мг/кг массы тела.

Как известно, аспартам – искусственный (химический) подсластитель, который с 1980-х годов широко используется в составе различных пищевых продуктов и напитков, включая диетические напитки, жевательную резинку, желатин, мороженое, молочную продукцию, в частности йогурт, готовые сухие завтраки, а также в составе зубной пасты и лекарственных препаратов, таких как леденцы от кашля и жевательные витамины.

«Рак входит в число ведущих причин смертности во всём мире. Каждый год он вызывает шестую часть всех случаев смерти. Учёные, надеясь уменьшить эти показатели, постоянно расширяют исследования, направленные на оценку инициирующих, а также способствующих факторов онкологических заболеваний», – отметила директор Департамента ВОЗ по вопросам питания и безопасности пищевых продуктов Франческа Бранка. – Оценки в отношении аспартама не дают оснований всерьёз сомневаться в его безопасности в тех дозах, в

Ракурс

ВОЗ об опасности и риске аспартама

которых он обычно употребляется, однако указывают на потенциальные эффекты, которые требуют изучения в рамках дополнительных и более тщательных исследований».

Две организации провели независимые, но дополняющие друг друга оценки, имеющие целью определить потенциальную канцерогенную опасность и другие риски для здоровья, связанные с употреблением аспартама. МАИР оценивает аспартам впервые, а для ОКЭПД это третья по счёту оценка. В рамках обеих оценок по итогам обзора имеющейся научной литературы была отмечена ограниченность имеющихся доказательств в отношении рака и других последствий для здоровья.

На основании ограниченных доказательств в отношении рака у человека (а именно гепатоцеллюлярной карциномы, разновидностью рака печени) МАИР классифицировало аспартам как возможно канцерогенный для человека. Ограниченный характер имели также доказательства в отношении рака, полученные в ходе экспериментов на животных, и доказательства, касающиеся возможных механизмов патогенеза рака.

Согласно выводам ОКЭПД, научные доказательства не дают достаточных оснований для из-

менения ранее установленной для аспартама нормы допустимого суточного потребления (ДСП) на уровне 0–40 мг/кг массы тела. Тем самым комитет подтвердил, что употребление аспартама без превышения данного лимита является безопасным для человека. Например, если в банке диетического безалкогольного напитка содержится 200 или 300 мг аспартама, то для превышения допустимого суточного потребления (при отсутствии других источников поступления аспартама в организм с пищей) взрослый человек с массой тела 70 кг должен выпивать 9–14 банок напитка в день.

Работа МАИР по выявлению факторов опасности – первый основополагающий шаг к пониманию канцерогенности того или иного вещества, заключающийся в определении его конкретных свойств и способности причинять вред, то есть вызывать рак. Принятые МАИР классификации отражают достоверность научных доказательств в отношении способности вещества вызывать рак у человека, но не позволяют судить о риске развития онкологического заболевания при том или ином уровне воздействия. При оценке опасности МАИР рассматривает все типы воздействия (например, связанные с питанием,

профессиональной деятельностью и т.д.). По достоверности имеющихся доказательств группа 2В занимает в классификации третье по счёту место от самого высшего из четырёх уровней и обычно используется в тех случаях, когда имеются ограниченные, но не убедительные доказательства в отношении рака у человека либо убедительные доказательства в отношении рака у экспериментальных животных, но не то и другое одновременно.

«Выводы об ограниченности доказательств канцерогенности для человека и животных и ограниченности доказательств в отношении механизмов канцерогенного воздействия свидетельствуют о необходимости дальнейших исследований, позволяющих углубить наше понимание того, представляет ли употребление аспартама канцерогенную опасность», – заявила представитель программы МАИР по выпуску монографий Мэри Шубауэр-Бериган.

В рамках оценок риска, проводимых ОКЭПД, оценивается вероятность возникновения конкретного вреда, то есть рака, при определённых условиях и уровне воздействия. Формулируя свои выводы, ОКЭПД иногда принимает во внимание классификации МАИР. «ОКЭПД также рассмотрел дока-

зательства в отношении риска рака, полученные в рамках исследований с участием человека и на животных, и пришёл к выводу о том, что доказательства взаимосвязи между потреблением аспартама и раком у человека не имеют убедительного характера, – отметил руководитель отдела ВОЗ по стандартам и научным рекомендациям в отношении пищевых продуктов и питания Мозз Санаа. – Нам необходимы более качественные исследования с более длительным последующим наблюдением и неоднократным анкетированием существующих когорт по вопросам питания. Требуются рандомуализованные контролируемые клинические исследования, в том числе исследования метаболических механизмов, которые играют роль в регуляции обмена веществ с участием инсулина и патогенезе метаболического синдрома и диабета, особенно взаимосвязи этих механизмов с развитием онкологических заболеваний».

МАИР и ОКЭПД проводили оценки воздействия аспартама на основе научных данных, полученных из целого ряда источников, включая рецензируемые публикации, доклады государственных органов и исследования, проводимые для выработки мер регулирования. Исследования рецензировались независимыми экспертами, и оба органа приняли меры для обеспечения непредвзятости и надёжности своих оценок.

МАИР и ВОЗ продолжают следить за появлением новых данных и рекомендуют независимым исследовательским коллективам проводить дополнительные исследования по вопросу о потенциальной связи между употреблением аспартама и последствиями для здоровья потребителей.

Осторожно!

Завтрак — всему голова

Распространённость диабета продолжает расти, особенно в государствах со средним и низким уровнем дохода. Если в 1980 г. страдающих им людей было 108 млн, то в 2014-м число таких больных увеличилось до 422 млн. Поэтому медики продолжают выявлять факторы, влияющие на риск развития сахарного диабета (СД).

Об одном из них рассказали испанские учёные из Барселонского института глобального здравоохранения (ISGlobal) и их французские коллеги из Университета Сорбонна, Исследовательской группы по эпидемиологии питания (EREN), а также Исследовательского центра эпидемиологии и статистики Парижского университета.

Генетическая предрасположенность играет определённую роль в вероятности возникновения диабета, однако для СД-2 крайне важен образ жизни, особенно режим питания. Он помогает регулировать циркадные ритмы, модулирующие гомеостаз глюкозы и липидов, и именно на нём, а точнее – на таком важном приёме пищи, как завтрак, решили сосредоточиться авторы нового исследования.

«Исследований, в которых была бы проанализирована связь времени приёма пищи и заболеваемости СД-2, нет. Наша цель заключалась в изучении того, как взаимосвязаны время и число приёмов пищи, продолжительность ночного голодания и риск развития сахарного диабета 2-го типа», – объяснили учёные.

В выборку вошли 103 312 взрослых (79% женщин, средний возраст – 42,7 года). Добровольцы заполняли онлайн-анкеты о том, во сколько и что они ели и пили в течение 24 часов 3 дня подряд. Затем специалисты усреднили записи о питании за первые 2 года наблюдений и оценивали здоровье участников в последующие годы – в



среднем 7,3, – учитывая факторы риска.

В итоге авторы работы зарегистрировали 963 новых случая СД-2. Однако оказалось, что по сравнению с участниками, завтракавшими до 8 часов утра, те, чей первый приём пищи приходился после 9:00, чаще сталкивались с этим хроническим заболеванием (риск был выше на 59%). По данным учёных, хотя время последнего приёма пищи никак не повлияло на заболеваемость СД-2, каждый дополнительный приём пищи – до 5 раз в день – ассоциировался с более низкой частотой его развития.

«Продолжительность голодания в ночное время не была связана с вероятностью развития СД-2, за исключением участников, которые завтракали до 8 утра и голодали в течение как минимум 13 часов на протяжении ночи (отношение рисков составило 0,47)», – добавили исследователи.

Таким образом, по мнению учёных, завтрак до 8 часов утра и ужин не позднее 19:00 могут снизить риск возникновения СД-2. Если эти выводы подтвердятся в других крупномасштабных исследованиях, первый ранний приём пищи следует рассматривать как дополнительный метод профилактики диабета.

Гипотезы

Печаль ещё становится неносней, Когда ей сон... откажется уплачивать свой долг

Международная команда учёных провела большое исследование с участием более 30 тыс. человек из 11 государств и пришла к выводу, что продолжительность сна зависит от культуры и страны, в которой проживают люди.

Известно, что на продолжительность сна влияют циркадные ритмы. Но не только: время, проведённое во сне, качество сна определяются и многими другими факторами. Например, время захода и восхода солнца, пол и возраст человека, физические нагрузки в течение дня.

При этом исследования, посвящённые сну, зачастую основываются на самоотчётах испытуемых или на данных, полученных в неестественных условиях лабораторий. Учёные из Корейского передового института науки и технологий, лаборатории Белла (Великобритания) и Университета информационных технологий (Дания) изучили как культурные, так и индивидуальные факторы, влияющие на сон. Но, в отличие от предыдущих исследований, команда использовала умные часы, которые в течение 4 лет носили 30 082 человека из 11 стран. Авторы работы использовали данные о сне владельцев смарт-часов – таким образом они проанализировали 52 млн записей сна за этот период.

Авторы высчитали среднее время засыпания и пробуждения во всех странах: так, люди чаще ложатся спать в полночь, а встают в 7:42 утра. Хотя время пробуждения было одинаковым, время сна варьировало в зависимости от страны. Выяснилось, что данные из предыдущих исследований, основанных на самоотчётах, в самом деле довольно серьёзно расходились с данными, полученными при помощи умных часов.



А ещё команда узнала, что продолжительность сна зависит от страны проживания. Так, у людей из государств с высоким ВВП в среднем зарегистрировали больше задержек при отходе ко сну. То же самое касалось стран с коллективистской культурой (в регионах, где превалировала философия индивидуализма, люди отходили ко сну раньше и в целом спали больше). Самая короткая общая продолжительность сна оказалась в Японии – в среднем менее 7 часов. Самая длинная – в среднем 8 часов – в Финляндии.

Также учёные изучили, как на качество и продолжительность сна влияет физическая активность. Оказалось, ежедневное увеличение такой нагрузки может улучшить засыпание и просыпание. При этом люди, занимающиеся спортом, всё равно проводили в кровати

столько же времени, сколько все остальные, хотя активная фаза сна у них длилась немного дольше. Интересно, что влияние физических нагрузок на сон исследователи наблюдали не везде. Особенно ярко этот эффект проявлялся в США и Финляндии, а вот в Японии никакого очевидного преимущества физической активности в плане влияния на сон не давала.

В целом учёные выяснили, что 55% различий в качестве и 63% в количестве сна объясняются социальными факторами. «Индивидуальные усилия по улучшению сна, такие как ежедневные физические упражнения, могут уравновесить культурные влияния, но последствия также варьируются в зависимости от страны», – заключили авторы.

Материалы подготовила Юлия ИНИНА.

По материалам International Journal of Epidemiology, Scientific Reports.

Как при жизни, так и после смерти имя Александра Габричевского окружал ореол славы и таинственности. Мыслитель и просветитель он боготворил Античность и Возрождение, именуя себя «сыном эпохи дуализма». Как, пожалуй, никто, он основательно занимался теорией искусства, оставил яркий след в философии, архитектуре и музыке, профессионально интересовался поэзией, германистикой, переводами (блестяще знал 5 языков) и редакторским делом. А ещё его считают крупным теоретиком литературы биографического жанра. Невероятная эрудиция, энциклопедический кругозор, глубокая художественная культура и легендарное обаяние личности – всё это освещало особым светом место мэтра в отечественной культуре, сделав его безусловным явлением.

Полифонист

Проведя счастливое детство в одной из образованнейших семей России, он пережил необычайно плодотворную молодость, унижения, преследования, ссылки и тюремные застенки в зрелости, период свободы в Крымском Коктебеле и невероятную востребованность идей и работ. Дружил с замечательными людьми своего времени и был особенно близок с музыкантами Генрихом Нейгаузом и Святославом Рихтером, поэтами Борисом Пастернаком и Анной Ахматовой, художником Робертом Фальком. Переписывался с Максимилианом Волошиным и Михаилом Кузминым, Марией Юдиной и Натали Саррот. Находился на пересечении ключевых гуманитарно-художественных пластов и течений эпохи. Был тесно связан с самыми выдающимися философами, архитекторами, художниками, лингвистами, поэтами, литературоведами, музыкантами, психологами творческими или дружескими отношениями. Поэтому всякий исследователь, интересующийся упомянутыми сферами, неизбежно в тот или иной момент должен столкнуться с его достижениями... О судьбе этого Человека не будет грехом рассказать подробнее.

Внук губернатора и фотографа, сын врача

Удивительно, но история жизни и рассуждения об идеях, находках и откровениях Габричевского обладают какой-то необыкновенной способностью возвращаться, вновь приходить на ум, оказываться к месту и к слову. Возникает нечто, напоминающее наглядное пособие героя, неукоснительный кодекс поведения о том, что можно и чего нельзя делать, непреложные истины того, как поступать в тех или иных ситуациях.

Он появился на свет в Москве 24 августа (6 сентября) 1891 года, а ушёл из жизни за несколько дней до своего 77-летия в Коктебеле. Что же вместили в себя эти годы? Обратимся к энциклопедическим описаниям, историческим свидетельствам и мемуарам.

Дед по отцовской линии, предприимчивый саксонский подданный Норберт Иосиф Габричевский прибыл в Москву заниматься прогрессивным фотографическим делом и открыть фотоателье. В Белокаменной получил, как тогда называли, привилегию на изобретённый им фотоаппарат и открыл фирму, названную по девичьей фамилии супруги Луизы, бабушки нашего героя, – «Римей».

Отцом нашего героя стал Георгий Габричевский, блестящий учёный и основоположник отечественной бактериологической науки (его имя сегодня носит Московский НИИ эпидемиологии и микробиологии).

Имена и судьбы

Утёс русской культуры

55 лет со дня смерти Александра Габричевского – философа искусства



Матерью Саши Габричевского была Елена Васильевна Бодиско, род которой известен аж с XII столетия. Отец Елены, якутский гражданский губернатор и действительный статский советник Василий Бодиско прожил всего 46 лет. Оставшись сиротой, девочка воспитывалась в семье Александра Станкевича, брата знаменитого просветителя и философа Николая Станкевича. Там же впоследствии познакомилась и с будущим мужем, приехавшим в дворянское имение в качестве семейного доктора.

Первенец Сашенька у четы родился 7-месячным и содержался несколько недель в своеобразном инкубаторе, пока не достиг должных анатомо-физиологических параметров. Кормилицей ему взяли славную деревенскую девушку Парашу, которая души не чаяла в юном барчуке и была ему верной няней. Затем в семье появилось ещё два мальчика и две девочки. Строгая Елена Васильевна воспитывала их по законам долга и нравственности, неспешно и ненавязчиво. Так, например, детям до определённого возраста не позволялось брать в руки книги, чтобы они не торопились с освоением процесса чтения и чтобы развивалась память, а также осознанная тяга и благоговение по отношению к литературе.

Множество уважаемых людей дореволюционной России бывали в имении Станкевичей в Воронежской губернии и в их московском доме в Большом Чернышёвском (ныне Вознесенском) переулке. Упомянем историков Грановского и Герье, братьев Чичериных, филологов отца и сына Коршей, поэтов Вяземского и Одоевского.

Отпрыски Габричевских не посещали государственных

учебных заведений и получили домашнее образование. Основным дисциплинам детей обучали ведущие преподаватели Московского университета. Усердно учили европейские языки и латынь, осваивали античную и русскую литературу, живопись, скульптуру, музыку и танцы. Летние месяцы семья проводила, как правило, в Европе – в Германии, Франции и Англии.

В 10 лет Сашенька Габричевский нарисовал свою первую картину, названную им «Фёдор

дователей, пишет оригинальные искусствоведческие работы.

В мае 1920 г. Александр женится по любви на дочери известного биолога Северцова Наталии Алексеевны. Она станет его нежным и заботливым ангелом, доброй хозяйкой и верной подругой в несчастьях... В 1924 г. происходит судьбоносная встреча и последующая крепкая дружба с поэтом Максимилианом Волошиным, пригласившим молодую чету погостить у него в Крыму. С тех пор летние месяцы они стараются

творчества, многогранность таланта и искренне желание делиться богатыми знаниями двигали его поступками... Известный историк, критик и педагог, ученик Габричевского Михаил Алпатов так сказал о любимом преподавателе: «Ему требовалось, чтобы искусство его окружало, входило в его жизнь, возникало у него на глазах, чтобы он сам ощущал себя участником его становления и бытия. Отсюда его влечение к поэтам, художникам, архитекторам и музыкантам, которые

Евгеньевич Корш после купания в реке Битюг».

В 11 лет внук преподнёс деду, гегельянцу, поклоннику Гёте Александру Станкевичу собственный перевод одного из стихотворений немецкого поэта. В 12 лет талантливый мальчик свободно владел французским, немецким, английским и итальянским. Бывая за границей, много практиковался, живо общаясь с носителями языка.

В неполные 16 лет юноша потерял отца. Выдающийся бактериолог и создатель известной далеко за пределами России научной школы умер, заразившись массивной дозой пневмококков при проведении иммунизации животного с целью получения лечебной сыворотки. В 1908 г. Александр экстерном сдаёт экзамены в 7-й московской классической гимназии и в 1910 г. поступает на историко-филологический факультет Московского университета.

«Понять общее построение жизни»

Бытует мнение, что то, кем ты родился, значит гораздо меньше того, каким ты сам себя сделал. Это верно, но лишь отчасти. Надо иметь желание делать себя лучше, склонность к конструированию лучшей версии себя. Талантливый и дерзкий Габричевский с жаром бросился в горнило студенческой жизни.

Специализировался на кафедре искусствознания Московского университета, активно участвовал в работе философских и психологических кружков и обществ, увлекался идеями основателя феноменологии Э.Гуссерля. К годам студенчества относился знакомство Александра с видными философами от Н.Бердяева до Л.Лопатина и художниками от М.Ларионова до П.Кончаловского... В начале 10-х годов он живёт в Лондоне у своего гувернёра Кука и кропотливо изучает экспонаты Британского музея. В 1914 г. отправляется в Мюнхен, где в университете посещает ряд семинаров, но с началом войны с Германией возвращается в Россию. В 1915 г. университет окончен, Габричевского оставлен на кафедре для подготовки к профессорскому званию. Далее идут годы преподавания в alma mater и иных московских учебных заведениях. Молодой учёный читает многочисленные лекции и курсы, переводит труды видных европейских иссле-

проводить в Коктебеле.

В 1929 г. Государственная академия художественных наук, в коей трудился Габричевский, прекращает своё существование, многих сотрудников арестовывают и ссылают. В следующем году подвергается аресту и Габричевский. Есть версия о том, что за него вступился незадолго до своего ухода на пенсию сам нарком иностранных дел Г.Чичерин. Освобождение из тюрьмы было получено под подписку о невыезде из столицы.

Дух Академии художественных наук как живого организма искусствоведу и его коллегам посчастливилось сохранить, поскольку встречи их продолжались на квартире Габричевских в Москве, у Волошина в Коктебеле и в иных местах вплоть до ухода из жизни нашего героя.

В апреле 1935 г. его вновь арестовывают и ссылают в подмосковную Каширу, где он находится до конца января 1936 г. После освобождения – плодотворная работа в Академии архитектуры и получение по совокупности работ степени доктора искусствоведения и профессорского звания. В своих научных трудах, как отмечает специалист, он был предельно открыт и даже исповедален. В 1941 г. его избирают членом-корреспондентом Академии архитектуры СССР, однако в ноябре этого же года последовал новый арест (третий по счёту). Обвинения каждый раз касаются дворянского происхождения, контактов с иностранцами и неблагонадёжными людьми. В тюрьме у Александра Георгиевича развивается тяжёлая форма дистрофии. Далее следует ссылка в Свердловск до мая 1944 г. По настоятельному ходатайству Комитета по делам архитектуры, видных архитекторов И.Жолтовского и В.Веснина последовало освобождение и возвращение в Москву.

В июне 1944 г. Габричевский приступает к работе в Академии архитектуры и в Московском архитектурном институте (МАРХИ). Он всегда трудился «на износ» – делал академические доклады, читал новые курсы, разрабатывал программы для студентов и аспирантов, писал основополагающие статьи, вёл уникальные семинары в столичных вузах, аннотировал редкие иностранные издания, осуществлял многочисленные переводы. Как его на всё хватало? Внутренняя дисциплина и умение доводить любое дело до конца, а также неуёмная жажда

охотно отвечали ему взаимностью. Не потому, что он их поучал, но он их всегда понимал. Отсюда его редкий среди историков искусства интерес к современному искусству. К тем его проявлениям, которые, казалось бы, несовместимы с представлением о высокой классике».

Несломленный

Многолетнее интеллектуальное и физическое напряжение, аресты, ссылки, унижения, допросы и нравственные мучения – всё это не могло не сказаться на здоровье. У Габричевского была с трудом поддававшаяся терапии гипертоническая болезнь, усугублявшаяся курением, подводили слух и зрение. В 1952 г. – тяжёлая операция на глазах. Тогда же, прогнозируя предстоящие репрессии в связи с так называемым делом врачей, ссылаясь на ухудшения состояния здоровья, он ушёл на пенсию. Супруга Наталья Алексеевна, «нимфа Коктебеля», как её именовали соседи и гости, истинная душа хлебосольного дома, талантливая и заботливая, стряпала, обставляла комнаты, устраивала театрализованные игры, писала картины в духе примитивизма, собирала дивные коренья, из коих создавала произведения искусства. До конца дней искусствовед со своей верной подругой-женой подолгу жили в Крыму, где в летнюю пору у них гостили многочисленные именитые гости, среди которых бывали художник Натан Альтман, внучка основателя Третьяковской галереи актриса Александра Хохлова с мужем кинорежиссёром Львом Кулешовым, список гостей был нескончаем.

В последнее десятилетие жизни неутомимый Габричевский осуществил многочисленные переводы работ Данте, Микеланджело, Ф.Бальдинуччи, пьес П.Аретино и С.Беккета, а также труды Э.Пановского о Ренессансе.

Практически во всех работах Габричевского проявлялась его самая сокровенная тема – преодоление трагического разрыва между художественным и научным творчеством. Своей жизнью и неустанной работой по призванию этот разрыв ему, по нашему мнению, посчастливилось преодолеть.

Николай ПЕРЕСАДИН, профессор.

Рига.

