

Медицинская

19 июля 2023 г.
среда
№ 28 (8097)

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

Если хочешь всё успеть, умей правильно выстроить приоритеты – девиз, которому следует академик РАН Л.Намазова-Баранова.

Стр. 6-7

Научный микс нейрохирургов.

Стр. 10-11

Как привлекают молодёжь к общественной работе в Астраханской области.

Стр. 12

Особый случай

Помощь пришла вовремя

Пример слаженной работы в условиях ЧП продемонстрировали краснодарские медики



Столкновение рейсового автобуса Тула – Анапа с грузовиком произошло в Брюховецком районе Кубани на автодороге Краснодар – Ейск.

Водитель грузовика с полуприцепом выехал на встречную полосу и допустил боковое столкновение с автобусом. Металлические элементы тента грузовика пронзили салон общественного транспорта. В момент ДТП в автобусе находились 2 водителя и 40 пассажиров – все жители Московской и Тульской областей. В результате ДТП 3 человека погибли, 7 были госпитализированы, ещё 2 оказана первая помощь и назначено амбулаторное лечение.

Шесть специалистов Научно-исследовательского института

Краевой клинической больницы (НИИ-ККБ) № 1 им. С.В.Очаповского вылетели на двух вертолётах санавиации в район трагедии, также туда прибыли 8 бригад скорой медицинской помощи. Параллельно врачи краевой больницы ежеминутно координировали все действия с пострадавшими, находящимися в Каневской ЦРБ с целью стабилизации их состояния. После осмотра больных было принято решение об экстренной транспортировке в краевую больницу.

«В нашу больницу вертолётами санитарной авиации доставлено двое пострадавших. Их состояние – тяжёлое, стабильное. Пациентов взяли в операционную. Была проведена ревизия сосудов нижних

конечностей, так как имелось нарушение кровообращения, что связано с характером ранений – металлическая арматура повредила ткани, кости и сосуды», – сообщил «МГ» главный врач НИИ-ККБ № 1 им. С.В.Очаповского академик РАН Владимир Порханов.

Он добавил, что одной из пациенток пришлось ампутировать нижние конечности на уровне бедра, вторая была прооперирована в связи с переломами.

Все действия врачей на месте ДТП координировали губернатор и министр здравоохранения Краснодарского края, а также главный врач НИИ-ККБ № 1.

Сергей ФЁДОРОВ.

Краснодарский край.

Акценты

Здоровье, отдых и знания

Летняя оздоровительная кампания в самом разгаре. Для подрастающего поколения в этом году работают свыше 37 тыс. лагерей, которые получили санитарно-эпидемиологические заключения Роспотребнадзора о соответствии требованиям законодательства.

Всего смогут оздоровиться более 5,1 млн детей. Председатель Совета Федерации Валентина Матвиенко отметила, что в этом году в детских лагерях смогут отдохнуть дети из новых регионов. «Они через многое прошли, и сейчас им очень важно почувствовать себя частью нашей большой дружной семьи – нашей России», – подчеркнула она.

Для развития инфраструктуры организаций отдыха детей Правительством в этом году выделен 1 млрд руб. на создание некапитальных объектов организаций отдыха детей и их оздоровления. По данным Роспотребнадзора, этот опыт уже получил положительные отклики. Благодаря модульным быстровозводимым лагерям к летнему оздоровительному сезону удалось дополнительно создать 2,5 тыс. мест для отдыха детей. Такие корпуса появились в Самарской, Нижегородской, Пензенской, Тульской, Липецкой, Воронежской и других областях.

По словам В.Матвиенко, летний детский отдых переживает настоящий период возрождения. И с этим сложно не согласиться. Количество различных смен в лагерях, форумов и слётов, специальных туристических маршрутов говорит само

за себя. А сколько тематических мероприятий... Профсоюзные организации активно включились в работу по организации летнего досуга для подрастающего поколения. В частности, в Астрахани прошёл форум «ПРОМолодёжь». (Подробнее о нём можно прочитать на стр. 12.)

Особое внимание в этом сезоне уделено соблюдению санитарно-эпидемиологических требований. По словам вице-премьера РФ Татьяны Голиковой, в прошлом году, несмотря на надлежащую организацию летнего отдыха, фиксировались случаи отравления и кишечных инфекций. Поэтому она особо обратила внимание на качество питания, при этом сокращение рациона недопустимо. «Меню должно соответствовать требованию СанПиН», – сказала Т.Голикова.

К сожалению, не все руководители лагерей серьёзно отнеслись к организации процесса питания. Тревожные новости уже поступают из Нижегородской, Ивановской, Свердловской областей... В таких ситуациях на передовой оказываются медицинские работники. К лечению детей подключаются все. Первоочередная задача – спасти ребёнка. Безусловно, каждая вспышка отравлений – это частные случаи, с конкретными виновными, при чём попустительстве это произошло. Говорить о какой-то закономерности нельзя. Ведь в абсолютном большинстве летняя оздоровительная кампания проходит с соблюдением всех требований.

Сергей БУДАЧЕНКОВ,
корр. «МГ».

ЭКСПЕРТНЫЙ УРОВЕНЬ

Владимир ВОРОТНИКОВ

Заведующий отделением маммологии и опухолей мягких тканей Центральной клинической больницы «РЖД-Медицина», кандидат медицинских наук:

Считаю, что второе мнение – золотой стандарт в онкологии. За рубежом проведены исследования на этот счёт: 30% пациентов получили лучший вариант лечения, когда обратились за вторым мнением.

Стр. 4-5



Новости
Правительство поможет завершить капремонт больницы

Свыше 245 млн руб. будет направлено на завершение капитального ремонта и закупку дополнительного оборудования для Смоленской клинической больницы скорой медицинской помощи. Такое распоряжение подписал председатель Правительства РФ Михаил Мишустин.

С помощью федеральных средств будет закончен ремонт в травматологическом, терапевтическом и хирургическом корпусах больницы. Кроме того, будут дооснащены операционные блоки отделения сердечно-сосудистой хирургии, в том числе закуплены операционные мониторы, многофункциональные операционные столы, аппарат УЗИ экспертного класса, электрокоагуляторы, передвижные аппараты для ультразвукового исследования сердца и сосудов, наркозно-дыхательные аппараты, электроэнцефалограф.

Смоленская клиническая больница скорой медицинской помощи ведёт свою историю с 1897 г. Сегодня это многопрофильное учреждение здравоохранения, оказывающее медицинскую помощь по акушерству и гинекологии, анестезиологии и реаниматологии, кардиологии, колопроктологии, медицинской реабилитации, неврологии, нейрохирургии, сердечно-сосудистой хирургии, терапии, травматологии и ортопедии, хирургии.

М.Мишустин посетил эту больницу 20 апреля 2023 г. в рамках своей рабочей поездки в Смоленскую область. Он осмотрел терапевтический и хирургический корпуса клиники. В ходе визита исполняющий обязанности главы региона обратился в просьбой помочь с ремонтом и дооснащением больницы.

Сергей ФЁДОРОВ.

Изолированная химиоперфузия печени

В МРНЦ им А.Ф.Цыба, филиале НМИЦ радиологии Минздрава России, прошла уникальная операция – изолированная химиоперфузия печени, выполненная пациенту с метастатической увеальной меланомой глаза. Хирургическое вмешательство проведено под руководством генерального директора НМИЦ радиологии академика РАН Андрея Каприна при участии бригады специалистов центра и Костромского онкологического диспансера.

Жителю Московской области всего 39 лет, но 3 года назад ему был поставлен довольно редкий диагноз: «злокачественная опухоль глаза – увеальная меланома», которую успешно удалили офтальмологи. Однако через 2 года болезнь прогрессировала – появились метастазы в печени.

– Ещё несколько лет назад единственной возможностью помочь этой когорте пациентов была паллиативная лекарственная терапия, направленная на продление жизни, которая исчислялась месяцами, – поясняет лечащий врач, заведующий абдоминальным отделением МРНЦ им. А.Ф.Цыба Леонид Петров. – Технология изолированной химиоперфузии печени была разработана и внедрена в первую очередь для лечения рака печени, но при этом оптимально подходит и для больших метастатической увеальной меланомой.

Данная процедура проводится на стыке онкологической и сосудистой хирургии и чрезвычайно сложна в своём исполнении. Для её проведения требуется не только высочайшая подготовка мультидисциплинарной команды специалистов, в числе которых абдоминальные хирурги, химиотерапевты, перфузиологи, анестезиологи, реаниматологи, специалисты по переливанию крови, но и соответствующее оснащение клиники. В процессе хирургического вмешательства происходит полная сосудистая изоляция печени, после чего в орган вводится высокодозный раствор химиопрепарата определённой температуры, который и становится губительным для опухолевых клеток.

– Во время изолированной химиоперфузии концентрация химиопрепарата превышает допустимые дозы почти в 10 раз. Это увеличивает мощность удара по опухоли, при этом благодаря изолированности органа во время проведения исключает агрессивное воздействие на весь организм, – поясняет главный врач Костромского клинического онкологического диспансера Владимир Унгурия.

Методика успешно внедрена в клиническую практику НМИЦ радиологии Минздрава России и Костромского онкологического диспансера. В перспективе, как считает главный онколог Минздрава России А.Каприн, возможности метода можно расширить и на другие локализации.

Сергей ПАВЛОВСКИЙ.

Нет предела совершенству

Большой опыт проведения эндоваскулярных операций на сердце накоплен рентгенохирургами областной клинической больницы № 1 в Тюмени. На сегодняшний день сделано уже более 110 эндопротезирований аортального клапана. Однако, как и при любом хирургическом вмешательстве, имеются риски.

Для исключения катастрофических последствий специалисты больницы провели 2-дневный мастер-класс по внедрению новой вспомогательной технологии.

«Новое устройство защиты представляет по сути две мелкосетчатые ловушки, которые мы устанавливаем в артериях, кровоснабжающих мозг. Их цель поймать и извлечь эти кальцинированные частицы и таким образом исключить риск осложнения», – рассказал Дмитрий Крашенинин, заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения.

Необходимость дополнительной защиты стала ещё более очевидна после анализа использованных ловушек. В мастер-классе приняли участие 3 возрастных пациентов, и во всех случаях присутствовал субстрат, который мог спровоцировать неврологические осложнения. Сегодня пациенты благополучно выписаны и чувствуют себя прекрасно.

Специалисты больницы стали первыми, кто освоил эту технологию защиты в Уральском федеральном округе. Это большое достижение и очередная победа здравоохранения области.

Марина УРАЛОВА.

Тюменская область.

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

Тенденции

Продвинутый курс по современной отохирургии

Опытom делились специалисты не только из России, но и из 17 стран зарубежья

В Национальном медицинском исследовательском центре оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства состоялась научно-практическая конференция «Важные вопросы современной отохирургии и хирургии основания черепа».

В мероприятии приняли участие и обменялись накопленным опытом ведущие специалисты, эксперты, практикующие хирурги из России и 17 стран Азии, Африки и Европы.

Торжественная церемония открытия прошла в актовом зале центра. С приветственным словом от имени руководителя ФМБА России Вероники Скворцовой выступил заместитель руководителя агентства Игорь Борисевич. В своём обращении Вероника Игоревна отметила высочайший статус НМИЦ оториноларингологии в качестве ведущего профильного учреждения страны и одного из мировых лидеров отрасли: «Разработки специалистов Национального медицинского



Форум состоялся в нашей стране впервые

речевой реабилитации, вносят значительный вклад в решение задач, стоящих сегодня перед мировой оториноларингологией».

Перед участниками мероприятия выступил директор центра

гических слухотулучшающих, реконструктивно-восстановительных и санирующих операций за одно вмешательство.

В рамках конференции под руководством заместителя директора по международной деятельности, главного научного специалиста научно-клинического отдела патологии уха и основания черепа НМИЦ оториноларингологии, доктора медицинских наук, профессора Диаба Хассана Мохамеда Али проведены продвинутые курсы повышения квалификации по современной отохирургии. Курсы включали в себя лекции ведущих экспертов, обучающие семинары, мастер-классы, «живую хирургию» с прямыми трансляциями из операционной, работу в костной лаборатории.

Разбор трудных и нестандартных клинических случаев лечения холестеатомы височной кости, параганглиомы латерального основания черепа, устранения атрезии наружного слухового прохода и формирования ушной раковины осуществлялся с применением практикоориентированного подхода. Непосредственно из операционной велась трансляция с подробным описанием действий хирурга и оценкой состояния оперируемого органа. Участники конференции в процессе проведения операции могли задать интересующие их вопросы.

В ходе мероприятия также состоялось заседание бюро секции клинической медицины Отделения медицинских наук по хирургическим наукам по специальности «оториноларингология» с участием академиков и членов-корреспондентов Российской академии наук.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.


Во время проведения обучающей операции

исследовательского центра оториноларингологии ФМБА России, успешно осваивающих самые передовые медицинские направления, такие как лазерная медицина, гено-инженерная терапия, кохлеарная имплантация и слухо-

член-корреспондент РАН Николай Дайхес. Междисциплинарный подход, применяемый командой выдающихся хирургов НМИЦ оториноларингологии под управлением Николая Аркадьевича, позволяет проводить все виды микрохирур-

Опыт

Восстановили лицо после укусов собаки

В отделение челюстно-лицевой хирургии Республиканской детской клинической больницы Башкирии поступил 14-летний мальчик с обширными ранами лицевой области. На него напала собака, откусив 3/4 носа и существенно повредив верхнюю губу.

Врачи больницы провели сложную реконструктивно-пластическую операцию, в ходе которой полностью удалось восстановить анатомию лицевой области. В настоящее время пациент находится в удовлетворительном состоянии и продолжает лечение.

После выписки он будет направлен в Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, где ему проведут ещё одну пластическую операцию, сообщили в Минздраве республики.

Игорь СОКОЛОВ.

В центре внимания

Рабочая встреча министра здравоохранения с Президентом

Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко доложил Президенту России Владимиру Путину о результатах работы системы здравоохранения, ходе модернизации первичного звена, диагностике онкозаболеваний, результатах профилактических осмотров и диспансеризации. По его словам, в первичное звено ежегодно происходит более 1,2 млрд обращений россиян, это самая востребованная помощь.

– В рамках реализации проекта по модернизации первичного звена уже сегодня построено и создано 4 тыс. новых объектов, включая поликлиники и фельдшерско-акушерские пункты. 2800 медицинских организаций отремонтировано. Хочу сказать, что это действительно меняет облик учреждений, но помимо внешнего облика туда поставляется новое оборудование: 85 тыс. единиц уже поставлено в медицинские организации, – сказал М.Мурашко.

Новые ФАПы оснащены цифровым оборудованием с возможностью телемедицинских консультаций – чтобы фельдшер мог оперативно получить консультацию коллег и пациенту не нужно было лишней раз куда-то ехать. Кроме того, практически 35 тыс. фельдшерско-акушерских пунктов уже получили лицензии и теперь

могут отпускать лекарственные препараты.

– За очень короткое время сформировали правила, обучили персонал и, соответственно, 35 тыс. ФАПов в населённых пунктах, где нет аптек, сегодня получили лицензию и отпускают лекарственные препараты. Это колоссальный, быстрый и хороший результат, – подчеркнул М.Мурашко.

Теме автотранспорта уделяется большое внимание, все отечественные автомобили поставляются без сбоев. В этот процесс включились и новые регионы нашей страны. Они успешно проходят интеграцию в систему здравоохранения РФ. Часть мероприятий по модернизации первичного звена в новых субъектах начнется уже в этом году.

– Мы обновили все машины скорой помощи, поскольку экстренная помощь – это первое, с чего всегда надо начинать. Более 2 тыс. аптек открыли в новых субъектах – это и государственные, и коммерческие аптеки, частные. По сути дела, на сегодняшний день в основном это закрывает потребность. Точно так же – по пути уже опыта фельдшерско-акушерских пунктов – сейчас оформляем лицензии, для того чтобы люди могли получить медицинскую помощь и лекарственные препараты в одном месте. Плюс у нас сейчас подготовлена программа по модернизации первичного

звена. Надеюсь, что часть мероприятий мы начнём уже в этом году, – сказал министр.

Так, планируется обновить 200 объектов здравоохранения в новых регионах, 90-93 объекта будут сданы до конца года, добавил М.Мурашко.

Диспансеризация и профилактические осмотры помогают вовремя выявить заболевание на ранней стадии, оказать необходимую помощь и спасти жизнь и здоровье пациента. В России уделяется большое внимание профилактическим мероприятиям. Так, в 2022 г. диспансеризацию и профилактические осмотры прошли почти 68 млн человек.

– На этот год у нас совсем амбициозная цифра – это 87 млн – 59,7% населения нашей страны, – сообщил М.Мурашко.

Он добавил, что по поручению Президента России уже начали проводить профилактические осмотры взрослых в новых регионах. Так, за год ими планируется охватить не менее 1 млн человек.

– По организации непосредственно самого обследования: здесь чуть расширенный скрининг, в том числе с акцентом на ряд злокачественных, наиболее часто встречающихся заболеваний. Мы видим, что в новых регионах чуть выше уровень заболеваемости туберкулезом, поэтому нам на этом нужно сделать акцент – выявить,

охватить лечением. Подготовка кадров – отдельно, на это идёт запрос. Каждый федеральный научный, медицинский исследовательский центр уже туда выезжает, они проводят там и совместные осмотры, и обучение как очное, так и дистанционное. В медицине всегда лучше ещё и показать, – рассказал М.Мурашко.

Борьба с онкозаболеваниями, их выявление на ранних стадиях – ещё один приоритет государственной политики в сфере здравоохранения. При этом российским пациентам доступны все технологии лечения злокачественных новообразований.

– Впервые в прошлом году диагностика на ранних стадиях – на первой и второй – составила 59,5%. Это самый высокий показатель вообще за всю историю России. Это работает, и по онкологии результатом стало снижение смертности за время реализации проекта – более 7,5% по сравнению с 2019 годом, – подчеркнул министр.

Активно развивается и сотрудничество с ГК «Росатом». Так, например, сейчас идёт строительство самого крупного в Европе завода радиофармпрепаратов. Разработками в этой области активно интересуются страны зарубежья.

Павел БАЛАГИН.

Официально

Госдума запретила смену пола в России

Соответствующие изменения в законодательство, инициированные председателем Государственной Думы Вячеславом Володиным и депутатами всех фракций, были приняты в окончательной редакции единогласно. Гражданам, уже изменившим пол, будет запрещено усыновлять детей, а заключённый ими брак будет аннулирован.

«Это решение защищает наших граждан, детей. Вдумайтесь: операций по смене пола в США за последние 10 лет стало больше в 50 раз – трансгендеров (по данным 2022 г.) 1 млн 640 тыс., среди которых 1 млн 300 тыс. взрослых (0,5% взрослого населения) и

340 тыс. подростков (1,4% всех детей США в возрасте 13-17 лет)», – написал В.Володин в своём канале в Telegram.

По его мнению, это чудовищная тенденция и путь, ведущий к вырождению нации. Для России это недопустимо, подчеркнул спикер Госдумы.

Законом устанавливается запрет на осуществление любых медицинских вмешательств – как хирургических операций, так и применения лекарственных препаратов, – направленных на формирование у человека первичных или вторичных половых признаков другого пола.

Также запрещается изменять пол в документах государствен-

ного образца. В том числе после вступления закона в силу будут аннулированы все справки о смене пола, по которым человек сделал операцию, но ещё не поменял паспорт.

Будут допускаться только медицинские вмешательства, связанные с лечением врождённых аномалий, генетических и эндокринных заболеваний, связанных с нарушением формирования половых органов у детей. Решение о проведении таких вмешательств будет приниматься врачебной комиссией.

Если будут внесены изменения в запись акта гражданского состояния об изменении пола одним из супругов, то брак будет аннулирован. Кроме того, в отношении лиц, ранее изменивших пол, устанавливается запрет на усыновление детей. Также они не смогут быть их опекунами или попечителями.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

На Рахмановском

Министерство здравоохранения РФ намерено внести изменения в приказ № 104н от 28.02.2019, устанавливающий порядок и сроки одобрения и утверждения клинических рекомендаций (КР). Он определяет, как и по каким критериям научно-практический совет Минздрава, Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи (ЦЭККМП) и профильные специалисты принимают новые клинические рекомендации и обновляют устаревшие.

Проект документа опубликован на портале regulation.gov.ru. Теперь в министерстве станут быстрее изучать проекты таких документов, полученных от их основных разработчиков – некоммерческих профессиональных организаций.

Ускорить выпуск клинических рекомендаций

Согласно документу, с 20 до 15 дней сократится время первичного рассмотрения проектов КР ответственным департаментом Минздрава. На этом этапе ведомство проверяет заявление, поданное разработчиком, и текст КР на корректность данных и оценивает необходимость в разработке КР по данной нозологии.

Также Минздрав будет быстрее направлять полученный пакет документов в ЦЭККМП для экспертной оценки или же отсылать КР авторам на доработку. Длительность данного этапа должна сократиться с 3 дней, как в настоящее время, до одного.

Эти этапы не относятся к непосредственно проверке и об-

суждению содержания КР и являются, согласно пояснительной записке к проекту поправок, «административными действиями». В министерстве считают необходимым оптимизировать эту часть процесса. Остальные части маршрута проекта КР останутся прежними.

Ускорению выпуска клинических рекомендаций придаётся особое значение, поскольку такие документы становятся обязательными к исполнению всеми клиниками с 2024 г. До этого времени ожидается обновление КР по всем основным нозологиям.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Идеи

Новая обязанность работодателей

Работодателей обяжут направлять сотрудников на психиатрическое освидетельствование, если на профосмотре или при трудоустройстве обнаружатся признаки психического заболевания. Это следует из нового порядка проведения медосмотров граждан.

Минздрав России разработал новый порядок проведения медицинских осмотров людей при поступлении на определённую работу или периодически в течение трудовой деятельности. Одно из нововведений – в случае выявления у работника или у поступающего на работу «психических расстройств, психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности или их признаков» работодатель будет обязан направлять его на психиатрическое освидетельствование.

Порядок проведения медосмотров касается работников, занятых на вредном производстве (в том числе на подземных работах), на работах, связанных с движением транспорта, а также работников организаций пищевой промышленности, общественного питания и торговли, водопроводных сооружений, медицинских организаций и детских учреждений и «некоторых других работодателей», которые проходят указанные медицинские осмотры.

Документ регламентирует стандартные правила осмотров: периодичность, состав врачебной комиссии, перечень противопоказаний для выполнения тех или иных работ. В пояснительной записке говорится, что необходимость изменений возникла, когда Минздрав утвердил новый порядок проведения медицинского психиатрического освидетельствования. Он вступил в силу в марте 2023 г. и будет действовать до 1 марта 2029 г.

Игорь НАУМОВ.

Криминал

Суд оправдал врача

Красносельский районный суд Санкт-Петербурга вынес оправдательный приговор детскому хирургу, у которого во время операции пациент получил ожоги шеи.

В июле 2021 г. в детской городской больнице № 1 хирург Алексей Рязанцев проводил операцию 17-летнему подростку по удалению родинок, расположенных на затылке и лбу. Но операция пошла неудачно с самого начала. После того, как Рязанцев обработал шею подростка антисептиком, он поднёс к коже пациента электрокоагулятор и включил его. Неожиданно прибор загорелся, и пламя перекинулось на легковоспламеняющийся антисептик сразу прервали, огонь потушили, а пациента перевели в ожоговое отделение.

По версии следствия, Рязанцев не учёл превышение допустимой температуры в операционной и запрет на использование прибора с легковоспламеняющимися жидкостями. Ему предъявили обвинение по уголовной статье об оказании услуг, не отвечающих требованиям безопасности. Врач свою вину не признал.

Теперь же Красносельский районный суд полностью снял обвинения с хирурга. После проведённой проверки выяснилось, что Рязанцев все действия выполнил правильно, а инцидент произошёл из-за неполадок в технике.

Соответственно, все обвинения должны были быть предъявлены другим должностным лицам. Суд полностью оправдал А.Рязанцева и признал его право на реабилитацию.

Владимир ЧЕРНОВ.

Санкт-Петербург.

Опросы

Сердечные чекапы

Опрос одной из компаний показал, что 26% россиян и члены их семей сталкивались с болезнями сердца.

Беспокойство из-за вероятности развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) испытывают 49,9% респондентов. Ещё 18,9% человек считают это серьёзной проблемой и угрозой для своей жизни. Порядка 12,8% участников опроса сообщили, что не знают о таком диагнозе. Руководитель компании добавила, что более 50% участников никогда не проходили кардиологические обследования. Один раз в год или чаще кардио-чекапы проходят только 12,7% опрошенных россиян. 29,7% из тех, кто не проходит обследования сердца, заявили, что не видят в этом необходимости без рекомендаций врача, 25,4% не знают о пользе регулярных чекапов. Другие же предпочитают не знать о здоровье сердца из-за долгого ожидания записи (13,4%), отсутствия удобного расписания в больницах (18,3%), высокой стоимости приёмов (20,9%) и недоступности медучреждений в своём районе (24,3%). Ранее глава Минздрава России Михаил Мурашко сообщил о минимальном уровне смертности в стране из-за ССЗ. По его словам, показатель стал рекордно низким благодаря применению в лечении ССЗ новых подходов. Хирургическая помощь, уточнил министр, становится в РФ всё более доступной.

Инга КАТАРИНА.

– Владимир Владимирович, обычно врачи воспринимают намерение пациента что-то зафиксировать как угрозу. Дескать, если ты ошибёшься с диагнозом или тактикой лечения, потом не отвертишься – есть доказательство твоих слов.

– Так здесь всё просто: слова не должны расходиться с делом. Не говори того, в чём не уверен, а если сказал, делай ровно так. И потом, если ты исходно рассматриваешь отношения врача и пациента исключительно в юридической плоскости и всё твоё поведение подчинено этой мысли, тебе лучше уйти из медицины.

Я не боюсь пациентов и не скрываю от них свои контакты. Бывают случаи, когда от твоего ответа на звонок или письмо без преувеличения зависит то, как сложится жизнь этого человека в дальнейшем. Вот как раз яркий пример: обратилась молодая женщина, которой онкоконсилиум по месту жительства в одном из регионов Уральского федерального округа настоятельно рекомендовал после выполненной мною двусторонней мастэктомии пройти химио- и лучевую терапию. Она написала мне, я подтвердил, что в её ситуации мои рекомендации остаются актуальными, а в моей рекомендации ей была назначена только гормонотерапия. Заключение основывалось на биологическом варианте опухоли по результатам иммуногистохимического исследования (ИГХ) и на том, что рак диагностирован на ранней стадии. В региональном онкодиспансере моё заключение отвергли.

После этого женщина пошла на консультацию в НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина, где хирург, химиотерапевт и радиолог подтвердили: ни лучевая, ни химиотерапии в её ситуации не нужны. Однако и рекомендации федеральной клиники в регионе отказались принять, напротив, торопили больную с началом лечения.

Тогда пациентка сделала за свои деньги дорогостоящий генетический тест, который в российской системе онкопомощи по ОМС не предусмотрен. И результат теста тоже подтвердил, что химиотерапия в её случае не требуется, достаточно гормональной терапии. В итоге она отказалась от продолжения лечения в региональном онкодиспансере.

Если бы я сразу не ответил на её письмо и пациентка получила лишнее лечение, следуя тактике врачей по месту жительства, чем бы всё закончилось? Все мы знаем, насколько велики негативные последствия химиотерапии, и особенно обидно, когда она проводится без показаний.

– Кстати, как вы относитесь к опции «второе мнение»? Обижаетесь, если пациенты идут перепроверять ваши рекомендации ещё у кого-то?

– Не обижаюсь, не ревную и приветствую. Считаю, что второе мнение – золотой стандарт в онкологии. За рубежом проведены исследования на этот счёт: 30% пациентов получили лучший вариант лечения, когда обратились за вторым мнением.

Что касается болезненного реагирования части моих коллег на желание пациента обратиться ещё к кому-то, кроме них, – так проявляются личностные характеристики врача, его психологическая уязвимость, неуверенность в себе. То же самое относится к региональным онкоконсилиумам, которые зачастую с неохотой принимают рекомендации извне и эмоционально демонстрируют это больному.

Наша специальность такова, что манипулировать пациентом в угоду собственным амбициям недопустимо. Между тем буквально на прошлой неделе мне пришлось столкнуться как раз с таким случаем. Обратилась жительница одного из крупных российских городов, сказала, что чувствует себя загнанной в угол: её убеждали в том, что необходимо срочно сделать операцию, потому что «метастазы через лимфу разнесутся по всему

организму буквально не сегодня-завтра». В то же время не было выполнено важнейшее условие при планировании онкологического лечения – не проведено ИГХ, диагноз выставили на основании одной только стандартной гистологии.

– Это была коммерческая клиника, платная операция?

– Нет, региональный онкоцентр, лечение по ОМС.

– Тогда зачем?

– Хороший вопрос. Одно из предположений – не укладывались в 8-дневный срок от постановки диагноза до начала лечения, старались избежать неприятностей со стороны страховой компании.

Почему тактика, предложенная пациентке, не была оптимальной?

ригировать послеоперационное лечение. Если оказалась неэффективна неоадьювантная таргетная терапия, меняем таргетный препарат после хирургического вмешательства. Если не дала эффекта неоадьювантная химиотерапия, меняем схему.

– Может, иммуногистохимическое исследование пока ещё редкость для региональных онкологических учреждений?

– Поскольку это самый точный на сегодняшний день метод онкодиагностики, ИГХ проводят многие лаборатории страны. Но анализ дорогостоящий. Не исключаю, что именно поэтому отдельные учреждения могут варьировать показания к проведению иммуногистохимии.

Экспертный уровень

Принципы доктора Воротникова

Главное – правильно лечить, а не лишь бы лечить

Заведующий отделением маммологии и опухолей мягких тканей Центральной клинической больницы «РЖД-Медицина» (Москва) кандидат медицинских наук Владимир Воротников при нашем знакомстве сразу же удивил: на вопрос корреспондента, не возражает ли доктор против включённого диктофона, ответил, что он как раз предпочитает, когда беседу записывают.

– Я не только не возмущаюсь и не запрещаю пациентам вести видео- или аудиозапись моей консультации, наоборот – приветствую. В этом случае они смогут дома в спокойной обстановке переслушать и обратить внимание на важные нюансы, которые пропустили во время разговора. Принять свой диагноз и правильно понять, какое лечение предстоит, – большая проблема для

Потому что у этой женщины начальная стадия рака молочной железы (РМЖ), а мы знаем, что есть два наиболее агрессивных вида РМЖ, при которых лечение в некоторых случаях даже на I стадии можно начать не с хирургического этапа, а с предоперационной химиотерапии, – это трижды негативный рак и HER2-экспрессирующая опухоль. Определить тип новообразования и заодно прогноз эффективности таргетной, химио- и лучевой терапии позволяет как раз ИГХ-анализ. Но главное – начав в таких случаях с неоадьювантной химиотерапии, мы можем добиться того, что к моменту хирургического вмешательства опухоль полностью исчезает.

Когда эта пациентка пришла к нам на консультацию, я ей сказал: «Успокойтесь и не торопитесь, время у нас есть. Самое главное – правильно лечить, а не лишь бы лечить». Мы сделали ИГХ-исследование, и оказалось, что у женщины HER2-экспрессирующая опухоль, то есть как раз один из тех двух подтипов, при которых можно начать не с операции, а с терапии. Так вот международный консенсус.

Нельзя сказать, что онкологи, которые настаивали на срочной операции, совершили непростительную ошибку. В принципе, так тоже можно: операция, таргетная терапия, химиотерапия. Но мы же говорим про лучший вариант лечения для пациентки с агрессивным раком, верно? А лучший в её случае – начать с предоперационной «химио». В противном случае мы потеряли бы огромный пласт информации, которая имеет принципиальное значение при HER2-экспрессирующей опухоли и трижды негативном раке, а именно, не увидели бы, как опухоль отреагировала на терапию, и после операции продолжили бы лечить женщину препаратами, которые на самом деле могут не дать ожидаемого результата.

Имея нужную информацию до того, как выполнили мастэктомию, мы получаем возможность скор-



Для того, чтобы врачи могли действовать научно обоснованно, назначать методы и препараты с доказанной эффективностью, разрабатываются клинические рекомендации. Тем не менее наши самые лучшие побуждения нередко сталкиваются с обыденностью. Например, когда во время онкологического консилиума хирург и радиолог, которые являются специалистами по локальному лечению, сталкиваются с тем, что химиотерапевт – специалист по системному лечению – разбирается в каком-то «своём» вопросе хуже них. Причина простая – врач перестаёт учиться, читать свежую научную литературу.

Каждый год в нашей стране диагностируется более 580 тыс. новых

онкологического пациента, каждый из них в первый раз приходит к онкологу в состоянии шока. Учитывая это обстоятельство, надо позволить записать разговор и объяснить понятным для пациента языком, что я собираюсь ему предложить. Если же использовать исключительно профессиональные термины, часть сказанного мною человек просто не поймёт, а часть сразу забудет, так как его внимание в этот момент рассеяно, он парализован страхом, – говорит В.Воротников.

К слову, именно для того, чтобы помочь заболевшим людям справиться с отчаянием, адаптироваться в их новой реальности и настроиться на борьбу с недугом, в штате отделения, которым руководит В.Воротников, появился психолог.

патоморфологических и лучевых методов исследований. Возможно, имеет смысл организовать и референс-онкоконсилиумы, которые оценивали бы правильность выбора тактики онкологического лечения на местах? Конечно, все 100% заключений региональных консилиумов перепроверить невозможно, а выборочно – вполне.

– Согласен, организовать их возможно и нужно. Многих проблем в отношении конкретных пациентов можно было бы в этом случае избежать.

случаев онкологических заболеваний, в том числе 70 тыс. случаев РМЖ. Уровень обеспечения онкологических пациентов лекарствами в России один из лучших в мире, это не преувеличение. И когда выделение огромных средств входит в противоречие с некомпетентностью отдельных специалистов, с организационными недоработками на местах, становится обидно за отрасль и жалко больных.

– Вы уже несколько раз ссылались на зарубежную статистику. Вас не огорчает, что российская медицина по большей части пользуется «чужими» данными, не имея собственных?

– Огорчает. К сожалению, собственных клинических исследований, как и международных с нашим участием, в России проводится очень мало. Я вижу несколько причин этого.

Во-первых, участие в таких исследованиях для врача – большая дополнительная работа, требующая много сил и времени. Если ты намерен проводить исследование честно, то должен ежедневно длительное время наблюдать за применением технологии и отдельно за проявлениями побочных эффектов, беседовать с большим числом пациентов, опрашивать их по специальным опросникам, сравнивать многочисленные результаты анализов, всё это вносить в отчётные формы.

Далее. Оплата такой работы до смешного маленькая, поэтому тратить время и силы никому не хочется. В итоге просто пишут, что методика работает хорошо, замечаний нет. Между тем исследование той же технологии где-нибудь в Бельгии обнаруживает массу побочных эффектов. После этого кто-то захочет включить нас в международные проекты? Это вторая причина.

– Но мы постоянно слышим призывы к врачам заниматься наукой, это позволяет им расти.

– Заниматься медицинской наукой вне научно-исследовательских



центров практически невозможно. И это третья причина. В лечебном учреждении должен быть как минимум организован локальный этический комитет, а также выполнен ещё ряд необходимых условий. Не все руководители считают это необходимым.

Когда я пришёл в эту больницу, здесь не было этического комитета. Надеюсь, его восстановят и врачи начнут активнее заниматься наукой. Одно клиническое исследование мы с моей командой как раз сейчас проводим. Пока набираем предварительный материал, но вскоре будем вместе с партнёрами из научного института оформлять всё в соответствии с протоколом. Речь идёт об оценке эффективности использования красителей во время биопсии сторожевых лимфоузлов.

– Разве их не используют?

– Используют. Только в данном случае онкологи столкнулись с нормативно-правовым парадоксом, который необходимо устранить.

Есть всем давно известный, безопасный и очень дешёвый краситель – метиленовый синий. Применение этого препарата не требует никаких дополнительных методов визуализации, следовательно, дополнительных затрат на исследование. Препарат ввели, лимфоузлы прокрасились, хирург их посмотрел, оценил и удалил.

Парадокс заключается в том, что метиленовый синий в России давно-давно зарегистрирован, однако в его регистрационном свидетельстве нет отдельного разрешения на применение во время биопсии сторожевых лимфоузлов. То есть внутрь почки его вводить можно, а в лимфоузлы почему-то нельзя. Согласно формальным требованиям, требуется провести клинические исследования, чтобы доказать эффективность и безопасность использования красителя именно с данной целью. Придётся доказывать.

Аналогичная история ещё с двумя красителями, необходимыми в онкодиагностике. Их международные непатентованные наименования «флюоресцеин» и «индоцианин зелёный». Оба тоже разрешены к применению в РФ, но, как и в предыдущем случае, показания для картирования и биопсии сторожевых лимфоузлов в их регистрационные удостоверения не вписаны. Между тем «узаконивание» такого функционала данных красителей позволит внедрять высокоэффективные диагностические и лечебные технологии.

В частности, есть великолепная методика, которую я называю «щит и меч» – диагностика сторожевых лимфоузлов и профилактика лимфостаза у женщин после мастэктомии по поводу РМЖ. В этом случае предлагается сочетать одновременно два красителя – флюоресцеин и индоцианин зелёный, а также вводить изотопный препарат. Такая комбинация даёт возможность правильно картировать лимфатические узлы и пути.

– Насколько серьёзна проблема, которую вы хотите решить?

– Очень серьёзна. Пациентке выставлен диагноз «рак молочной железы», но неизвестен статус поражения лимфоузлов, требуется биопсия сторожевого лимфоузла. По результатам биопсии мы получаем ответ на вопрос, есть ли метастазы.

Допустим, метастазы есть, тогда, согласно стандартной практике, предполагается удаление всех лимфоузлов, в итоге как минимум у 40% пациенток разовьётся инвалидизирующая форма лимфостаза. К одному нехорошему диагнозу добавится ещё один, не менее плохой.

Что можно предпринять, чтобы этого не допустить? Прокрасить все лимфопути, идущие от руки, и, используя микрохирургическое оборудование, там, где возможно, наложить лимфенозные анастомозы для профилактики застоя лимфы и отёков. Причём делать всё это – и биопсию, и анастомоз – нужно сразу, во время операции по удалению опухоли молочной

железы. Риск лимфостаза после мастэктомии при таком подходе снижается до минимума.

– Но почему необходимо использовать два красителя?

– Чтобы снизить вероятность ложноположительного результата и выполнить операцию максимально точно, убрать всё, что необходимо, ничего не оставив. Такова наша концепция, и она идентична общемировой практике.

– Предположим, вы доказали необходимость применения двух красителей, добились того, чтобы они были разрешены в онкоматематологии. И что – новая технология сразу появится в российских протоколах лечения, на неё выделят финансирование в системе ОМС?

– Теоретически так и должно быть. Практически же, скорее всего, будут сложности. Дело в том, что для формирования лимфенозных анастомозов онкологам нужно овладеть навыком микрохирургических операций, а клинике – купить необходимое оборудование, которое стоит больших денег.

Кроме того, за время одной операции, о которой я вам рассказываю, онколог обычно успевает прооперировать двух пациентов: собственно мастэктомия занимает 25 минут плюс 40 минут – лимфодиссекция. Лимфенозный анастомоз – это ещё 50-55 минут дополнительного времени в операционной.

Таким образом, стоимость клинического случая растёт; оперблок должен работать теперь не до обеда, а до вечера; очередь на оперативное лечение сокращается не так быстро, как могла бы за счёт более простого «поточного» подхода. Одним словом, расходы на онкологическое лечение увеличиваются. Экономисты, скорее всего, будут возражать.

– Но ведь пациентов с лимфостазом после операции тоже придётся лечить.

– Беда в том, что в здравоохранении данная проблематика размыта, лечение этого осложнения находится за границей онкопомощи. Собственно этап онкологического лечения закончился, пациент выписан, а реабилитационный этап – сфера обязанностей амбулаторного звена, где, как известно, вся реабилитология замыкается в пределах физиотерапии.

Мне приходилось даже слышать от коллег-хирургов, что опасность лимфостаза преувеличена. Они говорят о себе: «Я оперирую так, что у моих пациентов лимфостаза не бывает». На самом деле у любого человека, который перенёс вмешательство на лимфоузлах, лимфостаз формируется, это неизбежно. Даже если рука не увеличена до гигантского размера, в минимальном объёме такое осложнение развивается всегда после вмешательства в лимфатическую систему. Просто большинство хирургов не видят своих пациентов через несколько месяцев, а тем более лет после операции.

– Методика с наложением лимфатического анастомоза не включена в КР, и всё-таки кое-где практикуется, насколько я знаю.

– Сегодня в России такие операции делают около полутора десятков специалистов. Но одно-моментные, сразу после лимфодиссекции, – лишь единицы. А хотелось бы, чтобы научились все.

В научной литературе опубликованы результаты уже 13 международных клинических исследований, которые доказали целесообразность и эффективность такой операции. Однако мировой опыт, к сожалению, не всегда сразу же транслируется в нашу рутинную практику, в некоторых случаях российскому регулятору нужны собственные доказательства. Что ж, мы готовы их предоставить.



Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Наши интервью

Вчера, сегодня, завтра...

Тебердинская «мадонна» – «оружие» массового заражения

Относительно недавно общественность была взбудоражена появившимися в интернете цифрами статистики в РФ по венерическим заболеваниям. В 2022 г. из разных регионов России стали поступать сообщения о росте заболеваемости сифилисом и гонореей.

Памятуя, что нет дыма без огня, за более достоверной информацией мы обратились к главному врачу Краевого клинического кожно-венерологического диспансера в Ставрополе Михаилу ЗЕМЦОВУ.



– По сифилису есть рост достаточно заметный. Не трагичный, не критичный, но, мы видим, что число больных сифилисом в Российской Федерации увеличивается. Давайте обратимся к статистике 2020-2022 гг. (показатель рассчитывается от количества заболевших на 100 тыс. населения). В 2020 г. этот показатель в РФ составлял 10,5; 2021 г. – 14,5; 2022 г. – 18,9.

При этом, в Ставропольском крае нет роста, есть практически стабильные показатели: 2020 г. – 6,4; 2021 г. – 7,5; 2022 г. – 6,5. А 6,4-6,5 – это достаточно низкий уровень заболеваемости. Опять же, всё относительно, если брать 1991 г., когда произошёл развал СССР, заболеваемость была 5,5 на 100 тыс. человек, по тогдашним меркам это достаточно высокий уровень. Как это водилось в Советской стране, с этим боролись. Но уже в ельцинский период, цифры увеличились с 5 до 270 (!), а в некоторых регионах, ближе к востоку – Сибирь и далее – заболеваемость была до 1200 (!)...

То есть, по сути это была эпидемия сифилиса. Об этом не принято говорить громко, а сама по себе эпидемия – психосоциально обусловлена. Если рассмотреть историю, то пик заболеваемости отмечался после Гражданской войны.

– Михаил Алексеевич, такие вспышки заболеваемости напрямую связаны с социальными взрывами, революциями и т.п., когда «из человека выпускают зверя» и «война всё спешит»?

– Да, ведь это миграция огромного количества людей, изменение ментальности, чувство вседозволенности, демонстрация своей силы и т.д.

– А после Великой Отечественной войны наблюдался пик заболеваемости?

– Об этом не принято распространяться, но после Отечественной войны, когда наши войска возвращались из Германии, повышения заболеваемости, как ни странно, не было. Потому что Иосиф Виссарионович поручил организовать систему фильтрации возвращающихся бойцов и офицеров. Их обследовали на венерические заболевания. Это я впервые услышал в медицинском институте от покойного преподавателя Михаила Фёдоровича Татанова, кстати, участника войны. Существовали лагеря, где не снимали погоны ни с солдат, ни с офицеров, их не карали, но

до излечения они находились в этих лагерях. Пенициллин уже появился и лечение шло успешно. Найти какую-то широкую литературу про эти фильтрационные лагеря практически невозможно.

– Может быть, эти данные засекречены?

– Может и так.

Хочу несколько слов сказать о Михаиле Фёдоровиче. Это был опытный хирург, участник войны, орденносец. Я тогда работал в роддоме, а он приходил как дежурный хирург, иногда во время гинекологических или кишечных операций возникает необходимость привлечь хирурга. Однажды, перед Новым годом, его вызвали ночью и после операции пригласили к столу. Но он отказался, сказав, что не может, потому что приехал с похорон сына. Сделал операцию и сразу ушёл.

– Почти как в рассказе Чехова «Враги». Всё это очень интересно, но вернёмся к нашей теме.

– Когда в начале 90-х годов началась эпидемия, в Ставропольском крае уровень был выше республиканского за счёт того, что заболеваемость сифилисом регистрируется по месту диагностики, а не там, где прописан. Отпуск тогда длился 24 дня, и сифилис успевал «прокатиться» от Камчатки до Калининграда. А у нас – Кавказские Минеральные Воды – всероссийская здравница, также и за счёт туристов в Домбае эта статистика поднималась.

До меня главным врачом был Ефим Фёдорович Феодориди – блестящий организатор здравоохранения, написавший книгу «Тебердинская мадонна». В ней описывается ситуация, когда в очаге заболевания оказалось больше 120 человек, из-за больной, которая была из сферы обслуживания – официанткой. Начинаям дерматовенерологам было бы интересно почитать её. Мы рисовали эпидкарты – от первого контакта и далее, там было по 50-60 человек. Но «мадонна» поставила рекорд по Ставропольскому краю.

В своё время Ленинским декретом были определены профессии сферы обслуживания, имеющие круг общения с большим количеством людей. Заболевание любого из них было чревато вспышкой или даже эпидемией.

Мы задействовали всё возможное – милицию, санэпиднадзор для ежеквартального проведения профосмотров лиц так называемых декретированных профессий.

И нам удалось создать достаточно крепкую, работающую систему по раннему активному выявлению сифилиса на территории края, хотя поначалу нас ругали – дескать, ежеквартальными осмотрами мы нарушаем подзаконные акты. Также мы ратовали за то, чтобы беременных обследовать трижды за беременность, поскольку тогда был достаточно высокий уровень заболеваемости сифилисом. Потом это всё было узаконено, и четырёхкратное обследование декретированных профессий стало нормой. Напомним – это было в начале 90-х годов, тогда нам удалось создать такой частокор на пути распространения сифилиса, чтобы выявлять заболевших и обследовать всех пациентов, поступающих в соматические стационары. К сожалению, сегодня профосмотры проводят раз в год: работодатель не хочет нести дополнительные расходы, и это, конечно, сказывается на количестве заболеваний.

Вот пример на эту тему. Женщина устроилась в детский сад воспитателем. Уже после того, как она стала работать, заболела сифилисом. К её чести, она настойчиво искала, чем болеет, обращалась к частникам. В конце концов, пришла к нам. Мы поставили ей диагноз – сифилис. Но всё это время она общалась со своими подопечными – детьми. К счастью, никто из них не заболел...

Вот ещё один случай, наверное уникальный в медицинской практике. В Ставрополе гастролировал цирк, к нам обратился силовый акробат с шанкром на... лысой голове. Оказывается, в другом номере его попросили постоять опорой, так сказать столбом. Акробатка, которая опиралась на его голову, была больна сифилисом, впоследствии у него на лысой голове и проявились признаки заболевания бытового сифилиса. Тут уж, действительно, цирковой номер во всех смыслах.

С 2005 г. на базе диспансера функционирует и подростковый специализированный Центр профилактики и лечения инфекций, передающихся половым путём «Доверие». Анонимно проходят обследование подростки с 15-16 лет, которые подозревают, что они заболели. Чаще обращаются мальчики, это обусловлено тем, что симптомы у них проявляются раньше. В 2022 г. в центр обратились 324 подростка, у некоторых из них диагноз подтвердился.

На территории края действует программа «За здоровье», в рамках которой врачи разных специальностей ведущих клиник региона выезжают в глубинку.

Беседу вёл
Рубен КАЗАРЯН,
собр. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Фото автора.

Если у тебя есть долг, ты обязан найти возможность справиться с любой задачей, даже кажущейся невыполнимой, считает Л.Намазова-Баранова – учёный, врач, педагог.

Человек воодушевляющий

Раньше, когда я слышала длинный перечень должностей, общественных нагрузок, обязанностей, относящихся к какому-то известному человеку, была уверена: невозможно одному всё это выполнять одинаково хорошо, что-то обязательно будет страдать, упускаться. Но пример Л.Намазовой-Барановой убедил: возможно. Однако под силу не каждому, а лишь отдельным личностям, таким как она.

Лейла Сеймуровна – руководитель НИИ педиатрии и охраны здоровья детей Научно-клинического центра № 2 РНЦХ им. Б.В.Петровского, главный детский специалист по профилактической медицине Минздрава России, заведующая кафедрой факультетской педиатрии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова, президент Союза педиатров России, паст-президент Европейской педиатрической ассоциации (ЕРА), член бюро исполкома Международной педиатрической ассоциации (ИРА), вице-президент Глобального педиатрического пульмонологического альянса, редактор и член редколлегии ряда педиатрических журналов... А ещё она – последовательный защитник интересов детей, в хорошем смысле слова лоббист педиатрии, что подтверждает недавнее выступление на сессии «Здоровье детей как приоритет

С юбилеем!

Должен, значит, можешь

Таково жизненное кредо академика РАН Лейлы Намазовой-Барановой



нести максимальную пользу обществу – характерные черты Лейлы Сеймуровны. Если поставила какой-то вопрос, не сомневайтесь, добьётся его решения. А взявшись за какое-то дело, доведёт его до конца. Порой она идёт против течения, навлекая на себя неприятности, но не отступает, будучи уверенной в своей правоте. Достаточно вспомнить, сколько упреков, косых взглядов получила, продвигая вакцинопрофилактику. Но во многом благодаря её настойчивости расширен Национальный календарь профилактических прививок.

Л.Намазова-Баранова – человек воодушевляющий, то есть умеющий владеть

в популяции, считает академик. К тому же подавляющая доля исследований посвящена изучению состояния детей с хроническими инвалидизирующими и жизне-

душными. О чём свидетельствуют выступления на конгрессах педиатров, зажигающие людей на новые успехи; лекции, которые она эмоционально читает студентам; идеи, подхватываемые окружающими. Умение говорить ярко, убедительно, аргументировано подкупает, и ты невольно становишься её сторонником. Она – истинный лидер, не понаслышке знающий ситуацию в детском здравоохранении изнутри. Прошла все этапы профессионального роста: ординатор, врач, старший научный сотрудник, главный врач, заместитель директора по науке крупнейшего педиатрического центра страны, руководитель НИИ. С сентября 2010 г. ещё и возглавляет кафедру факультетской педиатрии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова, совмещая эту работу с большой научно-исследовательской, клинической и административной деятельностью. Её авторитет высок не только сре-

Л.Намазова-Баранова – автор 1740 научных работ (226 на английском и французском языках), 146 книг, 69 патентов на изобретение. Индекс Хирша: 58 (РИНЦ), 31 (Scopus), 32 (WoS). Ею подготовлено 12 докторов и 53 кандидата медицинских наук. Л.Намазова-Баранова является главным редактором журнала «Педиатрическая фармакология» и членом редколлегии ряда отечественных и зарубежных медицинских изданий.

государства связано со здоровьем подрастающего поколения.

«Лейлу Сеймуровну Намазову-Баранову можно назвать ведущим педиатром России, – отмечал другой. – Докторов такого уровня популярности, сумевших достичь таких высот в своей профессии, раз, два и обчёлся. Главное, что повысило интерес к ней, это её избрание президентом Европейской педиатрической ассоциации в 2013 г. Да и количество её научных работ и изобретений весьма и весьма впечатляет».

определило дальнейший путь в педиатрии. Хотя в студенческие годы увлекалась нервными болезнями и намеревалась совершенствоваться в данной области. Однако в те годы почти не было терапевтических возможностей помощи таким пациентам, что и остановило.

А когда по окончании вуза (кстати, с отличием) по распределению попала в НИИ педиатрии, в отделение детской аллергологии, поняла окончательно, что это её стезя.

– Педиатрия по сравнению с другими областями медицины

За внедрение и масштабирование на территории Российской Федерации технологии медицинской коррекции спастичности ботулотоксина под ультразвуковым контролем у детей с ДЦП – одной из наиболее многочисленных групп детей-инвалидов, – значительно улучшающей их траекторию индивидуального развития, Л.Намазова-Баранова с группой своих учеников в 2016 г. была награждена премией Правительства РФ.

национальной политики», организованной в рамках Петербургского международного экономического форума, где Л.Намазова-Баранова обратила особое внимание на роль профилактики в сохранении детского здоровья, подчеркнув, что при рассмотрении вопросов детского здравоохранения нужно принимать только научно-обоснованные решения.

– Всё, что делаем, должно иметь научное обоснование, – заявила она.

По словам Л.Намазовой-Барановой, сегодня на науку тратятся беспрецедентные деньги, государство не скупится на то, чтобы были получены прорывные результаты. Но на педиатрические исследования приходится лишь 17% от всех средств, выделяемых на медицинские исследования в целом. А детей в стране около 21%. Уж если быть справедливыми, надо чтобы объём денег был приближен к процентному содержанию детей

угрожающими заболеваниями, а не предупреждению патологии. Данный перекос необходимо устранить, сместив акценты. По её мнению, чтобы добиться здорового долголетия, продления трудоспособной активной жизни, следует помнить, что программирование здоровья происходит в очень короткое время, в первые тысячу дней (от момента зачатия до конца второго года жизни). А значит, все профилактические программы должны быть сконцентрированы на детстве.

– Если мы хотим завтра иметь популяцию россиян, долго и активно живущих, то сегодня должны работать над профилактикой болезней у детей. Но наука этим почти не занимается, – сожалеет Л.Намазова-Баранова, выразив надежду, что удастся выровнять диспропорции. Ведь только обеспечив здоровое детство, можно достичь здорового долголетия.

Активная жизненная позиция, целеустремленность, желание при-

В 2009 г. Л.Намазова-Баранова была сопредседателем научного комитета Европейского конгресса педиатров, на который в Москве собралось более 3650 детских докторов из 85 стран мира. За организацию этого блестяще проведённого педиатрического форума Л.Намазова-Баранова была награждена Почётной грамотой Правительства РФ, подписанной В.В.Путиным.

ди коллег, но и среди родителей.

Несколько лет назад пользователи одного из интернет-сайтов назвали Л.Намазову-Баранову в числе пяти самых известных детских врачей страны.

«Такую женщину должна знать каждая мать, – написал один из посетителей ресурса. – Это просто необходимо, чтобы вырастить здоровых детей. Да, в стране проблемы со здравоохранением. Но именно такие люди делают всё возможное, чтобы смягчить ситуацию, ведь будущее любого



И это действительно так. Педиатрия – смысл её жизни.

Анамнез личности

Выбор профессии сделан в 7-летнем возрасте. И был он абсолютно однозначным, никаких сомнений и метаний не возникало. Решила стать детским врачом – и все школьные годы шла к цели. Практически с отличием окончила московскую специализированную

имеет невероятный плюс, потому что детский организм очень пластичен, – говорит Л.Намазова-Баранова. – Если диагноз поставлен точно и лечение назначено правильно, то положительная динамика отмечается быстро, особенно при острых состояниях. А их в аллергологии много.

Уже через год после окончания ординатуры защитила кандидатскую диссертацию, при этом родив

Вклад Л.Намазовой-Барановой в развитие педиатрической науки неоспорим. В 2018 г. ей было доверено создать новый НИИ педиатрии и охраны здоровья детей в системе Минобрнауки России, с чем она блестяще справилась. И сегодня НИИ является главной научной площадкой, координирующей научные исследования в области сохранения и укрепления здоровья детей России.

школу, где преподавание велось на французском языке (стать золотой медалисткой помешала четвёрка по русскому, полученная в 9-м классе), и подала документы в медицинский вуз. Но поступила не с первого раза. Пришлось поработать на кафедре иммунологии во 2-м Медицинском институте препаратом. И это оказалось судьбоносным событием, потому что во многом

ребёнка. Удивительно, но в аспирантуре не обучалась. Материал собрала, будучи ординатором. Выбрала достаточно новую тогда область, стала изучать цитокины при аллергических болезнях у детей. Работая врачом, довольно быстро после защиты кандидатской стала старшим научным сотрудником. За несколько лет скопила материал на докторскую диссертацию. Родила





вторую дочь. Кстати, обе диссертации писала ночами, когда уже детей уложит спать.

Лейла Сеймуровна считает, что любой человек, способный организовать свою жизнь, может вместить в ней и семью, и детей, и науку, и образование.

Легко сказать, а вы попробуйте! Организованность – одна из главных черт её характера – родом из студенческих лет. Помимо учёбы, занималась в разных кружках, много читала, совершенствовала иностранные языки, с энтузиазмом отдавалась общественной работе, была комсомольским вожаком. И жалела, что в сутках всего 24 часа. Всё это формировало образ жизни: динамичный, насыщенный, спрессованный.

– Я благодарна своему комсомольскому прошлому, потому что комсомол научил меня организованности, – признаётся Лейла Сеймуровна. – Если хочешь всё успеть, умей правильно выстроить приоритеты.

Л.Намазовой-Барановой внесён значимый вклад в создание и внедрение образовательных программ для родителей и детей в России и за рубежом. Она свободно владеет английским, французским и немецким языками. Указом Президента РФ недавно Л.Намазова-Баранова награждена орденом «За заслуги перед Отечеством» IV степени.

Отец, известный в Советском Союзе учёный-радиофизик, научил её в любом деле чётко формулировать цель и никогда не останавливаться, если цель не достигнута.

Всееляющая веру и оптимизм

На первый взгляд, Л.Намазовой-Барановой всё даётся легко. И впрямь она легко училась, схватывая всё налету. Быстро продвигалась по карьерной лестнице, в относительно молодом возрасте став директором НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения Научного центра здоровья детей и членом-корреспондентом РАН, а затем и академиком. Но судьба

Кафедра факультетской педиатрии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, возглавляемая Л.Намазовой-Барановой, показывает наилучшие показатели по всем видам (учебной, методической, научной, лечебной, воспитательной, организационной) работ. За большие заслуги в области педиатрического образования в России и за рубежом она избрана почётным профессором Университета Фоджа в Италии, почётным членом педиатрического факультета Королевского колледжа терапевтов Ирландии; в 2022 г. ей присвоено звание «Почётный профессор ЮУГМУ».

не всегда была к ней благосклонна. И другой бы человек в определённых обстоятельствах сник. А она – нет. Пережив неприятности (впрочем, переживания никому не заметны, кроме родных), продолжает двигаться

Л.Намазова-Баранова явилась инициатором и активным исполнителем проведения аудита качества медицинской помощи детям в пилотных регионах РФ, что оказало положительное влияние на основные показатели состояния здоровья российских детей (внедрение клинических рекомендаций существенно снижает полипрагмазию, необоснованное назначение антибиотиков и др.).



вперёд с ещё большей энергией. Оставив НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения НЦЗД, которому отдала немало лет, она в короткий срок проявила себя на новом месте, возглавив педиатрическое направление при Центральной клинической больнице Российской академии наук. Направление, которого до того в учреждении вообще не существовало. Под её руководством создан НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН (позже НИИ Научно-клинического центра № 2 РНЦХ им. Б.В.Петровского), где ведётся исследовательская и практическая деятельность и где всё продумано до мелочей: от дизайна помещений до чёткой навигации, чтобы маленькие пациенты не боялись докторов, а их родители не испытывали неудобств.

У неё бойцовский характер. В то же время она не из тех, кто будет раздвигать окружающих локтями и подниматься по карьерной лестнице. Просто Лейла Сеймуровна столь неравнодушно относится к делу, что не оценить это невозможно. Всё, что она делает, делает не формально.

Да, Л.Намазова-Баранова умеет отстаивать своё мнение. Но не страдает фанатизмом типа «есть единственное правильное мнение, и оно – моё». Она склонна принимать и чужую точку зрения (если та аргументирована), изменить свою, которая ей казалась верной на каком-то этапе. Это, кстати, очень важное качество для врача, для учёного. Л.Намазова-Баранова не авторитарна. Хотя как руководитель требует неукоснительного выполнения своих распоряжений. Иначе поставленной цели не добиться. Иногда бывает бескомпромиссна. Безусловно, идеальных людей нет, и Лейла Сеймуровна – фигура непростая, но искренне болеющая за педиатрию, стремящаяся всё выполнять «на пятёрку». И, судя по конечному результату, у неё это получается.

Поражает её потрясающая работоспособность. На конгрессе педиатров она умудряется почти одновременно присутствовать на

С момента начала пандемии новой коронавирусной инфекции Л.Намазова-Баранова и её коллектив стали в режиме онлайн проводить еженедельные образовательные мероприятия для педиатров и педиатрических медицинских сестёр, на которых докладывались последние научные данные о новом вирусе и новых диагностических и терапевтических возможностях, разбирались пациенты, обсуждались наиболее острые вопросы. Оперативно были разработаны Временные методические рекомендации по ведению COVID-19 у детей, которые прошли обновления и неизменно широко использовались детскими специалистами в реальной клинической практике. Последние 3 года широко востребованы организованные Л.Намазовой-Барановой «Педиатрические субботы» – постоянно действующий цикл вебинаров для работников детского здравоохранения.



Успешная, эффектная, умная, она привлекает внимание. И что греха таить, кое-кого раздражает. Наверное, это естественно. Невозможно всем нравиться.

Как творческая личность Л.Намазова-Баранова не ограничивается одной областью знаний. Неординарный взгляд на многие вещи позволяет ей предлагать то, что потом оказывается интересным большому количеству людей. Это касается и профессии, и досуга, и многого другого. Она чётко следует за техническим прогрессом, активно используя в жизни и работе самые последние новшества, что не раз приходилось наблюдать в организации педиатрических конгрессов. Творческое начало и аналитический склад ума мирно уживаются в этой пылливой женщине.

Когда-то я поинтересовалась у академика РАН Зинаиды Суслиной: уютно ли женщине в науке. На что она ответила:

– Мир науки – мужской мир. Но нам хватает ума, сил, интеллекта, мудрости, женской пластичности, чтобы выживать в нём. Чем больше будет женщин в академической среде, тем лучше будет для академии. Потому что и по уму, и по трудолюбию, и по трепетному отношению к порученному делу женщины нередко превосходят мужчин. Лейла Сеймуровна – весьма перспективный учёный. У неё прекрасный интеллект, хорошая подготовка. Думаю, она обеспечит прорыв не только педиатрии, но и послужит укреплению

В 2012-2018 гг. Л.Намазовой-Барановой было доверено возглавить с российской стороны несколько проектов с ВОЗ, финансируемых Правительством РФ, в том числе проект «Улучшение качества оказания медицинской помощи детям в стационарах первичного звена в Анголе, Киргизстане, Таджикистане, Эфиопии», признанный одним из самых эффективных в области детского здравоохранения того времени.

и прославлению отечественной медицинской науки. Общее дело – это дело отдельных единиц, которые составляют большое множество. Лейла Сеймуровна – такая единица, которая будет притягивать к себе как магнит достойных помощников, сподвижников. Роль личности в любой истории никто не отменял.

Как же права оказалась моя собеседница!

Достигнув в профессиональном плане немалых высот, Л.Намазова-Баранова тем не менее считает самым большим своим успехом то, что состоялась не только как учёный, врач, но и как женщина, мать, бабушка.

При колоссальной загруженности, казалось бы, не остаётся времени на семью. Но Лейла Сеймуровна всегда его находила, и, по признанию детей, они не чувствовали себя обделёнными материнским вниманием. Попозже лечь спать, пораньше встать – обычный для Л.Намазовой-Барановой образ жизни. Сама Лейла Сеймуровна выросла в семье научных сотрудников. И очень дорожит своими корнями, своими родными.

А на вопрос, что такое счастье, отвечает: «Счастье – это когда у тебя есть любимая профессия, любимая семья. Когда ты испытываешь искреннее удовлетворение от того, что сделал».

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

P.S. Вчера Л.Намазова-Баранова отметила круглую дату. Взят очередной жизненный рубеж. Редакция «МГ» поздравляет Лейлу Сеймуровну с днём рождения и желает дальнейших успехов на поприще детского здравоохранения.



КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 25 (2385)

В клинической практике существует собирательное понятие «острые респираторные вирусные инфекции» (ОРВИ), которое включает ряд заболеваний преимущественно верхних дыхательных путей вирусной этиологии, которые рассматриваются в настоящем документе. Клинические рекомендации по некоторым специфическим возбудителям ОРВИ (например, вирусам гриппа типа А и В, новой коронавирусной инфекции – SARS-CoV-2) изложены в отдельных документах и в настоящих рекомендациях не рассматриваются.

Этиология и патогенез

Возбудители ОРВИ, исключая грипп, – представители семейств вирусов, геном которых представлен молекулой РНК (пневмовирусы – респираторно-синцитиальный вирус (Human Respiratory syncytial virus) и метапневмовирус человека (Human Metapneumovirus), парамиксовирусы – 4 вида (1-4) вирусов парагриппа (Human Parainfluenza virus 1-4), коронавирусы – Human Coronavirus 229E, Human Coronavirus OC43, Human Coronavirus NL63, Human Coronavirus HKU1 и пикорнавирусы – риновирусы (Rhinovirus) виды А, В, С. И 2 семейств вирусов, геном которых представлен молекулой ДНК (аденовирусы (Human mastadenovirus) виды В, С, Е), парвовирусы – бокавирус человека (Human bocavirus). Все вышеперечисленные вирусы вызывают ОРВИ среди всех возрастных групп, за исключением бокавируса человека, инфицирующего только детей.

Заболевания, вызываемые этими различными этиологическими агентами, объединяет общность механизмов путей передачи, многих стадий и особенностей патогенеза, а также клинических проявлений.

Основные стадии патогенеза острых респираторных вирусных инфекций:

- адгезия и внедрение возбудителя в клетки эпителия дыхательных путей, и его репродукция
- формирование интоксикационного синдрома и токсико-аллергических реакций
- развитие воспалительного процесса в дыхательной системе
- обратное развитие инфекционного процесса, формирование иммунитета.

Характер течения инфекционного процесса определяется сложной системой защитно-приспособительных реакций макроорганизма, направленных на ограничение репродукции вирусов и их элиминацию.

Слизистая оболочка верхних дыхательных путей служит входными воротами при ОРВИ. На начальном этапе развития инфекции ведущую роль играют факторы неспецифической защиты – секреторные антитела IgA и фагоцитоз, в процессе выздоровления – специфическому и гуморальному иммунитету. IgA способен препятствовать адгезии патогенов к поверхности эпителиальных клеток, а также опосредовать разрушение и элиминацию вирусов. При несостоятельности местных факторов защиты вирусы поражают в первую очередь клетки цилиндрического эпителия дыхательных путей с дальнейшим развитием следующих этапов патогенеза.

Поражение вирусом клеток мишеней приводит к их разрушению, фагоцитозу макрофагами, инфильтрации эпителиального слоя мононуклеарными клетками – продуцентами эндогенных провоспалительных цитокинов (интерлейкины, фактор некроза опухоли-альфа, интерфероны и др.), а также лейкотриенов, ферментов, кислородных радикалов и др. Формируется как местное воспаление, так и общинтоксикационный синдром (лихорадка, общая слабость, мышечные и головные боли и др.).

Далее происходит цитолиз инфицированных эпителиоцитов, который осуществляется за счёт действия антигенспецифических цитотоксических лимфоцитов, натуральных киллеров и специфических антител IgM. Это приводит к разрушению поражённых клеток и выходу из них продуктов клеточного распада. Эндогенные биологически активные вещества и продукты клеточного распада проникают в кровь, что также способствует развитию интоксикационного синдрома.

Местные воспалительные изменения и общая интоксикация выражены в разной степени в зависимости от конкретного этиологического агента.

Благодаря цитотоксическому действию лимфоцитов, макрофагов и специфических

антител постепенно происходит элиминация возбудителя с дальнейшим формированием специфического гуморального и клеточного иммунитета. В слизистых оболочках поражённых отделов дыхательных путей идут репаративные процессы, нормализуется местный гомеостаз.

В некоторых случаях возможно увеличение регионарных лимфоузлов, а также системная реакция – вовлечение в патологический процесс органов системы мононуклеарных фагоцитов – увеличение печени и селезёнки (аденовирусная инфекция). Возможны также аллергические реакции организма вследствие внедрения чужеродных вирусных

Острые респираторные вирусные инфекции у взрослых

Клинические рекомендации

агентов с формированием токсико-аллергических реакций (или аналогичные реакции на введение лекарственных препаратов) в виде экзантемы.

Общие патоморфологические изменения при острых респираторных вирусных инфекциях:

- цитоплазматическая и внутриядерная деструкция эпителиальных клеток
- нарушение функциональной активности и целостности ресничек и, следовательно, мукоцилиарного клиренса, который также является местным защитным фактором
- в ряде случаев дистрофические изменения эпителия и возможное появление серозного или серозно-геморрагического экссудата в просвете альвеол.

Во время и после перенесённой острой респираторной вирусной инфекции имеет место истощение местного и общего иммунитета, формируется иммуносупрессия, и ослабленный организм становится особенно подверженным другим видам инфекции, в частности бактериальным.

Эпидемиология

Острые респираторные вирусные инфекции занимают значительную долю в структуре заболеваемости человечества и лидирующее место среди инфекционных заболеваний.

В России число ежегодного болеющих ОРВИ и гриппом достигает более 30 млн человек, а ежегодный суммарный экономический ущерб от ОРВИ оценивается в 40 млрд руб., составляя около 80% ущерба от всех инфекционных болезней и достигая 90% и выше в структуре инфекционной заболеваемости. В среднем взрослый человек переносит от 2 до 4 простуд в течение года, ребёнок более от 6 до 9 раз. Важно отметить, что ОРВИ в некоторых случаях могут привести к летальному исходу. По данным различных авторов, тяжёлое течение и летальные исходы наблюдались при различных ОРВИ (аденовирусного заболевания, парагриппа, респираторно – синцитиальной инфекции), протекавших как в виде моно-, так и микст-инфекции.

Кроме того, около 80% случаев обострения бронхиальной астмы (БА) и 20-60% хронической обструктивной болезни лёгких провоцируются острыми респираторными инфекциями. С острыми респираторными инфекциями ассоциированы ежегодно 3,9 млн смертей в мире, с ОРВИ сопряжены 30-50% случаев внебольничных пневмоний, по данным разных авторов.

Пик заболеваемости респираторными инфекциями наблюдается в период с сентября по май.

ОРВИ считаются антропонозными заболеваниями. Источником инфекции являются больные с клинически выраженными, стёр-

тыми формами болезни, здоровые вирусоносители. Основным механизмом передачи – аэрозольный, в ряде случаев вероятны также контактно-бытовой и фекально-оральный механизмы передачи.

Следует отметить, что цифры официальной статистики не вполне отражают реальную картину заболеваемости ОРВИ. Во-первых, часто за ОРВИ принимаются заболевания респираторного тракта аллергической и другой этиологии. Кроме того, значительное количество случаев заболеваний не регистрируются, поскольку пациенты не обращаются в лечебно-профилактические учреждения, перенося болезнь «на ногах».

Наиболее часто возбудителями респираторных заболеваний являются риновирусы (25-40% всех ОРВИ), коронавирусы и вирусы парагриппа. Реже встречаются респираторно-синцитиальный вирус, аденовирусы и реовирусы. Возможно сочетание (микстинфекция) различных возбудителей, в том числе присоединение бактериальной инфекции.

Клиническая картина

Инкубационный период при острых респираторных вирусных инфекциях, вызванных наиболее распространёнными инфекционными агентами, составляет от 1 до 14 суток.

Заболевание, как правило, начинается остро с появления синдрома интоксикации (повышения температуры тела до субфебрильных или фебрильных цифр, общей слабости, головной боли, боли в мышцах и суставах), а также катарального (катарально-респираторного) синдрома – развитие кашля, насморка, в некоторых случаях конъюнктивита. Возможно развитие лимфопролиферативного синдрома, который проявляется лимфаденопатией, реже развивается гепатомегалия (аденовирусная инфекция).

Особенности клинических форм при острых респираторных вирусных инфекциях

Острый ринит – воспаление слизистой оболочки носовой полости. Характерные симптомы: чихание, отделение слизи из носа (ринорея), нарушение носового дыхания. Отток слизи по задней стенке глотки вызывает кашель.

Фарингит – воспаление слизистой оболочки глотки. Для него характерны внезапно возникающие ощущения першения и сухости в горле, а также болезненность при глотании.

Тонзиллит – местные изменения в небных миндалинах чаще как проявление обострения бактериальной (стрептококковой) инфекции. Характерны интоксикация, гиперемия и отёчность миндалин, небных дужек, язычка, задней стенки глотки, рыхлые наложения в лакунах.

Ларингит – воспаление гортани с вовлечением голосовых связок и подвязочного пространства. Первые симптомы – сухой лающий кашель, осиплость голоса.

Трахеит – воспалительный процесс в слизистой оболочке трахеи. Симптомы: саднение за грудиной, сухой кашель.

Бронхит – поражение бронхов любого калибра. Основным симптомом – кашель (в начале заболевания сухой, через несколько дней – влажный с увеличивающимся количеством мокроты). Мокрота чаще имеет слизистый характер, но на 2-й неделе может приобретать зеленоватый оттенок за счёт примеси фибрина. Кашель сохраняется в течение 2 недель и дольше (до месяца) при заболеваниях аденовирусной, респираторно-синцитиально-вирусной, микоплазменной и хламидийной природы).

Осложнения при острых респираторных вирусных инфекциях подразделяются на специфические и вторичные, вызванные активацией вторичной микрофлоры.

Специфические осложнения

Менингизм – повышение давления ликвора без выраженных изменений его состава. Характеризуется появлением общей мозговой симптоматики (сильная головная боль, тошнота, рвота), общей гиперестезии и характерных менингеальных синдромов.

Острая дыхательная недостаточность – чаще развивается при парагриппе (при формировании ложного крупа). Клинически проявляется в виде тяжёлой одышки, цианоза (синюшности), тахикардии, беспокойства больных.

Отёк и набухание головного мозга (редко). Проявления: сильная головная боль, тошнота, рвота, возможно психомоторное возбуждение, брадикардия, повышение артериального давления, судороги, расстройство дыхания, нарастающие менингеальная и очаговая симптоматика, расстройство сознания от оглушения до развития комы.

Инфекционно-токсический шок (редко). Клинические проявления: на ранних стадиях – лихорадка, затем снижение температуры

тела, бледность кожи, появление мраморной окраски кожи, цианотичных пятен, быстрое снижение артериального давления, тахикардия, одышка, возможны тошнота и рвота, геморрагический синдром (как проявление синдрома диссеминированного внутрисосудистого свёртывания), резкое снижение диуреза (мочевыделения), прогрессирующее расстройство сознания.

Респираторный дистресс-синдром взрослых. Характеризуется стремительным нарастанием признаков острой дыхательной недостаточности на высоте клинических проявлений инфекции. Клинические симптомы: быстро нарастающая одышка свыше 30 дыхательных движений в минуту с присоединением шумного дыхания, диффузный цианоз, тахикардия, беспокойство больного, быстро сменяющееся апатией, возможна потеря сознания, падение систолического АД ниже 90 мм рт.ст. Кашель со скудной кровянистой мокротой (в мокроте – мононуклеарный цитоз). При аускультации в начальном периоде – сухие свистящие хрипы над всей поверхностью лёгких, далее крепитация, влажные мелкопузырчатые хрипы, гипоксемия. В ряде случаев развивается синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания (геморрагический отёк лёгких).

Острая сердечно-сосудистая недостаточность (редко). Может протекать по типу преимущественно острой сердечной либо острой сосудистой недостаточности. Острая сердечная недостаточность развивается чаще у больных гипертонической болезнью и заболеваниями сердца. Протекает по типу левожелудочковой недостаточности и проявляется отёком лёгких. Острая сосудистая недостаточность является следствием падения сосудистого тонуса, а сосудистый коллапс – проявлением инфекционно-токсического шока.

Осложнения, вызванные активацией вторичной бактериальной микрофлоры

Острый синусит. Бактериальные синуситы (воспаление околоносовых пазух – гайморит, фронтит, сфеноидит) являются частым осложнением ОРВИ. Заподозрить наличие синусита можно в том случае, если симптомы заболевания не прекратились в течение 7-10 дней: остаётся заложенность носа, тяжесть в голове, головная боль, повышенная температура. При отсутствии лечения острый синусит легко переходит в хроническую форму заболевания.

Острый отит. Острый отит проявляется постоянными или пульсирующими (стреляющими) болями в ухе, может наблюдаться болезненность в области сосцевидного отростка.

Острый бронхит. Может быть, как проявлением ОРВИ, так и её осложнением.

Острый бронхит проявляется длительным продуктивным кашлем.

Обострение хронических лёгочных заболеваний. ОРВИ являются самой частой причиной обострения ХОБЛ и бронхиальной астмы.

Пневмония. Одно из самых грозных осложнений ОРВИ. Развитие пневмонии следует подозревать при сохранении высокой температуры тела более 7-10 дней, с сохранением кашля. Характерными аускультативными признаками пневмонии являются ослабление дыхания, наличие разнокалиберных влажных хрипов, крепитации. Диагноз подтверждается при рентгенологическом исследовании лёгких.

Диагностика

Критерии установления диагноза ОРВИ включают:

- анализ жалоб и анамнеза заболевания
- данные физического обследования
- результаты лабораторных диагностических исследований
- результаты инструментальных диагностических исследований
- иные диагностические исследования при проведении дифференциальной диагностики.

Жалобы и анамнез. Рекомендуется у пациентов с подозрением на ОРВИ обратить внимание на общее недомогание, повышение температуры тела, утомляемость, слабость, снижение аппетита, головные боли, боли в горле, затруднение носового дыхания, насморк (ринорея), осиплость голоса, кашель (сухой и влажный), увеличение лимфоузлов, боли в животе (при аденовирусной инфекции). При тяжёлом течении некоторых заболеваний возможно появление одышки, проявляющейся затруднением вдоха и/или выдоха (парагрипп, инфекция, вызванная респираторно-синцитиальным вирусом). При тяжёлом течении некоторых ОРВИ также могут появляться выраженные головные боли, многократная рвота, судороги и потеря сознания (симптомы менингита и отёка мозга). Возможно также наличие таких жалоб, как тошнота, иногда рвота, ощущение сердцебиения или перебоев в работе сердца, что является проявлением общего интоксикационного синдрома.

Рекомендуется при сборе анамнеза выявить длительность заболевания, а также фак-

торы, которые препятствуют немедленному началу лечения, или требующие коррекции лечения в зависимости от сопутствующих заболеваний.

Такими факторами могут быть наличие непереносимости лекарственных препаратов; неадекватное психоэмоциональное состояние пациента перед лечением; угрожающие жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания, требующее привлечения врача-специалиста по профилю; отказ от лечения.

Рекомендуется обратить внимание на сведения эпидемиологического анамнеза о пребывании в очаге ОРВИ в период, соответствующий инкубационному периоду.

Рекомендовано обратить внимание на наличие эпидемического подъёма заболеваемости ОРВИ.

Рекомендовано обратить внимание на характерную сезонность ОРВИ (осенне-зимний, зимне-весенний период) с максимумом подъёма заболеваемости.

Рекомендовано обратить внимание на контакт с больными ОРВИ, наличие вспышек в организованных коллективах (школы, детские сады) в эпидсезон.

Рекомендуется обратить внимание на наличие вакцинопрофилактики гриппа у пациента для выявления риска развития данного заболевания.

Рекомендуется обратить внимание на наличие сопутствующих хронических заболеваний или иных состояний (беременность) для выявления факторов риска развития тяжёлого и осложнённого течения заболевания.

Физикальное обследование

Рекомендовано пациентам с подозрением на ОРВИ для выявления ведущих синдромов заболевания провести общий осмотр с оценкой состояния кожных покровов и видимых слизистых оболочек: цвет (гиперемия, бледность, цианоз), влажность, отёчность, инъекция сосудов склер. Выявляют гиперемию дужек и/или задней стенки ротоглотки, рыхлость и зернистость слизистой задней стенки, увеличение лимфоидных фолликулов по задней стенке, реже миндалины.

Выявление катаральных симптомов обязательно на начальном этапе диагностики ОРВИ. Однако вышеуказанные симптомы могут быть также проявлением некоторых

бактериальных инфекций, в частности стрептококкового назофарингита.

Рекомендовано пациентам с подозрением на ОРВИ общий осмотр и пальпация лимфоузлов головы и шеи для выявления синдрома лимфоаденопатии. Для комплексной оценки состояния не рекомендуется изолированная оценка только одного из вышеуказанных симптомов.

Данная оценка не позволяет дифференцировать ОРВИ от возможной бактериальной инфекции верхних дыхательных путей. Необходимо оценивать их в совокупности.

Рекомендованы физикальные методы исследования лёгких:

– пальпация грудной клетки – оценка подвижности грудной клетки и голосового дрожания;

– перкуссия лёгких – выявление возможного изменения перкуторного звука, оценка экскурсии грудной клетки;

– аускультация лёгких – оценка частоты дыхательных движений, выявление патологических дыхательных шумов, оценка проводимости дыхания в различные отделы лёгких, выявление сухих и влажных хрипов, крепитации (при возникновении осложнения в виде пневмонии).

Рекомендованы физикальные методы исследования сердца: измерение пульса и артериального давления, аускультация (выявление тахикардии, сердечных шумов и др.).

Данные методы обследования необходимы для диагностики возможных осложнений ОРВИ (инфекционно-токсический шок, респираторный дистресс-синдром и др.).

Лабораторные диагностические исследования

Неспецифическая лабораторная диагностика. Рекомендовано выполнение общего (клинического) анализа крови с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы для диагностики, комплексной оценки степени тяжести болезни, своевременного выявления осложнений и неотложных состояний, исключения осложнений, вызванных бактериальной флорой пациентам с симптомами ОРВИ.

При вирусных инфекциях в клиническом анализе крови характерны лейкопения или нормоцитоз, увеличение процентного соот-

ношения различных форм лейкоцитов в пользу лимфоцитов и моноцитов. Однако возможно наличие изменений, схожих с бактериальными инфекциями (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ).

Рекомендовано пациентам с симптомами ОРВИ выполнение общего (клинического) анализа мочи для выявления наличия почечной дисфункции, декомпенсации сопутствующих заболеваний.

При неосложнённом течении ОРВИ патологических изменений нет; при выраженной лихорадке, интоксикационном синдроме – увеличение плотности мочи, невыраженные лейкоцитурия, протеинурия, цилиндрурия, носящие транзиторный характер, исчезают при нормализации температуры тела и купировании проявлений общей инфекционной интоксикации.

Специфическая лабораторная диагностика. Рекомендовано пациентам с симптомами ОРВИ молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носо- и ротоглотки на вирус гриппа (Influenza virus), парагриппа (Human Parainfluenza virus), риновируса (Human Rhinovirus), аденовируса (Human Adenovirus), респираторно-синцитиального вируса (Human Respiratory Syncytial virus), коронавируса 229E, OC43, NL63, HKUI (Human Coronavirus), бокавирус (Human Bocavirus), метапневмовируса (Human Metapneumo virus) на амбулаторном этапе по клинико-эпидемиологическим показаниям, в стационаре – всем заболевшим.

Показания на амбулаторном этапе оказания помощи: эпидемический очаг, тяжёлое течение, пожилой возраст, угроза развития ОРДС.

Рекомендовано лицам с симптомами ОРВИ проведение молекулярно-генетического исследования методом (ПЦР) на возбудителя COVID-19 или экспресс-тест на COVID-19 для проведения дифференциальной диагностики у всех заболевших.

Рекомендовано лицам с симптомами гриппоподобного заболевания определение РНК вируса гриппа А (Influenza virus A) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР; определение РНК вируса гриппа В (Influenza virus B) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР для своевременного назначения этиотропной терапии.

(Окончание следует.)

(Окончание. Начало в № 23 от 16.06.2023.)

2-й этап помощи может быть представлен медицинскими подразделениями, например, медицинским отрядам специального назначения, которым должны быть приданы группы медико-психологического сопровождения (в составе врача-психиатра и медицинского психолога), и где может быть проведена диагностика психического расстройства и оказан весь объём необходимой помощи. Однако надо ясно определить, что при отсутствии специалистов психиатров МОСН не может выполнять функции 2-го этапа медицинской помощи пострадавшим с психическими расстройствами. На практике часто бывает так, что функции 1-го и 2-го этапов психиатрической помощи смешиваются, но это ухудшает исходы реакций боевого стресса и повышает риск развития ПТСР. Выбор применяемых на 2-м этапе методов коррекции определяется необходимостью быстрого лечения большого числа пострадавших. Психотерапия, если есть возможность её применять, должна быть очень кратковременная, отличаться простотой, а её эффективность – в наименьшей степени зависеть от искусства конкретного специалиста. При выборе средств фармакологической коррекции предпочтение по-прежнему должно отдаваться препаратам производным бензодиазепина. Последнее время в качестве средства предупреждения ПТСР предлагается гидрокортизон, который особенно эффективен как средство профилактики стрессовых расстройств у военнослужащих, получивших контузии, ранения и травмы. Во время оказания помощи на 2-м этапе следует соблюдать требования воинской дисциплины, субординации и распорядка дня. Обстановка должна быть доброжелательной, но без внешних проявлений чрезмерной жалости. Каждого поступившего военнослужащего нужно сразу поставить в известность о сроках лечения, объяснив, что имеющиеся симптомы являются временными и обязательно пройдут. В случае безуспешности быстрого (в течение 1-2 суток) купирования психотической и диссоциативной симптоматики на данном этапе, таких пациентов лучше немедленно эвакуировать в госпиталь. Дальнейшая задержка на войсковом этапе не только не улучшает их состояния, но и мешает оказанию помощи другим пострадавшим. При оценке выраженности реакций на стресс и определении тактики ведения каждого конкретного случая учитываются данные о пострадавшем, как он

Посттравматическое стрессовое расстройство

Клинические рекомендации

реагирует на оказываемую помощь, что прозойдёт с его подразделением в ближайшее время, какие ресурсы имеются в наличии. Но главным критерием для возвращения в строй является не полное выздоровление, а способность солдата действовать применительно к обстановке.

На 3-м этапе психиатрической помощи (в психиатрическом отделении военного госпиталя или в другом специализированном психиатрическом стационаре) проводится весь необходимый объём психо- и фармакотерапии тяжёлых и затяжных психических расстройств, в том числе связанных с пережитым травмирующим стрессом.

Ограниченное применение методов психотерапии объясняется отсутствием методов, которые подтвердили бы свою простоту, экономичность и надёжность, значительным числом пострадавших на этапах медицинской эвакуации, дефицитом времени и небольшим числом специалистов, оказывающих психологическую, психотерапевтическую и психиатрическую помощь в боевой зоне.

Ограниченное применение транквилизаторов объясняется отсутствием согласованных результатов РКИ данной группы препаратов в качестве средств коррекции боевого стресса, стрессовых реакций и предупреждения ПТСР.

Отсутствие рекомендаций применения антидепрессантов объясняется недостатком исследований их эффективности в ближайшем после травмирующего стресса периоде, а также отсроченным терапевтическим эффектом этой группы лекарственных средств, что делает бесперспективным их назначение на этапах медицинской эвакуации.

Отсутствует рекомендация применения антипсихотиков объясняется высоким риском побочных эффектов и негативным

влиянием на боеспособность военнослужащих, которые, как ожидается, в ближайшее время вернутся в строй. Применение антипсихотиков поэтому допустимо лишь для купирования возбуждения и обеспечения эвакуации пациентов с психотическими расстройствами.

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

Военнослужащим, поступающим на 2-й этап медицинской эвакуации в связи с острыми реакциями на стресс, расстройствами адаптации, особенно сочетающимися с признаками или анамнестическими данными о перенесённой контузии, после исключения противопоказаний, рекомендовано применение гидрокортизона (20-40 мг/сут) перорально для ослабления тревоги, неврологической симптоматики и снижения риска последующего возникновения ПТСР.

Последние годы характеризовались интересом к применению гидрокортизона, который показал в нескольких РКИ способность влиять на частоту симптомов ПТСР. Однако значительно более выраженный эффект отмечен при использовании гидрокортизона в качестве средства профилактики стрессовых расстройств. Получены предварительные данные об эффективности гидрокортизона при лечении ветеранов, которые перенесли лёгкую или умеренную травму головного мозга и имеют симптомы ПТСР. При этом эффективность гидрокортизона более заметна, когда он комбинируется с использованием методов когнитивно-поведенческой терапии. Способность гидрокортизона оказывать влияние на боевые стрессовые расстройства требует изучения. Однако уже отмечается, например, что короткий, 10-дневный, курс

терапии небольшими дозами – по 40 мг гидрокортизона в сутки перорально – позволяет в течение ближайших 3 месяцев уменьшить число и выраженность симптомов ПТСР у лиц, перенёвших тяжёлые травмы. Таким образом, гидрокортизон предотвращает развитие симптомов стрессовых расстройств в меньших дозах, чем препараты, которые оказывают влияние на заживление ран или риск инфицирования.

Татьяна КАРАВАЕВА,
руководитель Федерального консультационно-методического центра по психотерапии, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии НИИЦ психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета, профессор кафедры общей и прикладной психологии с курсами медико-биологических дисциплин и педагогики Санкт-Петербургского ГПМУ, доктор медицинских наук, доцент.

Анна ВАСИЛЬЕВА,
главный научный сотрудник отделения пограничных психических расстройств и психотерапии НИИЦ психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии Северо-Западного ГМУ им. И.И.Мечникова, доктор медицинских наук, доцент.

Кюри ИДРИСОВ,
профессор Медицинского института Чеченского государственного университета им. А.А.Кадырова, главный специалист психиатр Минздрава Чеченской Республики, доктор медицинских наук, заслуженный врач Чеченской Республики.

В мероприятии приняли участие более 700 специалистов из 65 регионов страны. По словам главного специалиста нейрохирурга Минздрава России академика РАН Владимира Крылова, подобные форумы будут проходить ежегодно в те годы, когда нет съездов Ассоциации нейрохирургов России (организуемые раз в 3 года).

В отличие от прошлогоднего форума нынешний длился всего 2 дня. Насыщенная программа включала пленарные и секционные заседания, семинары и образовательные циклы.

Подобно конгрессам Американской ассоциации нейрохирургов на форум приглашаются медийные персоны. В этот раз таковым был заместитель постоянного представителя Российской Федерации при ООН Дмитрий Полянский, рассказавший о международной обстановке и построении многополярного мира (в режиме онлайн).

От прорывных технологий до обычных осложнений

Форум открылся документальным фильмом по сценарию профессора Леонида Лихтермана, посвященным Василию (Вильгельму) Крамеру – профессору неврологии и одному из лечащих врачей Владимира Ленина. В конце 1920-х годов Крамер совместно с профессором хирургии Николаем Бурденко создал нейрохирургическую клинику на 25 коек в Государственном рентгеновском институте на Солянке. Три года спустя (январь 1932 г.) клиника была преобразована в Нейрохирургический институт, который в 1934 г. получил здание на Ульяновской улице и стал именоваться Центральным нейрохирургическим институтом. Примечательно, что в съёмках фильма принял участие академик РАН Александр Коновалов. Комментируя фильм, В.Крылов упомянул отмечаемое в этом году 100-летие со дня рождения известного нейрохирурга Эдуарда

(рассечение входной зоны задних спинномозговых корешков – DREZ-операция, хордотомия, нуклеотракотомия, цингулотомия, и т.д.) сейчас применяется хроническая стимуляция как самого спинного мозга, так и спинномозговых нервов (нейромодуляция). В РФ создаются центры лечения боли и кабинеты противоболевой помощи. Хроническая боль – междисциплинарная проблема, для решения которой нужны разные специалисты, включая психиатров и психологов.

Запомнился доклад профессора Натальи Захаровой (НМИЦ ней-



Д.Усачёв, В.Крылов, А.Коновалов

Проблемы и достижения нейрохирургии

Многополярный и междисциплинарный

В Москве состоялся II Всероссийский нейрохирургический форум

рохирургии им. Н.Н.Бурденко) об оценке нарушений гематоэнцефалического барьера при глиомах с помощью МРТ. Стандартная МРТ недостаточна. Используется МР-релаксометрия и диффузионно-куртозисная МРТ, позволяющая оценить маркёры потери аксонов и степень демиелинизации. Можно получить индивидуальные карты опухолевой инвазии. Такие карты могут использоваться для планирования операции, лучевой терапии и оценки прогноза. Чем лучше кровоснабжается опухоль, тем она злокачественнее.

Доклад доктора медицинских наук Григория Евзикова (Сеченовский университет) был посвящён

роким, насколько это необходимо, и настолько узким, насколько это возможно» – положение, которое актуально по сей день.

Кандидат медицинских наук Илья Сенько (Федеральный центра мозга и нейротехнологий, Москва) поделился опытом микрохирургического лечения дистальных (т.е. расположенных в дистальных отделах крупных артерий каротидного и вертебро-базиллярного бассейнов) аневризм головного мозга. Такие аневризмы составили 4,5% от числа аневризм, оперированных в НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского. В большинстве случаев (82%) аневризмы были разорвавшимися. Их чаще всего клипировали (74%). Реже применялись треппинг и иссечение аневризм.

Доктор медицинских наук Геннадий Антонов (Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого, Красногорск) рассказал о хирургическом лечении боевых повреждений экстракраниальных отделов сонных и позвоночных артерий.

Как известно, хирургии без осложнений не бывает. Но что считать осложнением? Профессор Павел Шнякин (Красноярский ГМУ им. В.Ф.Войно-Ясенецкого) предложил различать осложнения и последствия операции. Предлагается разделить осложнения на послеоперационные (первый месяц после операции), ранние (до 3 месяцев после операции), поздние (до года после операции) и отдаленные (свыше года). В мире существует множество классификаций хирургических осложнений, что само по себе говорит об отсутствии консенсуса по данному вопросу. Осложнениям в нейрохирургии и их профилактике будет посвящена конференция в Красноярске в сентябре сего года.

Для диагностики и профилактики осложнений используются технологии искусственного интеллекта, которым был посвящён доклад кандидата медицинских наук Глеба Данилова (НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко). Например, тысячи КТ- и МРТ-изображений различной нейрохирургической патологии загружаются в специальную программу (искусственный интеллект), в которой вырабатываются определённые алгоритмы. Они помогут распознать ту или иную болезнь на практике. Пока это ещё проект, но активно развивающийся. Как подмечено докладчиком, нейросеть ChatGPT3 уже активно зарекомендовала себя во многих сферах нашей жизни.

Два цикла, одна школа

В рамках форума состоялись образовательные циклы по нейровизуализации и сосудистой нейрохирургии. На последнем разбирались принципы малой инвазии в хирургии аневризм и артерио-венозных мальформаций головного мозга. Микрохирургия аневризм проксимальных отделов внутренней сонной артерии рассматривалась с позиции внутрисосудистых технологий. Был освещён комплексный подход к лечению вазоспазма у пациентов в остром периоде субарахноидального кровоизлияния. Обсуждались факторы риска в хирургии сложных церебральных аневризм, осложнения, а также предикторы неблагоприятных исходов в отдалённом периоде хирургического лечения аневризм головного мозга.

На цикле по нейровизуализации рассматривались вопросы интраоперационной МРТ в нейрохирургии, ПЭТ в диагностике опухолей мозга, возможности применения АРТ-CEST в диагностике low-grade и high-grade глиом, а также состояние церебрального артериовенозного сопряжения у пострадавших с черепно-мозговой травмой.

Школа по нейроонкологии была посвящена злокачественным опухолям ЦНС. Проблематика рассматривалась со многих сторон: это и молекулярная картина глиом, и мультипараметрические нейровизуализационные характеристики при рецидивах, и возможности хирургии глиом островковой доли. Была подробно изложена стратегия комплексного лечения больных с неглиальными злокачественными опухолями. Также был затронут мультидисциплинарный подход в лечении метастазов рака лёгкого в головной мозг. Приведены результаты лечения опухолей ствола головного мозга у взрослых.

оперативного вмешательства) и предотвращение возможных осложнений, исходя из выбора конкретной методики. Были подробно освещены принцип получения и интерпретация аномального мышечного ответа (AMR/LSR) с лицевых мышц, анализ акустических стволовых вызванных потенциалов (АСВП) при разных механизмах повреждения VIII (вестибулокохлеарного) нерва, а также различные дополнительные модальности (Z-L response, Racial corticobulbar MEPs, Blink reflex – Blink synkinesis) при ИОНМ. Доклад был подкреплён конкретными клиническими примерами, где были показаны как интраоперационные клиничко-анатомические изображения (аномальное расположение структур в виде нейроваскулярной компрессии), так и нейромышечный ответ в норме и патологии в зависимости от частоты стимула и этапа операции. Данный раздел нейрохирургии крайне перспективен, по-своему сложен и требует обязательного привлечения нейрофизиолога до и во время операции.

Симпозиум «Глиомы функционально значимых зон головного мозга (хирургические и нейрофизиологические аспекты)» носил междисциплинарный характер. Речь шла об особенностях анестезиологического обеспечения при хирургии в области двигательных и речевых функциональных зон и нейрохирургическом лечении опухолей различной локализации. Краниотомия в сознании (awake surgery) – очень важный и ответственный этап операции, когда требуется сохранить ту или иную функционально значимую зону головного мозга. В своём докладе профессор Андрей Лубнин (НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко) подробно описал преимущества и недостатки использования тех



Э.Исагулян, Д.Рзаев

Канделя – учителя А.Коновалова и основоположника функциональной нейрохирургии в нашей стране. К сожалению, найти денег на съёмку фильма о профессоре Канделе пока не удалось.

Научная программа форума стартовала пленарным докладом профессора Александра Кравчука (НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, Москва) об аддитивных технологиях в нейрохирургии. Лазерная стереолитография применяется в отрасли с 1986 г. Сейчас освоена 3D-печать титановых имплантатов и объёмных моделей для планирования операций (например, для реконструкции дефектов черепа). Такие технологии моделирования также используются в образовательном процессе (наглядные пособия, отработка оперативных доступов).

Доктор медицинских наук Эмиль Исагулян (НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко) посвятил свой доклад алгологии – науке о боли и борьбе с ней. Обезболиванием занимаются анестезиологи, но и хирурги вносят свою лепту в лечение болевых синдромов. Наряду с деструктивными вмешательствами

новой классификации опухолей ЦНС, предложенной ВОЗ. Деление глиальных опухолей по степени злокачественности, опираясь на гистологическую картину, уже в прошлом, потому что куда более важно учитывать генетические особенности опухоли (1p/19q-коделеция, IDH-мутация/дикий тип, TERT, EGFR и др.), нежели её морфологию. Так, дикий тип IDH-мутации глиомы можно с уверенностью обозначить как глиобластому IDH-дикого типа IV степени злокачественности вне зависимости от того, какой у неё гистологический (патоморфологический) диагноз. В связи с этим «со временем нейрохирург должен будет взять на себя в какой-то мере роль патоморфолога».

Профессор Давид Пицхелаури (НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко) обрисовал перспективы развития микронейрохирургии: это и основные микрохирургические инструменты, и фиксация рук хирурга, динамическая тракция мозга, а также оперативные доступы. По словам известного швейцарского хирурга Теодора Кохера, «разрез должен быть настолько ши-



Участники форума

Приоритеты травматологии и ортопедии

У них была великая эпоха

Преемственность поколений легендарного ЦИТО



Ветераны и руководство ЦИТО (слева направо): Л.Гнетецкая, В.Меркулов, Л.Михайлова, В.Троценко, А.Назаренко, Н.Леонова, М.Ветрилэ, И.Санакоева

1982), с 1962 г. до конца жизни возглавлявшей рентгено-радиологическое отделение ЦИТО.

Наконец, доктор технических наук Николай Гаврюшенко рассказал о научных достижениях профессора Ильи Мовшовича (1923-1996), создавшего в ЦИТО лабораторию по применению полимеров в травматологии и ортопедии. Врачи и инженеры совместно разрабатывали там новые эндопротезы, например, протез Мовшовича – Гаврюшенко с резервным механизмом трения и изменяемым шеечно-диафизарным углом для тазобедренного сустава. Идеи Ильи Ароновича получили дальнейшее развитие. Предлагаются суставосохраняющие операции, такие как артро-медуллярное шунтирование коленного сустава, когда в его полость поступает собственная смазка из медуллярного канала. «До 20-30% больных могут избежать протезирования или отсрочить эту операцию», – считает Гаврюшенко. Профессор Мовшович также известен как автор монографии о сколиозе. Развитие первичного сколиоза он объяснял асимметричным ростом позвонка.

На заседании были приглашены ветераны-цитовцы – Виктор Троценко, Ирина Санакоева, Надежда Леонова и др. Профессор Леонова выступила с воспоминаниями о своей цитовской молодости – о великих учителях, капутниках в конференц-зале, лыжных и волейбольных командах. «Дорогу осилит бегущий. Надо бежать впереди, иначе затолкают», – напутствовала она сидящую в зале молодёжь.

По окончании мероприятия корреспондент «МГ» побеседовал с доктором медицинских наук заслуженным врачом РФ Валентиной Стужиной. С 1968 г. по настоящее время она работает в ЦИТО травматологом-ортопедом. В течение 45 лет была оперирующим хирургом в отделении детской травмы, в настоящее время – врач-консультант.

– Валентина Трофимовна, как вы оказались в ЦИТО?

– В 1964 г. я окончила 2-й Московский медицинский институт им. Н.И.Пирогова, 4 года работала педиатром, но ещё во время учёбы поставила себе задачу стать хирургом, посещала

кружки и хирургические общества, в том числе у профессора Станислава Долецкого в Русаковской больнице. Так сложились обстоятельства, что мне предложили работать в ЦИТО. Со мной дважды беседовал директор – Мстислав Васильевич. В студенческие годы у меня уже были две научные работы, выступления на студенческих конференциях. «Ладно, я тебя отдам Жоре (Е.Тер-Егизарову) в отделение детской травмы. Дам тебе тему кандидатской и вместе с Жорой буду руководить», – сказал Волков. Работала врачом, потом младшим научным сотрудником, в 1974 г.



В. Стужина

защитила кандидатскую, потом докторскую. Много оперировала, 13 лет совмещала с работой в скорой помощи.

– Зачем вам нужно было работать дежурником на «скорой»?

– Нужны были деньги. Я совмещала в 3 местах. По четверо суток не выходила из института. Но совесть у меня чиста – денег с больных никогда не брала.

– А как же семья?

– Я одинокий человек. Когда окончила школу, то сказала себе: «Если не поступлю в медицинский институт, то выйду замуж, а если поступлю – то никакой семьи». И, честно вам скажу, не жалею. Я посмотрела мир. У меня много друзей, с которыми дружу по 50-

60 лет, в том числе С.П.Миронов. Я дружила с его мамой, которая возглавляла в ЦИТО отделение спортивной и балетной травмы.

– Чему вы тут научились?

– Научилась профессии – всем видам оперативного и консервативного лечения пациентов. К больному должна быть любовь, и его страдания должны быть вашими страданиями. У нас были тяжёлые больные, с которыми мы оставались ночевать вместе с дежурной бригадой.

– Что вы можете сказать о своих учителях хирургии – Волкове и Тер-Егизарове?

– Они и сотрудники института всему меня научили. Всегда можно было подойти и спросить, они тебе объяснят, расскажут. Сейчас немного переживаю за молодёжь. Пока жива и мои мозги работают, готова помочь другим.

– В своём выступлении вы упомянули удивление французских коллег тем, что в ЦИТО много красивых женщин...

– Если вы пройдёте по нашему коридору, то увидите портреты красивых ухоженных женщин, которые тут работали. Мстислав Васильевич даже устроил в ЦИТО парикмахерскую. Он считал, что женщины должны быть всегда на высоте. Когда к нам приезжали известные французские ортопеды братья Жюде (Judet), то задали вопрос директору: «Мсье Волков, у вас что, мужчины не любят работать, раз тут такие красивые женщины?»

– То есть никакой гендерной дискриминации не было?



– Нет. Я, например, после ухода Георгия Моисеевича 22 года была главным детским травматологом Москвы. Мужчины, конечно, сначала приняли в штыки. Но у меня жёсткий мужской характер.

– Что изменилось с приходом нового директора?

– Антон Герасимович вертебролог, поэтому большое внимание уделяется вертебрологии, хотя он окончил у нас ординатуру по травматологии и ортопедии. Срок ещё очень небольшой, но, самое главное, у человека есть стремление улучшить работу института, как лечебную, так и научную.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
корр. «МГ».

Москва.

В НИИЦ травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова (ЦИТО) состоялось торжественное расширенное заседание учёного совета, посвящённое Дню медработника и 100-летию со дня рождения четырёх работавших там профессоров. Директор Центра профессор РАН Антон Назаренко поздравил всех с праздником и наградил отличившихся сотрудников. Затем в режиме онлайн аудиторию приветствовал президент ЦИТО академик РАН Сергей Миронов. «В этих стенах свято соблюдают традиции», – сказал он. В декабре состоятся очередные Приоровские чтения, посвящённые юбилею академика РАН Мстислава Волкова (1923-2001).

Нынешняя встреча открылась докладом профессора Владимира Меркулова о профессоре Георгии Тер-Егизарове (1923-1994), создавшем в ЦИТО клинику детской травмы. Он в детстве перенёс костно-суставную туберкулёз с резекцией коленного сустава, что, несомненно, повлияло на выбор специальности. Окончив в 1949 г. с красным дипломом 2-й Московский государственный медицинский институт им. И.В.Сталина (ныне РНИМУ им. Н.И.Пирогова), Тер-Егизаров уступил своё место в аспирантуре Мстиславу Волкову. Волков этого не забыл и, став директором ЦИТО, пригласил его возглавить там отделение детской травмы. Тер-Егизаров руководил отделением более 20 лет (с 1966 по 1988 г.), будучи одновременно консультантом и научным руководителем больницы им. Е.Л.Шумской. С 1977 по 1987 г. был главным детским травматологом-ортопедом Москвы. Основными направлениями его научных исследований являлись врождённый вывих бедра и проблемы детской травматологии.

Профессор Анатолий Лазарев рассказал о вкладе профессора Валентина Гурьева (1923-2021) в развитие отечественной травматологии и ортопедии. Это был «человек ясного, крепкого ума и здоровья». Сразу по окончании школы он был мобилизован, получил тяжёлую контузию, был фельдшером в медсанбате. «Меня послали на работу в ДПП НКВД, отдел СМЕРШ. Принимая активное участие в боях против банд националистов, я получил ранение в левую голень», – вспоминал Валентин Николаевич. После окончания в 1950 г. Курского мединститута работал в селе Нижнее Гридино Болшесолдатского района Курской области. В 1961 г. поступил в аспирантуру в ЦИТО, где впоследствии стал профессором, работал в должности главного врача, а затем замдиректора по общим вопросам, с 1984 по 1998 г. возглавлял отделение острой травмы. Он внёс огромный вклад в организацию и научную разработку оказания медицинской помощи бригадой специалистов на догоспитальном этапе (ЦИТО – ГАИ), что позволило на треть уменьшить смертность больных с множественной и сочетанной травмой. Был активным пропагандистом стабильного остеосинтеза и сделал 49 изобретений в этой области. По словам профессора Лазарева, «это был хирург широкого мазка», но «рука была у него лёгкая» и операции заканчивались успешно.

С воспоминаниями о Гурьеве также выступила его ученица доктор медицинских наук Валентина Стужина. Он был прост и доступен, умел убеждать. Умер красиво – во сне на 99-м году жизни. Доклад профессора Александра Морозова был посвящён профессору Марии Климовой (1923-

или иных седативных средств при комбинированном наркозе, подробно остановился на проблеме интраоперационной боли в ране, возможных осложнениях при данных операциях, среди которых пристальное внимание отводится интраоперационным судорогам. Несомненным приоритетом являются коммуникация и взаимопонимание между анестезиологом, нейрофизиологом и нейрохирургом. Дополнительная моторная зона (включая в цитоархитектоническое поле 6 по Бродману) – участок коры головного мозга, расположенный на медиальной поверхности лобной доли, полностью находящийся в пределах межполушарной щели, а именно между первичной моторной и префронтальной корой. Он неоднороден по своей структуре и связям с другими отделами головного мозга, в связи с чем при удалении опухолей данной зоны возникают нежелательные (и на первый взгляд неочевидные) двигательные и речевые осложнения в послеоперационном периоде. Доктор медицинских наук Андрей Зуев (НМХЦ им. Н.И.Пирогова, Москва) указал на особенности операций при опухолевом поражении данного участка коры головного мозга, в частности на важность сохранения артерии, питающей данный кортикальный участок. Также было предложено несколько задач в виде клинических кейсов на определение тактики лечения в зависимости от предложенного патоморфологического и генетического паттерна глиальных опухолей.

На секционном заседании по черепно-мозговой травме привлёк внимание доклад «Верховая езда как одна из главных причин нейротравмы в Республике Тыва» Кежиктига Уйнукая (Кызыл). В результате падения с лошади страдают в основном мужчины (в отличие от США, Европы и Австралии, где верховой ездой занимаются преимущественно женщины). Преобладает лёгкая травма (сотрясение головного мозга), но за несколько лет было два смертельных случая. На этой же секции прозвучало сообщение доктора медицинских наук Александра Семёнова (Иркутск) об интракаротидной инфузии антибиотиков в профилактике гнойных осложнений при огнестрельных проникающих черепно-мозговых ранениях. Академик Н.Бурденко в 1942 г. предложил вводить раствор стрептоцида в сонную артерию, а 2 года спустя стал вводить туда пенициллин (в дозировке 10 тыс. ед./сут). В 1965 г. основатель нейрохирургической службы Красноярского края профессор Нина Дралюк применила непрерывную длительную инфузию антибиотика, новокаина и гепарина в сонную артерию при помощи катетера в поверхностной височной артерии. При этом не наблюдалось патологических изменений стенки сосуда в течение длительной (7-10 дней) инфузии. В докладе был представлен 20-летний опыт применения данного метода в условиях городской больницы.

На форуме были вручены памятные награды Ассоциации нейрохирургов России. Медаль имени профессора Ксении Ивановны Харитоновой «За верность нейрохирургии» получил профессор Вячеслав Ступак (Новосибирск). Медалью имени академика Бориса Всеволодовича Гайдара «За вклад в развитие военной нейрохирургии» были награждены академик Виталий Хилько, профессор Валерий Парфенов (Санкт-Петербург), доктор медицинских наук Шамиль Гизатуллин (Москва) и другие военные нейрохирурги, оказывающие помощь раненым.

Дмитрий ЕЛИФЕРОВ,
аспирант кафедры гуманитарных наук Сеченовского университета.

Реальную защиту интересов медицинских работников Астраханской области обеспечивает областная организация профсоюза работников здравоохранения РФ. И уровень её эффективности во многом зависит от профессионализма и личной ответственности лидера, кадров и профсоюзного актива. Сегодня региональная профсоюзная организация активно действует на всех направлениях, которые затрагивают интересы и благополучие медицинских работников. Об этом состоялся разговор с председателем обкома Еленой СВЕКОЛЬНИКОВОЙ.

– Елена Владимировна, молодёжь, образно выражаясь, важный стратегический ресурс, в том числе и в общественной работе. Большое значение имеет, поддерживают или нет молодые активисты деятельность профсоюза. Что показал проведённый региональной организацией форум «ПРОМолодёжь»? Каких перемен она ждёт?

– В нашей стране 2023 г. объявлен годом наставничества. Это стало главной темой форума. Профсоюз давно поддерживает это направление. Мы хотим, чтобы молодёжь не была пассивной. Для привлечения молодых в профсоюз необходимо «дёргать за нужные ниточки». Наши активисты должны показывать пример положительного отношения к работе, сплачивать коллектив, преодолевать трудные ситуации, подбадривая, сумев выбрать позитивный настрой.

В Астраханской областной организации 61 первичная организация, и из каждой первички было по одному представителю, хотя некоторые сомневались, стоит ли приезжать. Часть только понаслышке знали о профсоюзе. Но, побывав на форуме, прочувствовав его атмосферу и отношение к себе, молодые медики поменяли своё мнение. Инициаторы и организаторы тоже воодушевились, ведь растёт смена, с которой можно будет воплощать новые профсоюзные идеи.

«ПРОМолодёжь» начался с «Диалога на равных», это «живой разговор» с представителями власти региона, Минздрава области и лидерами профсоюза. В первую очередь молодёжь волновали вопросы социального характера: зарплата, жильё, материальная помощь. Спикеры рассказали, какая работа проводится для молодёжи в регионе, объясняли, что может предпринять профсоюз в каждой конкретной ситуации. Не хотелось делать форум излишне «производственным», поэтому пригласили для выступления и представителя ЗАГС, который на наглядных примерах показал демографическую ситуацию в области. Сразу прозвучали интересующие многих вопросы, какие имена сейчас самые редкие, какими чаще всего называют новорождённых. Вот такое неформальное дополнение было организовано во время мероприятия.

Следующим этапом форума стала разработка проектов, которые надо было придумать и защитить, – своеобразное обучение проектной деятельности через деловую игру. Молодёжь интересовало, как улучшить социальное положение медицинского работника. Пусть придуманные проекты были не слишком масштабными, но очень актуальными. Например, организация детского сада в больнице всего на несколько часов, пока родители работают. Второй проект – обеспечение безопасности школьников во время летних каникул, в то время, когда дети остаются одни дома. Третий проект – как собрать одежду в больницах для людей без определённого места жительства. Если они попадают в медучреждение, то случается, что их просто не во что переодеть. Кроме того, от ребят звучали предложения, как улучшить работу лечебных учреждений. И, конечно же, представленные проекты находили живой отклик у участников.



– Без преувеличения, профсоюзы держат руку на пульсе жизни: видят реальные проблемы медиков и, не ожидая подсказок, сами предлагают действенные рецепты их решения. Молодёжь проявляет активность, обращается за помощью в профсоюз?

– Молодёжь пока редко проявляет активность. Но думаю, если мы будем чаще с ними общаться, интересоваться их проблемами, слушать то, что они предлагают, то соответственно будут рождаться и новые идеи.

– С какими вопросами чаще всего к вам обращаются молодые медицинские работники и всегда ли удаётся им помочь?

– Проблемы молодых – это жильё, устройство детей в дет-

пригодимся, а не потом, в более зрелом возрасте...

Что касается материальной заинтересованности, то в региональной организации профсоюза создано три фонда. Первый фонд – «Временная материальная помощь», из которого можно взять беспроцентную ссуду на обучение, строительство, проведение газопровода, ремонтные работы. Этот фонд возвратный. Ссуды возвращаются в течение обговоренного периода времени. Из фонда «Солидарность» мы оказываем помощь в тяжёлых жизненных ситуациях: при длительных заболеваниях, чрезвычайных обстоятельствах. Астрахань – южная территория, климат резко континентальный: летом очень жарко, зимой крайне холодно. В жару загораются то сено, то сараи, а то и дома, а зи-

Правда, она не медик, из другой отрасли... Но хорошо помню, как она занималась организацией новогодних праздников, проводила первоклашек в школу. Она привила мне интерес и уважение к профсоюзной работе, и когда я поступила в медицинское училище, то сама вступила в профсоюз. После окончания училища в этот же год поступила в мединститут. Всё время, пока училась, совмещала работу с учёбой. Работала акушеркой в самой крупной, многопрофильной Александро-Мариинской областной больнице. Распределение получила в Калининград, где прошла интернатуру по акушерству-гинекологии. Вернувшись в Астрахань, получила другую медицинскую специальность и до того момента, пока не пришла

Ориентиры

С профсоюзной высоты

Как выстроить работу так, чтобы привить молодёжи интерес к общественной деятельности?

Мы чувствовали себя одной командой. И работали, и отдыхали все вместе. Вечером разыгрывали сценки и пели песни под гитару у костра. Многие ребята не только познакомились, но и подружились. Кстати, на этой неделе поступили звонки от активистов с желанием вновь встретиться в прежнем составе. Обком поддержал идею. Устроили культпоход для участников форума на постановку Алтайского молодёжного театра. Молодёжь с удовольствием ещё раз встретилась, но уже в театре.

– Эти встречи вы проводите регулярно или только собираетесь сделать форум традиционным?

ские сады и школы и т.д. Сейчас обращений стало меньше. И не только потому, что детей меньше рождается, стали более прозрачными очереди. Мы со своей стороны стараемся помочь и помогаем.

Договариваемся с нашими социальными партнёрами, идём на диалог. Несколько лет назад внесли предложения по увеличению возрастного ценза для тех, кто едет на работу в село. Речь идёт о программах «Земский доктор» и «Земский фельдшер». Также вносим предложения при обсуждении различных социальных проектов. В частности, в «Социальный кодекс», который действует

мой горит проводка, когда включено слишком много приборов для отопления. Бывают и ураганы, которые сносят крыши строений, разрушают заборы, кто-то может физически пострадать при сильном ветре – в таких ситуациях мы поддерживаем медицинских работников, из фонда «Солидарность» безвозмездно выделяется до 50 тыс. руб. И третий фонд – «Оздоровление». Когда член профсоюза едет на санаторно-курортное лечение, компенсируем ему определённую сумму. Она ежегодно определяется президиумом обкома профсоюза.

– Какую часть региональной организации сегодня составляет молодёжь?

в профсоюз, работала в родной больнице уже заведующей отделением по лечебной физкультуре. Участвовала в общественной жизни, была членом профкома. Потом возглавила первичку. Через 5 лет меня избрали председателем областной организации. Нельзя сказать, что я осознанно пришла сюда. Но помогать людям – это моё призвание. Раньше помогала как доктор, а теперь защищаю интересы коллег.

– Не трудно было сделать этот выбор – уйти с клинической работы в лидеры профсоюза?

– Не буду скрывать, была шокирована таким предложением, потому что когда работаешь врачом, то кажется, что это и есть твоё предназначение. Помогаешь людям, чувствуешь их благодарность. Пациенты приходили беспомощные, на костылях, а когда они, пройдя курс реабилитации, возвращались к полноценной жизни, то душа радовалась, заряжалась положительной энергетикой.

– Каким вам видится будущее профсоюза работников здравоохранения? Какие вопросы останутся в любые времена за профессиональной общественной организацией?

– Профсоюз занимается вопросами защиты трудовых, экономических и социальных прав медработников. Также в нашей компетенции вопросы охраны труда, социального партнёрства, а это заключение соглашений и коллективных договоров, их исполнение.

– Верите в будущее профсоюза?

– Да. Уровень доверия к профсоюзу высок, и мы не можем его не оправдать. Защита профессиональных и трудовых прав медиков всегда будет оставаться для нас задачей номер один. А сила наша в единстве действий. Только тогда мы обеспечим реальную защиту работников здравоохранения региона. И областная организация профсоюза активно работает в этих направлениях. Надо быть чувствительными, восприимчивыми к проблемам медиков, быть готовыми, когда нужно, пойти на компромисс, а где-то жёстко отстаивать их интересы. Будем и дальше поднимать свой имидж. Профсоюзная организация должна использовать все инструменты, чтобы сделать свою работу более доступной и привлекательной для молодёжи. Тогда организация сможет расширить своё влияние и помочь молодым людям защитить их права и интересы в современных условиях. Молодёжь – будущее профсоюза!

Беседу вела
Галина ПАПЫРИНА,
корр. «МГ».



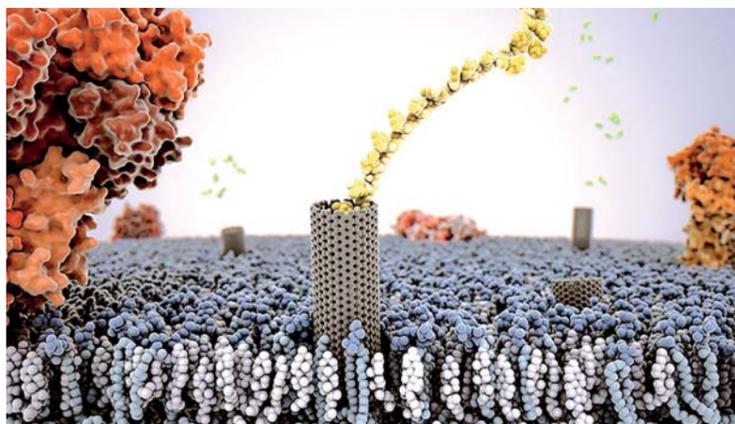
У человека в норме чуть ли не каждую секунду образуются нехорошие клетки, которые успешно элиминируются в результате действия эффективного иммунного надзора.

Каждая из клеток «обнюхивает» теми же макрофагами, которые вместе с дендритными клетками органов и тканей являются антигенпредставляющими, или презентующими (АРС). Получив антиген, они переваривают его в лизосомах цитоплазмы, после чего предьявляют в виде пептидов – цепочек аминокислот Т-лимфоцитам хелперам, которые помогают запустить иммунный ответ, стимулируя размножение и рост лимфоцитов. Одни из них синтезируют белковые антитела, а другие становятся цитотоксическими (CTL) – токсичными для изменённых клеток. Но в иммунную программу встроены и механизмы сдерживания клеток-эффекторов, препятствующий развитию аутоиммунных расстройств. Поэтому CTL в своём развитии оказываются подобно рыцарю на перепутье. Включение одних генов направляет их в сторону формирования иммунной памяти, а других – в сторону агрессивных эффекторов. Действие их ведёт к развитию воспаления с подъёмом температуры и ломотой в теле, по ходу которого элиминируются клетки, инфицированные вирусами, и клетки других патогенов. Иногда иммунной реакции не хватает, тогда врачи прибегают к антибиотикам, иммуномодуляторам и противовирусным препаратам.

В организме, как сказано выше, постоянно протекают клеточные процессы, связанные с делением. В норме они не сопровождаются существенными отклонениями в гено-

Взгляд

Светящиеся клетки



Красный рецептор эпидермального фактора роста (EGFR), действие на который стимулирует деление клеток эпителия молочной железы

ме, чего не скажешь о гетерогенности клеточных геномов в пределах даже одной опухоли. К сожалению, даже при всём «могуществе» ДНК-секвенирования, не удаётся полностью охарактеризовать все ген-поломки в опухолевых клетках, поэтому лишь в 5% случаев дорогостоящие анализы дают надёжный прогноз развития процесса. Понятен интерес к сообщению из Базельского политеха, где предложили резко увеличить ДНК-разрешение благодаря использованию её спиралей, закреплённых в нанопорах. За то же ратуют и сотрудники мэдридского Университета Квиронсалуд. Для понимания динамики процесса важно также знать, что покидающие клетки «выводят из себя» белковые факторы

роста (GF – Growth Factor), один из самых известных – эпидермальный. Именно он через свой белковый рецептор каждый месяц стимулирует размножение эпителиальных клеток молочной железы (синтезирующих молоко). Фактор и рецептор носят общее название EGFR и известны моноклональными антителами, блокирующими его действие на клетки лактации, поэтому их используют в иммунотерапии опухолей молочной железы.

Обычно клетки в течение долгой своей жизни сидят на месте, прикрепляясь к волокну стому внеклеточному матриксу. То же характерно и для клеток кровеносного русла, которые не «прободают» сосудистую стенку в процессе выхода из сосуда. Совсем иная картина с клетками

изменёнными, которые «срываются» с насыщенного места и начинают двигаться по матриксу, преодолевая сопротивление его волокон и ферментов (металлопротеиназ). Такое продвижение называется инвазивный рост, и в случае опухолевых клеток он направлен в сторону сосудов. Распространяясь по сосудам, они дают метастазы в дренирующие лимфоузлы, кости и даже мозг. В обратную сторону двигаются из сосудов Т-лимфоциты, соединение которых с клеточными белками ламининами образует протеиновую плёнку-ламинину, и один из коллагенов. Соединение с ними индуцирует поступление кальция в цитоплазму и активирует Т-клетки. Можно добавить, что один из интерлейкинов Т-клеток способствует задержке старения кожи. Известно также, что в процессе развития зародыша клетки переходят из мезенхимального, то есть промежуточного состояния в эпителий. Обратный переход наблюдается в опухоли под действием, как выяснили в Лейденском университете, сигнала длинных некодирующих РНК и TGF, то есть трансформирующего ростового фактора. Это сочетание, ведущее к экстравазации клеток в лёгких, авторы назвали LETS.

Недавно был снят фильм об одном юноше Артёме, который за 16 дней пробежал по льду Байкала 680 км, после чего поднялся на Эльбрус. В этом не было бы ничего необычного, если бы он не совершил всё это после 24 курсов химиотерапии в связи

с лечением лейкемии. Артёму повезло в том смысле, что ему помогли курсы химиотерапии в преодолении лейкемии. Но, к сожалению, врачи часто идут и на операцию, в ходе которой не уверены. Поэтому в университете Науки и технологии города Хэфэя создали «нанопробник» для «подсвечивания» опухолевых клеток, возбуждаемого инфракрасным светом. Процесс управляется накоплением в опухолевом окружении перекиси водорода (H₂O₂) и глутатиона, основу же частиц пробника составляют окислы цинка и галлия, олова и хрома. Здоровые клетки не светятся, потому что имеют хорошо регулируемый метаболизм. Их трудно «подтолкнуть» к делению, так как клеточный цикл также строго регулируется белком циклином, который «тормозит» фермент киназу (CDK – Cyclin-Dependent Kinase), подстёгивающий кинетику деления.

В Пенсильванском университете Филадельфии показали, что родственный циклину белок циклофилин в мутантном виде способствует распространению клеток множественной миеломы. Авторы предложили подавлять действие протеина с помощью известного лекарства бортезомиб (Bortezomib). Как выяснилось, его можно использовать в клиниках, так как оно также подавляет экстравазацию клеток миеломы. Для усиления его действия к бортезомибу добавляются липидные наночастицы с РНК, мешающие активности гена циклофилина.

Игорь ЛАЛАЯНЦ
кандидат биологических наук.

По материалам *Advanced Science, Lancet Clinical Medicine, Nature, Nature Aging, Science Signaling, Science Translational Medicine, Physorg.*

Гипотезы

Прозрачные мыши помогут в борьбе с раком

Учёные в Германии разработали метод сканирования, позволяющий выявлять ранее незаметные раковые опухоли и таким образом усовершенствовать испытания новых лекарств от рака. Ключевым элементом нового метода стали прозрачные мыши, правда неживые, сообщает Би-би-си.

Способ сделать мёртвую мышью прозрачной ещё в 2018 г. открыл профессор Али Эртюрк из исследовательского Центра им. Гельмгольца в Мюнхене, объединяющего сразу 18 научных учреждений. Для этого из тушки химическим путём удаляется весь жир и пигменты, в результате чего она становится похожей на упругую пластиковую игрушку.

Находящиеся внутри органы, кровеносные сосуды и нервные волокна при этом сохраняются неповреждёнными, но становятся почти полностью прозрачными. Именно это позволяет учёным изучать процессы, идущие в тех или иных органах, «подкрашивая» их за счёт введения специальных антител.

Главное достижение научной группы, которой руководит профессор Эртюрк, в том, что благодаря специально подобранным препаратам они научились «подсвечивать» нужные ткани так, чтобы при сканировании они были видны в мельчайших деталях.

Не секрет, что новые лекарства часто испытываются на мышах. В данном же случае учёные утверждают, что их метод может совершить настоящую революцию в медицинских исследованиях. Уже в ходе первых экспериментов исследователи смогли выявить раковые опухоли на начальных стадиях формирования.

По словам профессора Эртюрка, это крайне важно, поскольку прежде чем проводить клинические испытания на людях,

лекарства должны показать свою эффективность на мышах.

«Магнитно-резонансная томография показывает лишь крупные новообразования», – поясняет он. – Наш метод выявляет опухоль на уровне отдельной клетки. Ныне существующие лекарства могут продлить жизнь пациенту на несколько лет, но потом рак возвращается. И происходит это за счёт разрастания тех самых крошечных опухолей, которые остались незамеченными».

Обычно в лабораторных условиях мышам подсаживают раковые клетки и потом с помощью обычного сканирования следят за ростом опухоли. После этого мышам дают экспериментальное лекарство от рака и вновь сканируют их, чтобы увидеть, как оно действует.

Метод сканирования, разработанный командой профессора Эртюрка, можно применить лишь к мёртвым мышам, но он даёт чёткую картину того, прогрессировала ли опухоль или же лекарство подействовало.

Для этого мышам и делают прозрачными, причём для определения эффективности испытываемого лекарства от рака достаточно всего нескольких мышей. Этот уникальный метод сканирования обладает огромным потенциалом, поскольку позволяет лучше понять, как работает наш организм и какие именно процессы нарушаются при возникновении рака. И хотя изучать таким образом можно лишь тела уже мёртвых мышей, метод способен очень много рассказать учёным именно о начальных стадиях развития болезни.

Исследования на мышах часто служат отправной точкой для изучения процессов в организме человека. Но в теории новую методику можно использовать для изучения тканей любых животных.

Юрий ДАНИЛОВ.

Исследования

Японская исследовательская группа добилась прогресса в разработке новаторского лекарства, которое может позволить людям выращивать новые зубы. Клинические испытания препарата должны начаться в июле 2024 г.

Зубы «третьего поколения»

Лекарство предназначено для людей, у которых отсутствует полный набор зубов из-за врождённых факторов. Команда учёных стремится подготовить его для клинического применения к 2030 г. В эксперименте на животных препарат стимулировал рост зубов «третьего поколения» – после молочных, а затем и постоянных зубов.

«Идея вырастить новые зубы – мечта каждого дантиста. Я уверен, что смогу это осуществить», – говорит Кату Такахаши, ведущий исследователь и глава отделения стоматологии и челюстно-лицевой хирургии госпиталя Медицинского научно-исследовательского института Китано в городе Осака.

Анодонтия – это врождённое заболевание, которое встречается примерно у 1% населения. Считается, что генетические факторы являются основной причиной того, что у одной десятой пациентов с анодонтией отсутствуют 6 или более зубов. Люди, которые растут с агенезией зубов, с раннего возраста испытывают трудности с такими базовыми способностями, как жевание, глотание и речь.

Исследователи обнаружили, что у мышей, у которых отсутствует определённый ген, было увеличено количество зубов. Белок под названием USAG-1, синтезируемый этим геном, ограничивает рост зубов. Другими словами, блокирование действия этого белка может способствовать росту большего количества зубов.

Исследовательская группа Такахаши сосредоточила своё внимание на USAG-1 и разработала нейтрализующее антитело, способное блокировать функцию белка. В экспериментах мышам с врождённым малым количеством зубов давали лекарство, в результате чего у них прорезывались но-

вые зубы. Результаты исследования были опубликованы в 2021 г. и привлекли большое внимание как начало первой в мире терапии для регенерации зубов.

В настоящее время ведутся работы по подготовке препарата для использования

на людях. В случае успеха лекарство для регенерации зубов может изменить правила игры во всей стоматологии.

Животные, в том числе акулы и некоторые виды рептилий, могут постоянно отращивать зубы. Предполагалось, что у людей за всю жизнь вырастает только два набора зубов, но на самом деле есть свидетельства того, что у нас также есть «зачатки» для третьего набора.

Около 1% населения имеет обратную сторону анодонтии: гипердонтию – врождённое заболевание, вызывающее большее, чем обычно, количество зубов. Согласно исследованиям группы Такахаши, каждый третий такой случай проявляется в виде роста третьего набора зубов. Учёный считает, что в большинстве случаев способность людей выращивать третий набор со временем терялась.

Когда исследователи испытывали препарат на хорьках, у них вырос дополнительный седьмой передний зуб. Поскольку новые зубы росли между существующими передними зубами и имели ту же форму, считается, что лекарство вызвало образование зубов третьего ряда у животных.

Как только будет подтверждено, что препарат не оказывает вредного воздействия на организм человека, он будет направлен на лечение детей в возрасте от 2 до 6 лет, у которых наблюдается анодонтия. «Мы надеемся проложить путь для его клинического применения и дожить до времени, когда лекарства для восстановления зубов станут третьим выбором наряду с зубными протезами и имплантатами», – говорит Такахаши.

Фёдор СМЕРДИН.

По материалам *Mainichi Shimbun.*

Ну и ну!

Счастье не бывает по сезону

Яйцеклетки, забранные в определённое время года, имеют больше шансов на благополучное оплодотворение «в пробирке», имплантацию и здоровое развитие, чем полученные в другие сезоны.

Процедура экстракорпорального оплодотворения позволяет завести детей, несмотря на некоторые виды бесплодия. Благодаря ей счастливыми родителями стали миллионы пар по всему миру. Сегодня можно даже отбирать более здоровые яйцеклетки и в ряде случаев избежать будущего ребёнка от некоторых наследственных заболеваний, которые он может получить от родителей.

Но, как известно, процедура бывает успешной далеко не всегда, и, как правило, требуется несколько попыток, прежде чем удаётся получить результат. Статистика, проведённая австралийскими учёными, показала, что результативность ЭКО коррелирует со временем забора яйцеклетки.

Аналогичные работы проводили и прежде, но их авторы не обнаружили никакой связи успеха ЭКО со временем года и другими внешними факторами. Однако Себастьян Лизерсич и его коллеги из Мемориальной больницы Короля Эдуарда обратили внимание на то, что до сих пор учёные рассматривали лишь случаи, при которых оплодотворялись и имплантировались «свежие» яйцеклетки, тогда как нередко медикам приходится их замораживать, дожидаясь подходящего момента для последующих



процедур. Поэтому теперь учёные рассмотрели лишь такие случаи.

Они собрали в общей сложности 3657 записей об ЭКО с замороженными яйцеклетками, которые

проводили в одной из клиник австралийского города Перт. Успешность процедуры (выраженную в рождении здоровых младенцев) сопоставили с погодой и другими

условиями, при которых собирали яйцеклетки до замораживания.

Статистика показала, что если забор яйцеклеток проводили в погожий ясный день (когда солнце светило более 10 часов), ЭКО завершалось успехом на 28% чаще, чем в пасмурные дни (светлое время – менее 7 часов). Исследователи не обнаружили корреляции с температурой, зато если яйцеклетки получали летом, 31% из них приводили к благополучному рождению, а осенью – только 26%. «Зимние» и «весенние» яйцеклетки давали промежуточные результаты.

Схожие выводы сделали авторы аналогичной работы, проведённой несколько лет назад в Северном полушарии, в Бостоне. Тогда учёные показали, что при заборе яйцеклеток местным летом шансы на успех ЭКО оказывались на 42% выше, чем зимой. С другой стороны, тогда же выяснили, что для этого важна температура, а солнечный свет – нет. В таких моментах данные американских и австралийских медиков не совпадают.

Причины взаимосвязи успеха ЭКО с погодой и другими внешними факторами пока не ясны. Скорее всего, это как-то связано с общим состоянием организма женщины в момент получения яйцеклеток, а оно отчасти зависит от солнца, температуры, сезона и пр. Впрочем, подобные наблюдательные (наблюдательные) исследования не позволяют говорить о причинно-следственных связях, лишь о наличии корреляции.

Кстати

За последнее десятилетие число людей, достигших 100-летнего возраста, в Португалии увеличилось на 77% и составило в прошлом году почти 3 тыс. людей, по данным Pordata (современная база данных Португалии, содержащая официальную и сертифицированную статистику о стране и Европе, информация разделена на несколько тем, таких как население, образование, здравоохранение и др.).

Демографическая пирамида

Инверсия демографической пирамиды считается одной из самых серьёзных проблем XXI века в большинстве европейских стран, а также в Португалии, где за последние 36 лет вес пожилого населения удвоился. 24% населения Португалии сегодня составляют люди в возрасте 65 лет и старше. Согласно данным статистической базы фонда Франшишку Мануэля душ Сантуша, предполагалось, что в 2022 г. в Португалии будет проживать 2940 человек в возрасте 100 лет и старше против 1658 человек в 2012 г.

«Будущее европейских экономик и обществ зависит от того, как будет решаться эта проблема в ближайшей перспективе, поэтому важно проанализировать эту тенденцию, а также условия, в которых в настоящее время живёт пожилое население», – подчёркивается в анализе Pordata.

Из 10,4 млн человек, проживающих в Португалии, 2,5 млн находятся в возрасте 65 лет и старше, причем женщины составляют большинство (57%).

«Этот большой женский вес растёт с увеличением возраста: женщины составляют 62% всего населения в возрасте 80 лет и старше», – говорится в документе, опубликованном платформой.

В ходе последней переписи населения (2021) в Португалии было зарегистрировано 46 тыс. иностранцев в возрасте 65 лет и старше. «За последнее десятилетие число иностранцев в этой возрастной группе увеличилось более чем в 2 раза (в 2011 г. их было 20 тыс.), причём 67% из них – европейцы, в основном из Великобритании (19%), Франции (12%) и Италии (7%)», – отмечает Pordata. Среди неевропейцев выделяются бразильцы (11%).

«Повышенный интерес к Португалии среди людей старшего возраста также влияет на количество иммигрантов: В 2021 г. в страну въехали 23 тыс. человек этой возрастной группы, что составляет 23% от общего числа иммигрантов», – подчёркивали эксперты.

В 2022 г. Португалия стала второй страной в Европейском союзе с самой высокой долей людей в возрасте 65 лет и старше (23,7%) после Италии (23,8%). Среднеевропейский показатель в прошлом году составлял 21,1%.

На рубеже тысячелетий численность пожилых людей превысила численность детей и молодежи.

Индекс старения в Португалии показывает, что на каждые 100 молодых людей приходится 184 человека в возрасте 65 лет и старше. Во всех муниципалитетах страны, за исключением Лагоа и Рибейра-Гранде на Азорских островах, число пожилых людей превышает число молодых.

Подготовила Инга КАТАРИНА.

По материалам ACS Biomaterials Science & Engineering, Reproduction, PNAS.

Фото Инны СЕРГЕЕВОЙ.

Бывает и такое

Проблемы миллионам людей по всему миру доставляет повышенная чувствительность зубов. Группа американских исследователей предложила оригинальный способ её снижения.

Многие люди сталкиваются с гиперестезией, испытывая боль при чистке зубов, поедании мороженого или даже просто резком перепаде температуры воздуха. Эти неприятные ощущения возникают при появлении участков зуба, недостаточно защищённых эмалью.

Существует немало способов снижения чувствительности зубов с помощью лечебных паст, реминерализации эмали или пломби-

Вкусный способ защиты

рования проблемных участков, однако все они временные. Чтобы устранить эту проблему, группа американских исследователей из Вашингтонского университета разработала способ восстановления повреждённой эмали с помощью особых леденцов.

К сожалению, организм взрослого человека не способен регенерировать зубную эмаль, поэтому учёные создали особую белковую цепочку, названную sADP5. Она захватывает ионы кальция и фосфата – основные компоненты зуб-

ного минерала – и использует их для создания новых минеральных микростроек.

Эти слои закрывают «бреши» в эмали, образуя защитный слой поверх нервов и сосудов, что приводит к снижению чувствительности зубов. Такую «затычку» нельзя назвать полноценной заменой эмали, она значительно твёрже и прочнее внутренних тканей зуба и сохраняет свои свойства при нагреве и механическом воздействии, хотя все ещё уязвима перед повышенной кислотностью полости рта.

Новый метод позволяет получить минерализованную структуру. Он поможет восстанавливать повреждённую поверхность зуба, защищая его от разрушения.

Новый пептид может быть интегрирован практически в любое средство по уходу за зубами: в доклинических испытаниях участники получали леденцы с сердцевинкой из фосфата кальция, покрытой ароматизированной белковой оболочкой, но также возможно добавление sADP5 в зубную пасту или ополаскиватель для полости рта.

Ракурс

Не рисуется только тишина

«Поле, рощи и овраги я рисую на бумаге. Не рисуется одна тишина» – слова из детского стихотворения. Да, нарисовать тишину непросто, но психологи из Университета Джона Хопкинса (США) выяснили, что, похоже, можно её услышать.

Для этого они провели несколько экспериментов, в которых использовали так называемые слуховые иллюзии. Подобно оптическому обману, акустические иллюзии тоже способны исказить наше восприятие: благодаря работе мозга человек слышит звуки, которых нет. Видов слуховых иллюзий очень много. Один из примеров – когда один длинный звуковой сигнал кажется слушателю более продолжительным, чем два последовательных звука, даже если все они на самом деле одинаковой длины.



В экспериментах с участием 1000 человек команда психологов заменила звуковые сигналы в этой слуховой иллюзии на крат-

ковременные периоды тишины. Между такими периодами участники слушали всевозможные шумы, имитирующие звуки оживлённых

улиц, рынков, ресторанов, железнодорожных вокзалов.

Но, что удивительно, результаты оказались такими же, что и в вышеописанном акустическом обмане. Испытуемые полагали, что долгий временной отрезок тишины длился дольше, чем два других, более коротких периода без звуков.

«Есть по крайней мере одна вещь, которую мы слышим и которая не является звуком, – тишина. То есть те же виды иллюзий, которые ранее считали уникальными для слуховой обработки звуков, свойственны нам и в случае с тишиной: мы действительно слышим отсутствие звука», – рассказал соавтор исследования Иэн Филлипс, профессор философии, психологии и наук о мозге.

По словам учёных, их результаты открывают новый способ изучения так называемого восприятия отсутствия звука. Команда планирует продолжать исследовать то, в какой мере люди воспринимают тишину, в том числе слышат ли они тишину, которой не предшествует звук.

Имена и судьбы

Осталось пять листов...

75 лет назад родился известный британский музыкант и автор песен Ник Дрейк

Респектабельная и обеспеченная британская семья. Высший слой среднего класса. Типичные представители «старой доброй Англии». Родни Дрейк – инженер крупной Бомбейско-Бирманской торговой корпорации. Мэри Дрейк – дочь высокопоставленного колониального чиновника. Несколько лет семья жила в экзотических имперских колониях – Бирма, Индия. Дочь родилась в индийском Лахоре, сын – в бирманском Рангуне...

Гибель империи

Эти годы совпали с завершением исторического цикла: Великобритания ещё сохраняла номинальный статус империи, но её заморские территории одна за другой обрели независимость, в том числе и Бирма, и Индия. Колониальная система рушилась, хотя британские традиции ещё сохранялись. Но уже родилось последнее поколение островитян, заставшее великую империю, над которой – было время – никогда не заходило солнце, и первое за несколько веков поколение британцев, которому не пришлось нести бремя белого человека за океаны. И теперь солнце Британской империи закатывалось...

Поколение, родившееся в 1940-е годы, не особенно увлекалось идеями империализма, воспитано Р.Киплингем. Строго говоря, уже и предвоенные годы, исполненные скептического эскапизма и иронии, предвещали Великобритании перемену. Для многих её граждан американский джаз был важнее, во всяком случае интереснее, чем вечные восточные афганских племён, все эти несомняемые киплингговские баллады: «Стал Кабул у вод Кабула...» или «Воротись, солдат британский! Воротись ты в Мандалай!».

Но кроме имперской, другой идеологии в стране не было. Образовался смысловой вакуум, который постепенно заполнили другие приоритеты. Едва ли не главным предпочтением в системе ценностей послевоенного поколения молодых британцев через полтора десятка лет стал рок-н-ролл. Музыканты лучших групп Великобритании родились именно в 1940-е, а взлетела популярность рок-музыки в 1960-е годы – окончательного распада империи (потеря всех африканских колоний, кроме Южной Родезии).

Между Британией – владычицей несметных колоний и Британией, уместившейся на небольшом острове (не считая территориально жалких заморских остатков типа Фолклендских островов), постепенно возник идеологический конфликт: отцы жили воспоминаниями об уходящей славе некогда «правившей морями Британии», дети куда больше интересовались новинками грамзаписи. Но пока ещё государство по инерции катилось на велосипеде, педали которого уже почти перестало крутить. Скорость этого аппарата снижалась, как и его устойчивость, но об этом старались не говорить вслух, делая вид, что «так и было задумано».

В 1952 г. семья Дрейков возвратилась на Альбион, поселившись в деревушке Тануорт-ин-Арден (графство Уорвикшир). До Рангуна – примерно 9 тыс. миль. До Лондона – около 94 миль. До Кембриджа – 88 миль.

...Прадед, дед и отец мальчика, родившегося в Рангуне, окончили один и тот же колледж Мальборо, графство Уилтшир. Ничего удивительного в том, что и Дрейк-младший после школы-интерната Игл Хаус в Санджерсте, графство Беркшир (1962) был отправлен в это заведение. Колледж был естественным этапом пути, которым пристало двигаться джентльмену – «по стопам...» Здесь Ник Дрейк, как и положено, увлёкся спортом, был капитаном регбийной команды. А ещё он записался в оркестр колледжа, научился играть на клар-

нете и саксофоне (на фортепиано Ник брэнчал с детства). В 1964 г. вместе с одноклассниками он организовал группу The Perfumed Gardeners («Надушенные садовники»), где пел и играл на саксофоне и пианино. Чаще всего мальчики исполняли джазовые стандарты и пьесы The Yardbirds и Manfred Mann. В 1965 г. Дрейк купил первую гитару. Его успеваемость стала падать: всё время он теперь посвящал музыке.

Далее любой респектабельный джентльмен должен был поступать в Оксфорд, Итон или Кембридж. Поэтому летом 1966 г. Ник сдал экзамены в Фицвильям Колледж в Кембридже, где намеревался заниматься английской литературой, но отложил учёбу на год. Тогда же он постиг эффект марихуаны. В начале 1967 г. Дрейк провёл во французском Экс-ан-Провансе, где попробовал ЛСД, а в марте поехал с друзьями в Марокко, потому что «там лучшая трава на свете».

К осени 1967 г. Ник уже выступал в маленьких лондонских клубах и кофейнях. В начале 1968 г. он познакомился с Дж.Бойдом, продюсером из США – заметной фигурой на британской фолк-сцене. Дрейк дал ему бобину с четырьмя песнями. Тот предложил начать работу над альбомом. Реакция Ника была сдержанной: «А, ну да, о'кей». Но приятель Дрейка вспоминал о возбуждённо-эйфоричном состоянии, в котором пребывал Ник после подписания контракта, – вдохновлённый перспективами музыкальной карьеры, он решил оставить учёбу.

Дрейк бросил Кембридж за 9 месяцев до получения диплома и осенью 1969 г. переехал в Лондон, чтобы сосредоточиться на занятиях музыкой. Отец увещевал его: «Диплом – это дополнительная страховка; если у тебя есть диплом, то тогда будет, на что опереться». Тщётно. Ник отвечал, что эта страховка ему не нужна.

Студийные сессии альбома начались в июле 1968 г. Поначалу запись шла плохо, сессии были нерегулярными – музыканту не предоставили отдельное время. Диск вышел в сентябре 1969 г., сопровождался плохой рекламой. Рецензий было мало. Журнал NME припечатал: «Альбом недостаточно разнообразен, чтобы быть развлекательным». Дрейк остался недоволен и оформлением конверта. Название альбома Five leaves left («Осталось пять листов») воспроизводила надпись на пачке папиросной бумаги, напоминающая о своевременной покупке новой упаковки. Ею пользовались курильщики марихуаны. Дрейк считал фразу замечательной, но бессмысленной. Смысл она обретёт через 5 лет: в 1974 г., именно через 5 лет, музыкант умрёт.

Душевный недуг и фиаско в творчестве

В первой половине 1970 г. он давал концерты раз в неделю. Летом он приступил к записи второго диска Bryter Layter. Раздосадованный коммерческим неуспехом дебютного альбома, Дрейк решил сделать звук более попсовым, гладким. Музыканта



снова ждал провал: было продано менее 3 тыс. пластинок. Melody Maker писал о «неуклюжей смеси фолка и коктейль-джаза». После выпуска альбома продюсер Дрейка уехал в США. Потеря куратора и плохие продажи повергли Ника в депрессию. Его оптимизм напрочь исчез: он был несчастен, живя в одиночестве, почти ни с кем не общаясь; нервничал, давая редкие концерты и даже мог уйти со сцены во время выступления.

В начале 1971 г., видя состояние Ника, родители убедили его обратиться к психиатрам. Ему были назначены антидепрессанты. Музыкант старался скрывать болезнь, стесняясь её, как физического уродства.

Зимой 1970 г. Дрейк почти совсем отгородился от мира: он редко выходил из дома – лишь для того, чтобы сыграть на случайном концерте или купить марихуану, которую курил непрерывно. Фирмы грамзаписи поставили на нём крест и не ждали от него новых работ, но в октябре 1971 г. Ник начал работу над новой пластинкой. Во время студийных сессий Дрейк пребывал в депрессии, произнес за все время лишь пару слов.

Он хотел записать только гитару и вокал – без дополнительных наложений и звуковых эффектов. Печально-унылые песни с Pink Moon очень коротки, пластинка с 11 треками длится всего 28 минут. После завершения работы, Ник доставил бобину в офис фирмы звукозаписи. Диск вышел в феврале 1972 г. и был продан в ещё меньшем количестве экземпляров, чем его предшественники, хотя и получил несколько неплохих отзывов. Разочарованный очередным фиаско, уверенный в том, что он не сможет сочинять снова, Дрейк решил оставить музыку. Он подумывал над карьерой программиста и даже над тем, чтобы записаться в армию.

После завершения работы над Pink Moon музыкант жил у родителей в Тануорт-ин-Арден: «Быть дома мне не нравится, но в других местах вообще невыносимо». Единственным источником его доходов было еженедельное содержание в 20 фунтов стерлингов, присылаемое фирмой грамзаписи. Дрейк мог пропадать целыми днями, скитаясь от одного приятеля к другому: «Он просто приходил и не говорил ни слова, садился, слушал музыку, курил, выпивал, ночевал, а через два-три дня его уже не было, он исчезал. А три месяца спустя возвращался снова». Иногда Ник брал машину матери и ездил по округе без цели и смысла, пока не кончался бензин, тогда он

звонил домой и просил забрать его. В периоды обострений болезни он совсем не следил за собой, не стриг ногти, не мылся... Весной 1972 г. его состояние снова ухудшилось, на 5 недель он был госпитализирован в психиатрическую больницу Уорвикшира. Снова антидепрессанты – в большей дозировке, с более выраженными побочными эффектами.

Так и тянулась эта депрессивная история, казалось, ей уже не будет конца. Но в феврале 1974 г. Дрейк вдруг собрался записать четвёртый альбом. Однако он стал заметно хуже играть. Продюсер говорил: «Это было действительно страшно. Он был в такой плохой форме, что не мог петь и играть на гитаре одновременно. Мы были вынуждены записать голос без гитары, а потом наложить его. И только четыре песни».

Как бы там ни было, возвращение к студийной работе подняло музыканту настроение. Он немного воспрянул духом. Мать вспоминала: «Мы были очень взволнованы мыслью, что Ник счастлив, потому что в его жизни давно уже не было никакого счастья».

Прошло лето, наступила осень... Утром 25 ноября 1974 г. Н.Дрейк умер от передозировки амитриптилина. На рассвете родители слышали, как он позавтракал. Потом поднялся в свою комнату, где включил «Бранденбургские концерты» Баха и принял таблетки, «помогающие заснуть». У Ника была бессонница, целыми ночами он играл на гитаре или слушал музыку, засыпая лишь под утро. Мать говорила: «Обычно я не беспокоила его. Но был уже полдень, и я зашла в его комнату. Он лежал поперёк кровати. Первое, что я увидела – его длинные, длинные ноги».

Коронёр вынес заключение, что смерть наступила в результате «предумышленного острого самоотравления амитриптилином». Члены семьи музыканта и его друзья оспаривают версию самоубийства. Родители вспоминали, что настроение сына за несколько недель до смерти было «очень хорошим», он хотел вернуться в Лондон, продолжить карьеру. Некоторые считали, что Ник мог перепутать снотворное с амитриптилином, превышение дозы которого опасно: препарат обладает кумулятивным эффектом. Были мнения и о том, что Дрейк умер от передозировки героина или взаимодействия марихуаны (или других наркотиков) с лекарствами.

Слава пришла после смерти

О смерти не было некрологов в музыкальных изданиях. Его лейбл грамзаписи заявил: «Мы не собираемся переиздавать альбомы Ника ни сейчас, ни в обозримом будущем». Казалось, о музыканте забыли навсегда. Но в 1979 г. была издана ретроспективная компиляция его песен Fruit Tree, и на протяжении 1980-х годов его репутация неуклонно росла. В 1986 г. в Дании вышла его первая биография. К началу 1990-х годов в английской музыкальной прессе Дрейк обрёл образ «проклятого поэта». В 1999 г. был снят документальный

фильм «Незнакомец среди нас: в поисках Ника Дрейка». В 2000 г. – телефильм «Слишком тонкая кожа: Дни Ника Дрейка». Тогда же, после того как «Фольксваген» использовал в рекламе песню Pink Moon, число дисков Ника, проданных за месяц, превысило количество всех его проданных пластинок за 30 лет, а издание Guardian поместило Bryter Layter на первое место «Альтернативного топа 100 лучших альбомов». С конца 1990-х годов песни Дрейка включались в саундтреки голливудских фильмов («Практическая магия» (1998), «Уроки вождения» (2006), «Прекрасная смоковница» (2008).

Ник Дрейк, так решительно разорвавший цепочку семейных и классовых традиций – Кембриджу и респектабельности он предпочёл гитару и марихуану, – на первый взгляд кажется обычным британским нигилистом-шестидесятником, прихиппованным рокером, коих так много появилось в эту пору в стране. Но если обратить внимание на музыкальную форму его песен, то с удивлением обнаруживаешь: Дрейк был одним из блюстителей национальных культурных традиций. Он принял эстафету народных английских (да и шотландских) музыкальных баллад, которые создавались в Британии всегда.

Рок-баллада несколько отличается от канона. Классическая баллада – лирико-эпическая история в стихах, а тексты рок-баллад могут не иметь сюжета, они меланхоличны, посвящены любви, печали и иным возвышенным чувствам. В 60-70-е годы форма рок-баллады была в Великобритании весьма популярной. Ей отдали дань многие исполнители и группы. В рейтингах «100 лучших рок-баллад» не менее 50% мест обычно отдаётся британским исполнителям. Вторая половина почти полностью принадлежит американским музыкантам, менталитет которых в основном тоже уходит корнями в англо-саксонскую традицию (за исключением кельтов – ирландцев). Музыканты-менестрели словно провожали уходящую империю, играя ей вслед свои печальные баллады. Но спустя некоторое время эта форма стала вырождаться, деградируя до уровня попсы с текстами вроде: «Как упоительны над Темзой вечера...»

Несколько рок-групп и солирующих музыкантов (например, Led Zeppelin или Стинг) время от времени ещё использовали форму рок-баллады, но это были последние из могикан – уходящая натура. На британской рок-сцене появились панк-музыканты, которым уже было наплевать на лирические излияния и музыкальные формы. Обрывалась ещё одна нить, связывающая прошлое с настоящим, традиции – с реформами.

И эра британских политиков, способных заглядывать вперёд более чем на 4 года и принимать решения, подошла к концу. Последней, видимо, была баронесса Тэтчер... К XXI веку у Великобритании осталось лишь 14 колоний за пределами Британских островов. Почти половина из них – спорные территории: Гибралтар (с Испанией), Фолкленды (с Аргентиной) и пр. Brexit актуализировал и обострил проблемы Шотландии и Северной Ирландии. Деструкция продолжается...

Игорь ЯКУШЕВ,
психиатр,
доцент
Северного государственного
медицинского университета.

Моя дочь, педиатр, всегда с воодушевлением рассказывает своим маленьким пациентам и их родителям о необходимости делать прививки. И я в свои 87 лет с ней полностью согласен, ведь в этом меня убедила сама жизнь...

Вот скажите, кто из вас в детстве не боялся прививок? Лично я не боялся, пока не знал о их существовании. А когда узнал – здорово переполошился: и слово само по себе непонятное, да ещё связано с такой страшной процедурой, как укол! Прививку мне предполагалось делать перед оформлением в школу. В школу я хотел. Я её любил – она для меня, 6-летнего пацана, была как дом родной. Ещё бы, ведь там работали учителями мои папа и мама, Василий Ефимович Давыденко и Екатерина Павловна Копина. Я бывал там каждый день, знал каждый уголок... Но я хотел прийти туда самостоятельно, уже в качестве ученика, как мечтал! Если бы не прививка, которая омрачала мои мечты... Конечно, мама меня успокаивала, объясняла, что прививки делают ребят сильными, невосприимчивыми к разным болезням, защищают от всяких проблем. Но... в душе я продолжал мечтать о школе и трястись от необходимости делать прививку.

Жизнь распорядилась иначе. Так, что даже я не помню, сделали мне эту злосчастную прививку или нет. Вместо безмятежного мирного неба над беспечной детской головой тяжёлыми серыми тучами нависла боль и тревога. Война!!! Мой папа, директор маленькой школы в деревне Скрябино Кушалинского района Калининской области, ушёл на фронт вместе с другими односельчанами. Мама осталась преподавать нам, вмиг повзрослевшим и посерьёзневшим от нагрянувшей

Сокровенное

Прививки жизни



на нас общей беды. Зато как мы учились, как мы старались: ведь это был наш школьный «фронт», это была очень важная «прививка ответственности». Попробуй не подготовь домашнее задание, попробуй не выучи урок – тебе грозит всеобщее порицание. А ещё у нас был «фронт трудовой», где каждый, в соответствии со своими силами, помогал взрослым. Зимой, обмораживая пальцы и уши, собирали валежник, обрубали сучки на поваленных деревьях. Летом, не зная устали, ворошили сено на лугах, пасли коров, ходили в ночное. У нас выработался не просто

иммунитет, а иммунитетиче к лени и бездействию – нас не надо было заставлять учиться или трудиться. А когда война наконец закончилась долгожданной победой и стали возвращаться с фронта отцы моих школьных товарищей, жизнь сделала мне ещё одну прививку, «прививку мужества и стойкости». 12 августа 1945 г. в городе Станислав (ныне Ивано-Франковск) от брошенной в окно штаба дивизии гранаты был тяжело ранен в голову, а в последствии скончался в госпитале молодой капитан, командир роты связистов, мой любимый отец. И это по дороге домой, на третьем

месяце долгожданного мира!!! Досадно и больно!

Именно поэтому после 4-го класса начальной школы я решил поступать в Калининское суворовское училище и успешно сдал все экзамены. Счастливые годы учёбы, проведённые в стенах этого замечательного заведения, не прошли даром для «иммунной системы» суворовцев. Жизнь продолжала делать свои «прививки» – «прививки дружбы и взаимопомощи». Прилежно занимались, помогали отстающим в учёбе и спорте, оберегали друг друга. Ведь практически у каждого из нас война унесла и

отцов, и дедов. А когда возникала необходимость подраться, защищая честь товарища, высказывали все как один, всем взводом, и своим сплочённым строем пугали «противника», до «махания кулаками» дело не доходило... Всем нам была сделана «прививка дипломатии», ведь вожаком и идейным вдохновителем нашего взвода был Гена Антонов, старший брат нынешнего посла России в США, Анатолия Антонова...

Хотя «помахать» (кулаками) мы могли! Любимым видом спорта калининских суворовцев были единоборства. Мне приходилось сходиться на ринге и с Евгением Джугашвили (внуком Сталина), и с Сергеем Будённым (сыном Будённого). Сергей был плотнее и выше меня, обладал отцовской напористостью и стойкостью. А мне не хотелось проигрывать знаменитому сокурснику. Поэтому получались очень жаркие и зрелищные поединки, как правило заканчивающиеся дружеским пожатием перчаток. Ещё одна прививка – «прививка силы и выносливости!» А вот «прививку прекрасного» я получил благодаря Жене Джугашвили: он подолгу упражнялся в игре на баяне, увлёк и меня. С баяном я не расстаюсь всю жизнь...

Да, моя дочь права: прививки очень нужны – они делают нас сильными и выносливыми. Прошло уже много лет, и как бы далеко друг от друга не разлетелась нас судьба, раз в году мы собираемся вместе, чтобы пообщаться и отметить день рождения любимого учебного заведения – Калининского (Тверского) суворовского училища. Пусть нам всем за 80, но мы по-прежнему крепки и духом, и телом, потому что «прививки» делала нам сама жизнь!

Евгений ДАВЫДЕНКО.

Поэтической строкой

Июль, июль – макушка лета.
Зной. Зелень. Пышность крон. Зенит.
Лишь иногда с тяжёлых веток
На землю лист сухой слетит.

Сухой, осенний, слишком ранний,
Ненужный в травном торжестве –
Неслышное напоминание
Об увядающей листве.

О том, что нынче день короче,
Что тянет холодом с низин,
Что в светлых росах стынют ночи
И до зимы – лишь шаг один.

* * *

Как провозвестник огненной геенны,
Дыханье лета иссушает травы.
Молчат деревья, в их зелёной пене
Желтеют пятна выжженной отравы.

Тяжёлым зноем землю обнимая,
Июль стоит недвижно и упорно.
Слух о дожде легендой полагаю,
В незрелых злаках усыхают зёрна.

Сам золотого солнца порожденье,
Подсолнух тщетно молит о прохладе.
К дождю взывают люди и растения,
Земля вот-вот попросит о пощаде...

Но небеса пронзительны и сини,
Ни облака на дальнем горизонте.
И неуместный, как в песках пустыни,
На шкаф заброшен твой лиловый

зонтик...

* * *

Деревья, собранные в кupy,
Ромашка, розовый кипрей...

Июль – макушка лета

И у колодезного сруба
Следы невиданных зверей.
И кот с походкою сановной
Меж гряд картофельной ботвы...
И чувство, что сама виновна,
Что не сносить мне головы
За это дачное приволье,
За роскошь праздности и зной,
За сон, в котором мне не больно
И ты со мной,
со мной,
со мной...

* * *

Море, шумящее так давно, –
Древнее снегов и гор.
В лозах опальных спит вино,
Тёплое, как твой взор.
Вся переливчатость серебра,
Все грани голубизны...
Ты говорил ещё вчера,
Что здесь сбываются сны.
Серый, в прозелень, диабаз
Старше дворцовых стен...
А снилось, будто меня ты спас.
А может быть, взял в плен.

* * *

Цикад оркестр неумолимый,
До ярких звёзд рукой подать.
Земная твердь неразличима.
Невидима морская гладь.
Роняя бисеринки эха,

В камнях, где прячется скамья,
Качнулся колокольчик смеха,
Плеснула музыки струя.
Медовый воздух и смолистый,
Тьма бархатиста и густа...
И помысли светлы и чисты,
И полнит душу красота.

* * *

Когда ты уйдёшь –
Я-то знаю, ты скоро уйдёшь.
Не так, как обычно,
Не на день и не на неделю...
Окажется после,
Что многого мы не успели,
А то, что успели,
Ты вряд ли с собою возьмёшь.
Когда ты уйдёшь –
Ты-то знаешь, что точно уйдёшь –
Я слова не молвлю,
Лишь двери, захлопнувшись, ахнут,
И осенью близкой
В горячем июле запахнет,
И станет над домом
Луны позолоченной грош.
Когда мы уйдём –
Мы когда-нибудь оба уйдём –
И землю оставим
Живым, молодым и влюблённым,
Наступит однажды
Такой же июль раскалённый,
И выросший мальчик
В нём будет любовью крещён.
Как мы, он войдёт –

Так же будет нельзя не войти –
В прозрачную глубь
Очищающей жгучей купели...
И будет счастливой
Во всём, чего мы не успели,
Чего не сумели
На нашем коротком пути.

* * *

А вышло – так июльский Крым богат
Сокровищами ласкового взморья,
Что тяготы усталости и горя
Здесь незначительней и легче во сто крат.
Среди неторопливой синевы
Так благодатно было очутиться
Мне, слабой северянке бледнолицей,
Привыкшей к деловитости Москвы.
И праздный рай меня ошеломлял
Неслышанною щедростью растений,
И, проходя, знакомый добрый гений
Классическую голову склонял.
О, если бы... Но праздник истекал.
И так во всём природа потакала
Уставшим от бетона и металла,
Как нам ещё никто не потакал.
И всё же – если бы...
Но на исходе дня
Желанно промедление и жалко.
Бесценным яхонтом
блеснёт простая галька
Когда-нибудь в ладони у меня...

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

Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов.

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

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

Главный редактор А.ПАПЫРИН.

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

Дежурный член редколлегии – В.ЕВЛАНОВА.

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

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

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

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

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

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

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская

газетная типография».

Адрес: 123022, Москва,

ул. 1905 года, д. 7, стр. 1

Заказ № 1826

Тираж 14 009 экз.

Распространяется

по подписке

в Российской Федерации

и зарубежных странах.



Корреспондентская сеть «МГ»: Брянск (4832) 646673; Новосибирск 89856322525; Омск (906) 9928139; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89383585309; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).
Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-65711 от 13.05.2016 г. Учредитель: ООО «Медицинская газета».