

Медицинская

16 августа 2023 г.
среда
№ 32 (8101)

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

Опыт рентгенэндоваскулярной хирургии Пироговского центра перенимается регионами.

Стр. 6

Биотехнологический подход к патофизиологии имеет огромный потенциал.

Стр. 7

Новые рубежи флага здравоохранения на земле Олонхо.

Стр. 11

События

Город здоровья

На III Международном конгрессе Urban Health оценили развитие столичной системы здравоохранения



В работе конгресса, прошедшего в рамках Московского урбанистического форума в Гостином Дворе, приняли участие более 150 российских и зарубежных экспертов – представителей органов власти и профессионального сообщества, учёных, лидеров мнений. В течение 2 дней состоялись 22 панельные дискуссии по тематическим направлениям: «Инфраструктура и строительство», «Здоровье и ЗОЖ», «Экология», «Активное долголетие», а также научно-популярные лекции, иммерсивные и ток-шоу. Мероприятия деловой программы и экспозиции выставки посетили более 10 тыс. человек.

На экспозиции интерактивного выставочного пространства можно было ознакомиться с трендами заботы о здоровье, современными технологиями реабилитации и протезирования, в частности, увидеть в действии многофункциональные бионические протезы рук, заглянуть в Музей вредных привычек, арт-объекты которого наглядно показывают, как стресс и вредные привычки влияют на здоровье.

А также почувствовать себя пожилым человеком с помощью симулятора старости и даже услышать музыку своего сердца – прикоснувшись к специальному инструменту, который слышит ритм сердца человека и создаёт из него свою уникальную мелодию.

Центральным событием конгресса стало пленарное заседание, на котором выступили заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Анастасия Ракова, руководитель Роспотребнадзора Анна Попова, первый заместитель руководителя ФМБА Татьяна Яковлева, представитель ВОЗ в России Мелита Вуйнович и многие другие. Участники обсудили изменения в столичной системе здравоохранения и её инфраструктуре и влияние этих изменений на качество жизни и здоровье горожан.

Легко ли быть здоровым?

По мнению М.Вуйнович, ответственность за своё здоровье несёт сам человек, но «здоровый образ жизни должен быть лёгким образом жизни». А это уже задача государства и системы здравоохранения. И Москва с этой задачей справляется.

(Окончание на стр. 12.)

ОМС: реальность и перспективы

Новые представители в округах

Обновлён состав и Положение о представителях Федерального фонда обязательного медицинского страхования в федеральных округах.

Соответствующий приказ № 1511 от 01.08.2023 подписан председателем Федерального фонда обязательного медицинского страхования Ильёй Баланиним.

Как гласит нормативный документ, представитель является постоянно действующим координационным органом, образованным в соответствии с подпунктом 20 пункта 8 Устава ФОМС, утверждённого постановлением Правительства Российской Федерации № 857 от 29.07.1998, одним из директоров территориальных фондов ОМС субъектов Российской Федерации, кандидатура которого поддержана большинством голосов от общего количества директоров территориальных фондов ОМС в соответствующем федеральном округе.

Задачами же его являются: содействие деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования соответствующего федерального округа по реализации мероприятий в сфере обязательного медицинского страхования, Национального проекта «Здравоохранение»

и социальных программ в сфере здравоохранения; организационное, методическое и консультационное обеспечение деятельности ТФОМС в соответствующем федеральном округе. Руководство деятельностью представителя осуществляет председатель фонда ОМС.

В Центральном федеральном округе представителем фонда ОМС назначен директор территориального ФОМС Тульской области Юрий Тулянкин, в Северо-Западном федеральном округе – директор ТФОМС Калининградской области Татьяна Дёмина, в Северо-Кавказском федеральном округе – директор территориального ФОМС Чеченской Республики Денилбек Абдулазизов, в Приволжском федеральном округе – директор ТФОМС Пензенской области Елена Аксенова, в Южном федеральном округе – директор ТФОМС Краснодарского края Надежда Губриева, в Уральском федеральном округе – директор ТФОМС Ханты-Мансийского автономного округа Александр Фучежи, в Сибирском федеральном округе – директор ТФОМС Алтайского края Марина Богатырева, в Дальневосточном федеральном округе – директор ТФОМС Республики Саха (Якутия) Александр Горохов.

Соб. инф.

АВТОРИТЕТНОЕ МНЕНИЕ

Бадма БАШАНКАЕВ

Председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья:

Мы будем заниматься законодательством и голосовать, руководствуясь здравым смыслом, поскольку законы принимаются для того, чтобы они исполнялись, а не просто «чтобы было».

Стр. 4-5



Новости

Корь на московском рынке

Три случая кори обнаружено у сотрудников рынка «Садовод» в Москве, почти 700 человек получили прививки, сообщили в Роспотребнадзоре.

«Продолжается иммунизация населения по эпидпоказаниям. Так, в связи с выявлением 3 случаев кори у сотрудников ООО «Оптово-розничный рынок «Садовод» специалистами территориального отдела управления Роспотребнадзора по Москве в Юго-Восточном административном округе была организована вакцинация против кори работников рынка», – говорится в сообщении.

Отмечается, что в рамках профилактических мероприятий прививки получили 680 работников рынка, не болевших ранее и не имеющих законченного курса вакцинации против кори. В Москве продолжается кампания по «подчищающей» иммунизации против кори. В настоящее время привиты более 564 тыс. человек.

Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.

«Эрис» может осложнить
эпидситуацию

Новый вариант коронавируса «Эрис», который отличается высокой контагиозностью и способностью обходить выработавшийся иммунитет, пока не получил широкого распространения в России, но может осложнить эпидемиологическую ситуацию по COVID-19 в стране, сообщили в Роспотребнадзоре.

«В РФ первые единичные случаи инфицирования вариантом EG.5 выявлены в апреле 2023 г. Всего 17, или 0,24% от всех случаев инфицирования в период с апреля по август 2023 г. В настоящее время в России вариант EG.5 («Эрис») пока не получил широкого распространения, однако риски осложнения эпидемиологической ситуации по COVID-19, связанные с его распространением, существуют», – сообщили в пресс-службе ведомства.

Случаи заболевания новым вариантом зарегистрированы в Москве, Московской области, Санкт-Петербурге, Магаданской и Иркутской областях, Краснодарском крае, республиках Бурятия и Хакасия.

Всемирная организация здравоохранения добавила подвариант EG.5 («Эрис») в перечень вариантов, вызывающих интерес и находящихся под наблюдением. По данным ВОЗ, частота выявления EG.5 в мире выросла с 6,2 до 11,6%. Он характеризуется более высокой степенью распространения по сравнению с преобладающими вариантами-предшественниками ХВВ (такими как ХВВ. 1.5 «Кракен», ХВВ. 1.16 «Арктур»). Также он характеризуется способностью ускользать от иммунитета, однако «на сегодняшний день не было отмечено изменений, связанных с тяжестью заболевания».

Распространение EG.5 наблюдается в Китае, США, Великобритании, а также в отдельных странах Европы и Азии. Пока EG.5 выявлен в 51 стране.

Игорь СОКОЛОВ.

Образовательный кластер
на базе медколледжа

Омский областной медицинский колледж получит федеральную поддержку в объёме 60,5 млн руб. на создание на его базе образовательного кластера «ОмскМедСПО». Это – результат победы в конкурсе федеральной программы «Профессионалитет».

Кластер «ОмскМедСПО» объединит 19 сторон – три образовательных организации и 14 учреждений здравоохранения. На днях в медколледже состоялось торжественное подписание партнёрского соглашения. Эта процедура – важный этап на пути к созданию образовательного кластера в отрасли клинической и профилактической медицины.

Свои подписи под соглашением поставили представители профильных министерств, а также бюджетных учреждений здравоохранения области. Сферу образования представляли ОмГМУ Минздрава России, Омское мединституте железнодорожного транспорта и Омский областной медицинский колледж.

Медколледж – ядро, на базе которого и будет сформирован кластер. В рамках реализации Федеральной программы «Профессионалитет» здесь появятся 6 новых образовательно-производственных зон. Например, современный фельдшерско-акушерский пункт, технологически оборудованный по последнему слову техники; реалистичный родильный зал с возможностью, в том числе нарабатывать навыки оказания реанимационной помощи недоношенным новорождённым; тренажёры для реабилитации пациентов после инфарктов, инсультов, травм и операций; лаборатория для будущих зубных техников для обучения в сфере цифровой стоматологии.

На торжественной церемонии подписания соглашения выступил директор областного медколледжа Игорь Боровский. Он отметил, что создание кластера в корне изменит образовательную систему СПО в сфере медицины. Обучение студентов при помощи новейших технологий позволит готовить специалистов под конкретные потребности учреждений здравоохранения региона. Обучение будущих медицинских сестёр, акушерок, зубных техников, фельдшеров будет проходить с обязательным условием наработки практических навыков, необходимых омскому здравоохранению в данный момент.

В свою очередь участники кластера выразили благодарность руководству медколледжа за достойное представление региона в рамках федеральной программы. Образовательный кластер «ОмскМедСПО» составил достойную конкуренцию во всероссийском конкурсе и одним из немногих вышел абсолютным победителем. Остаётся добавить, что реализация проекта «Профессионалитет» на базе Омского медицинского колледжа намечена на 2024 г. К 1 сентября следующего года учебное заведение будет оснащено современным оборудованием согласно проекту кластера.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.

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

Акции

Идеальное питание

Грудное вскармливание – не выбор женщины, а право каждого ребёнка

Неделя грудного вскармливания – ежегодная всемирная акция, которая проводится более чем в 120 странах с 1 по 7 августа. Это мероприятие было учреждено в честь Инночентинской декларации о защите, поощрении и поддержке грудного вскармливания, подписанной 1 августа 1990 г.

Современная женщина сталкивается со множеством проблем на пути к кормлению грудью. Одна из главных – затруднение возможностей профессиональной реализации в период грудного вскармливания из-за отсутствия условий для него на рабочем месте. Многие встречаются с непониманием важности этого процесса со стороны работодателя. Другая проблема – отсутствие единого



Л.Ильенко



Слушательницы лекции в «Коммунарке»

и чёткого понимания того, как именно выстроить кормление: указания и объяснения, которые дают матерям медицинские работники, разнятся между собой.

В Российском национальном исследовательском медицинском университете им. Н.И.Пирогова состоялись мероприятия, посвящённые обсуждению и решению этих трудностей. Неделя грудного вскармливания в вузе открыла декан педиатрического факультета, доктор медицинских наук, профессор Лидия Ильенко.

Мероприятие «Грудное вскармливание в развивающемся мире. Кормящая мать и работающая женщина» прошло в перинатальном центре Московского многопрофильного клинического центра «Коммунарка», который является клинической базой университета. В рамках лекции беременным и недавно родившим женщинам рассказали о праве работающей матери продолжать кормить своего ребёнка за счёт сокращённого рабочего дня и возможности делать более частые и продолжительные перерывы по сравнению с другими сотрудниками. Основная мысль, которую транслировали слушательницам, заключается в том, что трудовая деятельность



Концерт в родильном доме № 4

матери не должна препятствовать кормлению грудью.

Перед пациентками ММКЦ «Коммунарка» также выступили неонатологи, консультанты по грудному вскармливанию Елена Чурсина и Людмила Миронова, клинический психолог Инна Емельянчик и заведующая отделением новорождённых акушерско-физиологического отделения неонатолог Мария Ромашина.

Российский национальный исследовательский медицинский университет и, в частности, педиатрический факультет, – драйвер многих социальных программ, потому что воспитать врача без того, чтобы он влиял на семью, родителей, окружающих людей, невозможно.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Преодоление

Винтокрылая неотложка

Как известно, вертолёты санитарной авиации помогают быстро, насколько это возможно, транспортировать пациентов.

С одним из таких случаев столкнулись врачи Железноводской городской больницы, когда в экстренном порядке туда доставили трёхлетнюю малышку, которая

подавилась во время приёма пищи. Инородное тело оказалось в дыхательных путях. Ситуация требовала оперативных действий. Поэтому специалисты больницы решили перевезти девочку в краевую столицу.

Анестезиологи-реаниматологи стационара Железноводской горбольницы до прибытия санавиации

оказали необходимую медицинскую помощь – контролировали дыхательную функцию пациента. На вертолёте малышку перевезли в краевую клиническую детскую больницу Ставрополя, где врачи извлекли из трахеи инородное тело. Сейчас маленькая пациентка идёт на поправку.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Сотрудничество

Пандемия укрепила партнёрство стран БРИКС

Заместитель министра здравоохранения РФ Сергей Глаголев принял участие в очной 13-й встрече министров здравоохранения стран БРИКС в Дурбане (ЮАР). Состоялся обмен опытом в области борьбы с распространением инфекционных заболеваний, профилактики и лечения неинфекционных заболеваний, развития медицинской науки и фармацевтики.

Во время пандемии страны БРИКС столкнулись с вызовами, которые только укрепили их партнёрство. В рамках встречи министры обсудили, как повысить готовность реагирования на чрезвычайные ситуации в сфере здравоохранения. Для этого по инициативе нашей страны в БРИКС разрабатывается Комплексная система раннего предупреждения рисков возникновения массовых инфекционных заболеваний. Она будет направлена на профилактику, раннее обнаружение инфекционных угроз и реагирование на возникшую угрозу. Это позволит создать независимую, оперативно работающую систему для стран БРИКС. Зарубежные коллеги уже согласились продолжить работу по данному направлению под руководством российских экспертов.

– Пандемия COVID-19 показала нам, что любой вызов таит в себе не только опасности, но и колоссальные возможности. И страны БРИКС смогли воспользоваться этим шансом и использовать его для развития национальных систем здравоохранения, – подчеркнул С.Глаголев.

Он отметил, что в России большое внимание уделяется лечению и профилактике неинфекционных заболеваний, и она готова делиться этим опытом с партнёрами. Так, например, наша страна – один из мировых лидеров по производству инновационных радиофармацевтических лекарственных препаратов для лечения онкологических и неонкологических заболеваний. Россия стала инициатором взаимодействия в этой сфере в рамках партнёрства БРИКС, предложив также сотрудничество в области ядерной медицины.

– Развитие на пространстве БРИКС направления, позволяющего успешно оказывать медицинскую помощь пациентам, для которых исчерпаны другие методы лечения, позволит улучшить оказание медицинской помощи больным с онкологическими и неонкологическими заболеваниями, при этом минимизируя побочные эффекты для терапии, – сказал заместитель министра здравоохранения РФ.

Он заверил коллег в готовности РФ делиться передовыми практиками ядерной медицины для обмена опытом.

Не менее востребованным остаётся сотрудничество и в области профилактики и лечения туберкулёза. Участники встречи министров БРИКС подтвердили намерение достичь цели ВОЗ в элиминации этого заболевания к 2030 г. С.Глаголев рассказал зарубежным коллегам об успешном отечественном опыте в области борьбы с туберкулёзом. Так, с 2000 г. в нашей стране удалось снизить заболеваемость почти в 3 раза, а смертность – в 5 раз. Министры здравоохранения стран БРИКС подтвердили важность продолжения работы Исследовательской сети стран БРИКС по туберкулёзу, инициатором создания которой в 2017 г. стала наша страна.

В своём выступлении С.Глаголев обозначил ряд новых инициатив РФ, которые впоследствии были закреплены в итоговой декларации встречи министров. Принимая во внимание российское председательство в БРИКС в 2024 г., следующая встреча министров здравоохранения будет проведена в нашей стране.

Павел БАЛАГИН.

Инициатива

Народный фронт – военным медикам

Общероссийский народный фронт (ОНФ) при поддержке сопредседателя Центрального штаба президентского движения Леонида Рошалья, известных врачей и телеведущих Александра Мясникова и Андрея Продоуса, главы Комитета Государственной Думы по охране здоровья Бадмы Башанкаева, а также заместителя председателя Госдумы Петра Толстого открыли в рамках проекта «Всё для Победы!» новый сбор «Военным медикам».

«К нам обратились медики с передовой с просьбой оказать помощь в приобретении аппаратуры для лечения раненых и их эвакуации. Конечно, многое делается сегодня для того, чтобы условия оказания помощи были хорошими, но проблема остаётся, и мы не можем остаться в стороне. Сейчас медицинским сотрудникам, военным врачам нужна помощь, и мы обязаны это сделать. Я сделаю пожертвование вместе со всеми для того, чтобы мы могли закупить всё необходимое», – сказал Л.Рошаль.

Он отметил, что в условиях специальной военной операции единства страны должно быть на очень высоком уровне и предложил гражданам России поддержать ОНФ в сборе средств.

«Я буквально вчера вернулся из Донецка, поэтому могу сказать не понаслышке, что сейчас необходимы портативные рентгеновские

аппараты. Все функции большого рентген-кабинета вмещает в себя маленький портативный аппарат, который легко переносится, и мы можем диагностировать ту или иную проблему, понять, это осколочное ранение или гематома, непосредственно на первой линии. Благодаря таким аппаратам мы можем сразу получить первичный диагноз, при необходимости извлечь осколок на месте», – сказал хирург-ортопед Борис Сычеников.

Врачам необходимы медицинские оборудование и тактические рюкзаки, которые позволяют проводить диагностику и лечение прямо на передовой. В перечень оборудования, которое отправится на передовую, входят передвижные рентгеновские комплексы, стоматологические установки, портативные аппараты УЗИ, переносные дефибрилляторы и многое другое.

Ежедневно медики спасают жизни бойцов в зоне СВО. Причём работать им приходится не только в госпиталях, но и прямо на поле боя, укрываясь от обстрелов противника. В таких условиях снаряжение военного врача и санитара должно быть функциональным, по возможности компактным и лёгким. С этими требованиями справляются специальные рюкзаки, которые военные медики уже прозвали «переносными операционными». Именно такие рюкзаки, закупленные на средства неравнодушных россиян, ОНФ отправляет в зону спецоперации с первых дней её проведения.

Юрий ДАНИЛОВ.

Ориентиры

Единая система оплаты труда – не за горами

С 2025 г. в России планируют ввести новую отраслевую систему оплаты труда медицинских работников. Об этом сообщил министр здравоохранения России Михаил Мурашко.

«С 2025 г. планируется переход на единую систему оплаты труда... Сегодня отработка подходов к формированию новой системы оплаты труда, идёт в пилотных режимах, в том числе изучаем опыт субъектов», – сказал министр.

Пилотный проект по внедрению новой системы оплаты труда медработников в 7 регионах планировалось начать в ноябре 2021 г. Основной целью реформы заявлялось сокращение значимого разрыва в заработной плате между субъектами и введение единой отраслевой системы оплаты труда, чтобы зарплаты медиков в разных регионах не сильно отличались. Предполагается, что тогда медики будут меньше мигрировать из дотационных регионов и проблема

кадрового дефицита в них станет менее острой. Однако готовившее методическое обоснование проекта ведомства дважды переносили, а потом отложили внедрение новой системы оплаты труда.

С этого года отдельные категории врачей, среднего и младшего медицинского персонала получают дополнительные выплаты в диапазоне от 4 тыс. до 18,5 тыс. руб.

Игорь НАУМОВ.

Перемены

Назначение лекарств не по инструкции

Перечень заболеваний и состояний, при которых можно применять лекарства не по инструкции (офф-лейбл), дополнили новыми позициями. Соответствующее распоряжение Правительства РФ № 2064-р от 01.08.2023 вступило в силу 1 августа.

К болезням мочеполовой системы добавили: нарушения менопаузы и другие нарушения в околеменопаузном периоде; привычный выкидыш; женское бесплодие; ос-

ложнения при искусственном оплодотворении; другие нарушения мочеполовой системы. В список вошли все заболевания и состояния по группе «Беременность, роды и послеродовой период». Ранее в нём была только часть из них.

Лекарства офф-лейбл включают в стандарты медпомощи детям и клинические рекомендации. Такие препараты должны отвечать требованиям, которые определит правительство.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

Игеи

Страховые медицинские организации рассматривают введение так называемых зон риска при проведении контрольно-экспертных мероприятий в медучреждениях, работающих в системе ОМС. Инициатива страховщиков была обсуждена в Федеральном фонде ОМС в рамках подготовки предложений по совершенствованию экспертной деятельности по рекомендации Счётной палаты РФ. Во Всероссийском союзе страховщиков рассчитывают, что новые подходы повысят качество оказания медицинской помощи и снизят частоту системных нарушений в здравоохранении.

С тем, что отрасль должна избирательно подходить к экспертизе случаев оказанной медицинской помощи, согласны все участники системы ОМС. Счётная палата РФ обратилась в Минздрав с требованием установить критерии и порядок их применения при отборе случаев для проведения экспертизы качества медицинской помощи и медико-экономической экспертизы с учётом рискориентированного подхода.

Страховщики предлагают новые подходы к проверкам

Принципы распределения экспертизы по зонам риска и классификация видов контроля, исходя из наиболее важных для отрасли приоритетов, были предложены страховщиками, как непосредственными исполнителями контрольных функций.

«До сегодняшнего дня СМО проверяли медицинские организации на основе нормативов объёмов экспертиз и установленного на год плана проверок, – говорит вице-президент Всероссийского союза страховщиков Дмитрий Кузнецов. – Теперь же в системе контроля ОМС на первое место выходят значимые и чётко сформулированные приоритеты отрасли».

По данным Всероссийского союза страховщиков, в 2022 г. СМО провели свыше 30 млн экспертиз, из них нарушения выявлены в 4 млн случаях. В 2021 г. количество проведённых экспертиз составило

почти 29 млн, по итогам которых было выявлено порядка 4,5 млн нарушений. В основном они связаны с нарушением условий оказания медицинской помощи, включая несоблюдение сроков её ожидания, а также порядков оказания медпомощи, стандартов и клинических рекомендаций.

Страховщики поясняют, что существующий «Порядок проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медпомощи по ОМС застрахованным лицам, а также её финансового обеспечения», который вступил в силу в 2021 г., ввёл лишь отдельные элементы рискориентированного подхода – в фокусе внимания СМО при проведении экспертиз, как правило, случаи острых сосудистых заболеваний, онкология и диспансерное наблюдение. К тому же документ усилил экономическую со-

ставляющую в системе контроля – по сравнению с 2020 г. количество МЭЭ в 2021 г. увеличилось на 15%, с 10 до 12 млн экспертиз. Двукратно выросло число оснований для внеплановых экспертиз (с 13 до 26 видов контроля). При этом, безусловно, увеличилась и нагрузка на медорганизации – объёмы экспертиз случаев оказания медицинской помощи в 2021 г. выросли на 14% по сравнению с 2020 г.

В новой редакции порядка контроля перечень медицинских приоритетов предлагается расширить. В него дополнительно планируется включить: искусственное оплодотворение, оказание медпомощи при эндокринологических заболеваниях, включая сахарный диабет и болезни щитовидной железы, медпомощь при болезнях органов дыхания, пищеварения, при заболеваниях, влияющих на репродуктивную функ-

цию, при отдельных состояниях, возникающих в перинатальном периоде. Применять рискориентированный подход планируется и при проведении экспертных мероприятий по случаям хронического вирусного гепатита С и его лечения. Перечень экономических приоритетов (при проведении МЭЭ) насчитывает 13 позиций.

По словам Д.Кузнецова, когда экспертиза будет опираться на «сущностные показатели», выделяя приоритеты отрасли, можно будет наблюдать за качественными изменениями и предупреждать большое количество дефектов при оказании медпомощи застрахованным пациентам. Во Всероссийском союзе страховщиков уверены, что рискориентированный подход к проведению экспертиз и принципы введения рисков зон обеспечит поиск системных нарушений в отрасли для их предотвращения в дальнейшем, а также – что немаловажно – поможет существенно снизить нагрузку на медорганизации, что в итоге создаст устойчивую тенденцию повышения эффективности экспертных мероприятий.

Владимир ЧЕРНОВ.

На нынешний состав Комитета Госдумы РФ по охране здоровья выпала нагрузка не меньшая, чем на предыдущий. Если предшественникам пришлось в авральном режиме актуализировать законодательство в сфере охраны здоровья в связи с начавшейся пандемией коронавирусной инфекции, то новому составу депутатского корпуса довелось и застать «хвост» пандемии, и погрузиться в тематику СВО и санкций, которые также потребовали быстрого принятия целого ряда законодательных решений.

Остался ли ещё у парламентариев ресурс для дальнейшей не менее продуктивной работы? Изменятся ли стиль работы и основные векторы законодательской деятельности со сменой руководителя комитета? Объективные оценки прошлого опыта, текущей ситуации и планы на будущее – в интервью председателя Комитета Госдумы по охране здоровья Бадмы Башанкаева.

Лучше меньше, да лучше

– Бадма Николаевич, комитет за время весенней сессии-2023 принял 15 законов. Это много или мало? Можно ли поднапрячься и принять больше?

– Теоретически можно, только зачем? В законодательстве главное не количество, а качество, и как раз в этом отношении нам предстоит поднапрячься.

Что я имею в виду? Прежде всего, хотелось бы видеть больше законопроектов, которые инициированы депутатами. В первом полугодии мы в основном принимали проекты, предложенные Правительством России, в том числе Минздравом. Теперь же хотим сосредоточиться на разработке законов от комитета. Один из них – изменения в статью 67 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», которая регулирует процедуру патолого-анатомических вскрытий. Ведём эту тему вместе с коллегами – Веронику Власовую и академиком РАН Александром Румянцевым. Предлагаем узаконить возможность передавать неосторожные для захоронения тела умерших людей в «анатомички» медицинских вузов. Уже много лет, после одного громкого скандала, связанного с торговлей кадаверами, и запретом передать тела медицинским вузам, там нет ни трупного материала, ни формалиновых ванн. Одним словом, нет необходимого биоматериала для обучения студентов. Это беда. Студентам нечего препарировать, они изучают топографическую анатомию исключительно в теории или в лучшем случае на интерактивном анатомическом столе «Пирогов», оснащённом 3D-атласом. Сам по себе такой электронный учебник хорош, но подобное обучение нельзя назвать полноценным для подготовки будущих врачей, особенно хирургов и акушеров-гинекологов.

Хороший портфель законопроектов у депутата А.Румянцева. Есть предложения, касающиеся организации оказания онкогематологической помощи, а также проведения сопроводительной терапии в онкологии. Кроме того, рассматриваем возможность законодательно повысить доступность терапии при орфанных заболеваниях у взрослых пациентов. Система лекарственного обеспечения «орфанных» больных в возрасте от нуля до 18 лет через благотворительный фонд хорошо продумана и эффективно работает. А что делать дальше, когда человек перешагивает этот возрастной рубеж? Региональные бюджеты не могут взять на себя такую обязанность, поскольку речь идёт о супердорогостоящих препаратах.

Авторитетное мнение

Бадма БАШАНКАЕВ:

Голосовать надо только за то, в чём уверен

Эффективность законодательства измеряется не количеством, а качеством

– Вы надеетесь на то, что финансово-экономический блок Правительства легко и сразу согласится с вашими предложениями?

– Надеемся на то, что не легко и не сразу, но согласится. Если не по всем орфанным заболеваниям у взрослых пациентов, то хотя бы по некоторым нужно передать расходы федеральному бюджету, освободив от них регионы. Рассчитываем на авторитет академика А.Румянцева, до сих пор ему удавалось пробивать стены сопротивления.

Очень важный законопроект, над которым комитет уже всю работу – организация работы передвижных аптек в отдалённых населённых пунктах с малой численностью населения, где нет аптек и открывать их там нерентабельно. До этого были попытки организовать продажу лекарств на ФАПов, в отделениях Почты России. Однако по факту более 60% ФАПов продажей лекарств не занимаются, поэтому так важно решить проблему с доступом к препаратам.

– Зачем это узаконивать на федеральном уровне, если каждый регион в состоянии сам организовать работу передвижных аптечных лавок?

– Затем, что аптека любой формы должна быть лицензирована, а для этого нужно законодательно чётко прописать правила организации и работы мобильных аптечных пунктов. Причём такая форма деятельности должна быть разрешена как для государственных, так и частных аптечных сетей.

Немаловажно предусмотреть в законе размеры предельных торговых надбавок, чтобы старики – а в удалённых селах живут в основном они – не платили втридорога, поскольку транспортные расходы передвижных аптек наверняка будут включаться в стоимость лекарств.

Рождение в муках

– Когда вы об этом рассказываете, складывается впечатление, что всё легко решается, стоит только придумать продуктивную идею. А как на самом деле происходит рождение закона?

– В муках. И это не преувеличение. Надо признаться, что во время весенней сессии было три очень непростых законопроекта, которые всех нас серьёзно вымотали. Самый сложный из них – закон о смене пола. Надо было соблюсти ожидания общества, заинтересованного в сохранении традиционных ценностей и недопущении ЛГБТ-вакханалии, и в то же время учесть права детей с врождёнными аномалиями, у которых реальная, а не надуманная гендерная дисфория и есть медицинские показания к хирургическим вмешательствам по смене пола и проведению гормональной терапии.



Если бы не приняли этот закон, то очень скоро – год-два максимум – и мы увидели бы в нашей стране то же, что происходит сегодня в США и ряде других стран, где смена пола либерализована до крайности, называть такое общество ментально здоровым уже не поворачивается язык. Тем не менее некоторые эксперты из числа пластических хирургов и психиатров считают, что мы не правы, установив запрет. Посмотрим, время покажет. Однако, по моим ощущениям, мы сделали хорошее дело.

– Я слышала возражения одного пластического хирурга, активно практиковавшего такие оперативные вмешательства на коммерческой основе. Он не смог привести статистику распространённости гендерной дисфории, говорил просто «их много» и пугал большим количеством ожидаемых самоубийств в среде трансгендеров.

– Скажу больше: готовясь к принятию данного законопроекта, мы так и не смогли получить статистику выполненных операций по смене пола в России. Единственная достоверная информация о смене пола есть только в системе ЗАГС, где происходит оформление новых паспортов. Только за прошлый год без малого 3 тыс. человек – не дети, а исключительно взрослые люди – пришли в отделы ЗАГС со справками стоимостью 300 тыс. руб., выданными в коммерческих клиниках, чтобы оформить документы на новое имя.

Почему вдруг прозрение, что они живут не в своём теле, случилось со всеми этими людьми одновременно и именно теперь? Причём из этих 3 тыс., по нашим сведениям, на гормональную терапию или хирургическую коррекцию пошли не больше сотни. Для чего остальных нужны были справки и смена паспортного пола? Вопрос, который так и остался без ответа, никто из экспертов не смог пояснить природу данного явления.

Одним словом, у трансгендерности в нашей стране есть апологеты и адвокаты, в том числе из числа врачей. При этом никто, включая Минздрав, не знает показателя истинной заболеваемости гендерной дисфорией в РФ.

Так вот, для тех, кто родился с такой проблемой, мы оставили окно: до 18 лет человек может поменять пол и в анатомическом смысле, и в документах, но коммерческий сектор медицины в этом участвовать теперь не будет.

– Есть законодательные решения тактические, когда требуется экстренно актуализировать нормативно-правовую базу в связи с изменившимися эпидемическими, внешнеполитическими или экономическими условиями. А есть стратегические, нацеленные на решение хронических проблем отрасли. Из категории стратегически значимых какие принятые законы вы считаете самыми важными?

– Под самый занавес весенней сессии Госдума приняла поправку к закону «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», согласно которой лица, обучающиеся в ординатуре по специальностям клинической медицины, могут быть допущены к врачебной деятельности на должности врача-стажёра. Закон вступит в силу с 1 апреля 2024 г.

Это очень важное нововведение: ординатор после первого года обучения сможет под руководством наставника заниматься клинической практикой и получать зарплату, как врач. Последнее принципиально, ведь не секрет, что многие ординаторы вынуждены искать подработку, потому что прожить на стипендию невозможно. Ещё более принципиально в данном случае то, что дефицит медицинских работников в РФ в 2022 г. составил 84,7 тыс. человек, из которых 26,5 тыс. приходится на врачей. В то же время в ординатуре обучается 41 тыс. молодых специалистов, которых можно и нужно привлечь для работы с пациентами.

К числу стратегически значимых, по моей оценке, относится закон о производственных аптеках. Он направлен на то, чтобы обеспечивать пациентов, особенно детей младшего возраста, лекарственными препаратами в необходимых малых дозировках. Закон с трудной судьбой: его внесли на рассмотрение Госдумы в сентябре 2019 г., а приняли только в ноябре 2022 г. И так же, как в муках принимался, теперь этот нормативный акт очень тяжело реализуется.

Пресловутые детские «болтушки» для смазывания раздражённых участков кожи у маленьких детей или порошки вместо таблеток для младенцев – в готовом виде это давным-давно не продаётся, заводам выпускать такую копеечную продукцию невыгодно. Закон предоставил аптекам, имеющим лицензию на фармацевтическую деятельность, право изготавливать как из фармацевтических субстанций, так и из готовых лекарств препараты в нужной дозировке для конкретного покупателя. Отличная идея, разве нет? Но государственные производственные аптеки говорят, что не могут её реализовать в условиях той ведомственной регуляторики, которая на них распространяется, а на коммерческие аптеки нет. Принимали закон в интересах населения, но, видимо, регулятор в большей степени ориентирован на интересы фармбизнеса: нам говорят, что любое фармпроизводство, даже такое малое, как в производственной аптеке, должно быть организовано по правилам GMP.

Замещение по форме или по сути?

– Кстати, о фармбизнесе. На недавней пресс-конференции вы весьма эмоционально высказали озабоченность тем, что в один прекрасный момент Российская Федерация может столкнуться с тотальным дефицитом лекарств. Придётся нам, образно говоря, возвращаться к народной медицине и заваривать кору дуба. Уверена, что ваша тревога не преувеличена, вы владеете информацией. Неслучайно тема лекарственного обеспечения населения в центре внимания комитета уже второй год. Это обусловлено тем, что данная сфера вообще была плохо законодательно проработана в связи с зависимостью от импорта?

– Законы у нас были. Проблема заключалась в том, что государство традиционно давало преференции импортёрам лекарств и большие западные фармкомпании просто «убили» нашу фарминдустрию. Субстанции для производства лекарственных препаратов, согласно отчётам разных министерств, выпускают буквально несколько отечественных заводов, на самом

же деле это единицы. Ассортимент отечественных субстанций, используемых в российской фарминдустрии, тоже весьма скромнен: по данным экспертов из Российской академии наук, 96% субстанций для производства лекарств страна закупает за рубежом.

На одной из конференций я слышал в выступлении представителя Минздрава, что наша фармпромышленность способна заместить от 60 до 80% из 810 наименований препаратов, входящих в перечень ЖНВЛП. Звучит оптимистично, однако пока это только теория, на практике ничего подобного нет. Если внимательно взглянуть на реальность, а не пытаться красиво рапортовать наверх, то по ЖНВЛП в 2022 г. у 82% препаратов были определённые стадии производства в России (например упаковка), у 73% – готовые лекарственные формы с официальным производством в странах СНГ, у 50% – возможность производства субстанции, но не полное производство.

Поэтому задача парламентариев – успеть подготовить необходимую нормативно-правовую основу для разворачивания отечественного фармацевтического производства, пока импорт полностью не остановился. Если учесть, что в упомянутом перечне ЖНВЛП по-настоящему критически значимых препаратов порядка 150, то хотя бы их или большую их часть необходимо начать немедленно выпускать в России.

Да, первое время отечественные препараты могут стоить даже дороже импортных, это закономерно и ожидаемо. Но следует определиться с конечной целью: мы хотим сэкономить сегодня или обеспечить фармацевтическую безопасность страны на будущее? Ведь если нам перекроют поставки лекарств под санкционными надуманными политическими предлогами, то всё – «кора дуба».

– Про оптимистичные темпы лекарственного импортозамещения чиновники отраслевых министерств и представители фарминдустрии периодически рапортуя на разных площадках. Показывают нарастающую долю отечественных препаратов в общем ассортименте.

– Но это же не российские препараты, их вряд ли можно так называть. Они производятся из импортных субстанций, таблетки штампуются на импортном оборудовании, упаковываются в блистеры из импортной фольги, а на упаковке ставится название российской компании-производителя. Я тоже слышал немало рассказов о том, как много денег бизнес инвестирует в фармпроизводство, видел красивые производственные линии. При этом, когда спрашиваешь, что здесь по-настоящему российского, кроме работника, который стоит у конвейера, оказывается – ничего.

Иная картина мира

– Очевидно, что для успешной реализации государственной политики законодательная и исполнительная власти должны быть единомышленниками. Тем не менее ситуация выглядит странной: большинство готовых законопроектов в Думу вносит Минздрав, а депутатам остаётся только проголосовать «за».

Хотя, если понимать буквально, роль законодателя первична, исполнитель же реализует принятые парламентариями нормы.

– Верное замечание. У нас действительно хорошие деловые отношения с Правительством

и Минздравом, но всё-таки в иерархии выше стоит Госдума и, в частности, комитеты по бюджету, по государственному контролю и законодательству, комитет по охране здоровья, в том числе. Модель, когда какой-либо комитет занимается тем, что лишь исполняет волю профильного министерства, не соответствует ни моей картине мира, ни – уверен – представлению моих коллег по депутатскому корпусу. Мы избранны гражданами России и руководствуемся их интересами, а не интересами федеральных органов исполнительной власти при всём искреннем уважении к ним.

Именно по этой причине Комитет по охране здоровья считает нецелесообразным голосовать за «сырые» законопроекты, предложенные извне и не имеющие перспектив реальной правоприменительной практики, то есть сугубо формальные. Голосовать нужно только за то, в чём уверен. И ещё лучше, когда для закона уже заранее сформирована подзаконная база. У депутатов Государственной Думы есть возможность указывать на необходимость её тщательной проработки перед вторым чтением закона.

Могу проиллюстрировать конкретными примерами. Недавно Госдума приняла в первом чтении проект федерального закона, который вносит поправки в Кодекс об административных правонарушениях в части соблюдения тишины. Речь идёт об усилении ответственности водителей, которые нарушают тишину и покой граждан в ночное время. При этом под нарушение попадает как чрезмерно шумная работа двигателя или выхлопа, так и громкая музыка, которую может включать водитель. Законопроект предлагает штрафовать за такие нарушения в диапазоне от 5 до 30 тыс. руб.

Концептуально весь Комитет по охране здоровья против ночного шума и, конечно же, против того, чтобы водители мотоциклов и автомобилей, демонстрируя свои «лошадиные силы» или мощности музыкальных систем, в ночное время намеренно мешали людям отдыхать. Но! Читаем законопроект, а там не указано, какой именно будет технология измерения уровня шума, кто именно будет этим заниматься, как вычислить нарушителя в потоке машин и привлечь его к ответственности. Авторы документа предлагают использовать для фиксации нарушений «шумомеры» – автоматические видеокамеры, оснащённые микрофонами. Но, как оказалось, пока такого оборудования нет. Пока мы не увидим подзаконные акты, в которых все параметры правоприменения чётко расписаны, голосовать за принятие закона во втором чтении не готовы.

Другой пример: законопроект об ответственности за пропаганду наркотиков в произведениях культуры и искусства. Конечно же, Комитет по охране здоровья полностью поддерживает идею нулевой толерантности к наркотикам, но в данном случае нам предлагают принять закон, запрещающий пропаганду наркотиков в кино и литературе, не уточняя критерии – а что, собственно, считать пропагандой. Предлагается отдать право ответа на этот вопрос некоему экспертному совету, причём для каждого конкретного случая. По его решению будет дано либо не будет прокатное удостоверение фильму, разрешение на печать книги, театральную постановку, открытие художественной выставки.

– Предлагается узаконить субъективизм в таком социальном значимом вопросе?

– Совершенно верно! Это открывает двери для вольной трактовки понятия «пропаганда нар-

котиков», а разве в этом цель закона? Плодить законы, которые не могут быть исполнены – значит дискредитировать законодательную систему.

И третий проект. Он предлагает установить ответственность для водителей транспортных средств, которые садятся за руль после приёма лекарственных препаратов определённых групп: седативных, анестетиков и тому подобных – одним словом, способных притуплять внимание и остроту реакции. Великолепная идея, и мы естественно за саму концепцию, надо снижать количество ДТП и смертей на дорогах. Комментарий нашего комитета по данному предложению таков: как и в случае с алкоголем, в законе должен быть прописан минимально допустимый уровень препарата в крови водителя или иная форма определения критических ситуаций, а иначе мы многих пожилых людей, принимающих регулярно снотворные на ночь, просто поставим под дамоклов меч. По логике предложенной версии законопроекта, любые остаточные, следовые уровни таких препаратов у совершенно законопослушного водителя-пенсонера, которого впервые за десятки лет остановили сотрудники ГИБДД и поэтому удивлённому и взволнованному, могут быть причиной лишения прав и штрафа. Соответственно, должно проводиться не качественное, а количественное определение следов лекарств из перечисленных фармакологических групп. Пока эти нормы не появятся в проекте закона и в подзаконных актах к нему, мы голосовать «за» не будем.

И так мы будем работать всегда, руководствуясь здравым смыслом, поскольку законы принимаются для того, чтобы они исполнялись для блага людей, а не просто «чтобы было».

Кадров много, но их не хватает

– Кадровый вопрос в здравоохранении имеет перспективы решения, или он из числа нерешаемых?

– Впервые в истории проблема дефицита кадров в медицинской отрасли по поручению председателя Государственной Думы Вячеслава Володина поднята на уровень вице-спикера. Курирует эту тему Владислав Даванков. Уже сформирована межфракционная группа из числа депутатов, представляющих разные политические партии. Во время первой встречи каждый из нас высказал своё мнение о сложившейся ситуации, вместе мы обозначили весь круг причин, которые породили кадровый голод в здравоохранении, а также оценили эффективность тех мер, которые до сих пор принимало государство, чтобы его устранить. Исходя из сделанных выводов и будем искать новые пути решения.

В частности, федеральная программа «Земский доктор» по сути очень хорошая, но одной только денежной выплаты оказалось недостаточно, чтобы удержать специалиста на рабочем месте по окончании срока контракта. Человек забрал свои деньги, отработал в сельской медицине оговорённый срок и уехал на «большую землю». И даже бесплатно выделенная врачу квартира в малом городе или районном центре часто не удерживает, он почему-то предпочитает взять ипотеку и купить жильё в Москве или Санкт-Петербурге.

– Вы же понимаете, почему. Потому что в столичных городах он найдёт работу в больнице с высоким уровнем технической оснащённости, будет осваивать новые технологии, выполнять сложные операции

и зарабатывать в три-четыре раза больше, чем в регионе.

– Каким-то одним законом невозможно выровнять социально-экономическое положение всех субъектов РФ, подняв его до столичного. В то же время не надо всё сваливать на Москву, которая, дескать, переманивает кадры. Есть вопросы к тому, как понимают значение слов «кадровая политика» некоторые главные врачи в регионах. Почему в N-ской области в одной из районных больниц молодой энергичный главный врач умеет привлечь и молодых специалистов, и финансовые ресурсы, и новое оборудование приобретает, и технологии внедряет, и спонсоры ему помогают в благоустройстве территории, а в соседнем районе больницей руководит человек, которому всё равно, что будет завтра? Так происходит, потому что мы не растим управленческие кадры. Какие-то курсы на разных площадках проводятся, но нет системы.

Что касается вузовской подготовки, к ней тоже есть вопросы. Университеты выдают на-гора тысячи выпускников с медицинским образованием ежегодно. А куда они деваются, сколько из них приходит в отрасль? Вузы не заинтересованы в том, чтобы их выпускники были трудоустроены, поэтому эффективных корректировок по количеству учебных мест нет. Нет связи с заказчиком на эти кадры. Сложная ситуация с целевиками. Как странно, но они не в 100% возвращаются в свои регионы, и даже не в 70-80%. У Минздрава есть цифра в 16%, однако в начале года председатель Государственной Думы В.Володин в своей поездке по региону отметил больший процент медиков, не возвращающихся на места, и потребовал вмешательства губернатора области и местной прокуратуры.

С целевиками, мне кажется, надо менять способ сотрудничества – на практику они должны приезжать в свои будущие больницы, их там должны ждать, к выпуску они уже должны быть родными.

Некоторые медицинские университеты сетуют на то, что им не компенсируют расходы на обучение: стоимость подготовки студента-медика не в столице ими оценивается в 200-250 тыс. руб., а государство финансирует их в меньшем объёме. Этим высшая школа пытается объяснить снижение качества подготовки выпускников медицинских вузов. Весомый аргумент? Отчасти, да: отрицать очевидное недофинансирование невозможно. В то же время объяснять уровень подготовки будущих врачей исключительно тем, что кто-то кому-то недоплачивает, мне кажется, было бы слишком просто.

Есть большое желание ознакомиться с результатами не только отчёта Министерства здравоохранения по кадрам, но и детального анализа причин кадрового дефицита, а также обсудить с руководством ведомства возможность ввести государственное планирование на подготовку специалистов для медицинской отрасли. Надеюсь, в ближайшее время такой разговор состоится.

– Вряд ли удастся быстро устранить все причины, влияющие на кадровый дефицит и дисбаланс в отрасли, особенно если говорить о перетоке кадров в большие города. Что делать сейчас? Как в сфере строительства, транспорта и ЖКХ закрывать вакансии в здравоохранении мигрантами?

– Думаю, будет практиковаться и такой подход тоже. В течение ближайших лет мы точно не справимся одномоментно, за один присест с задачей полностью обеспечить отрасль врачами, причём равномерно по всей

стране. Хотя первые решения мы с коллегами-депутатами намерены предложить уже сейчас.

Например, совершенно точно не удастся вернуть систему обязательного последипломного распределения, как было во времена работы моих родителей, зато вполне можно обсудить новые правила для целевых студентов, которых у нас 75% в специалитете. К сожалению, многие из них решили поиграть с государством в игру «а нам всё равно». То есть люди пользуются целевым направлением в вуз как бесплатным кредитом, заведомо не собираясь отработать по договору в конкретной больнице. Они даже соглашаются вернуть деньги, не доводя дело до суда. А иногда и сторонние больницы берут на себя эти финансовые обязательства, «выкупают долг», лишь бы получить себе специалиста. Но зачем государству эти деньги, если время оказалось потрачено напрасно: 6 лет больница ждала молодого специалиста, а он нарушил обещание.

– Тогда зачем нужна эта система в принципе, если она себя не оправдывает, в то время как ежегодно расширяются объёмы целевой подготовки?

– Сама по себе идея рабочая, просто нужно пересмотреть условия договора, чтобы целевой выпускник, отказавшийся работать по заранее оговорённому адресу, не смог бы просто отделаться суммой, которую государство заплатило за его обучение. Пусть он, например, вернёт не только стоимость учёбы, но и штраф за нарушение договора в размере этой же суммы или даже вдвое больше неё. Уверен, такие правила заставят целевых студентов более серьёзно относиться к своим обязательствам.

– Над чем ещё работает комитет в настоящее время?

– Мы продолжаем кропотливо двигаться в сторону декриминализации медицинской деятельности. Это мой личный проект ещё с момента предвыборной кампании, надеюсь, успею реализовать часть его до конца созыва. Правда, надо признать, что продвигаемся не с той скоростью, которая мне предвиделась до того, как я позначился с работой депутата и Думы. Оказалось, что реализовать эту благую идею очень-очень непросто, необходимо пересмотреть массу нормативных актов, находящихся в ведении разных министерств и служб. Но мы точно начали, и тут всегда чувствуется поддержка коллег из практического здравоохранения.

А вот по дебиюкратазации медицинской деятельности уже сделали большой шаг вперёд. Вместе с «Единой Россией» собрали полный перечень учётно-отчётной документации, которую приходится заполнять медикам, и опросили врачей, каково их мнение по каждой из этих форм. Претензий масса.

В частности, многое приходится дублировать, заполняя разные формы. Оформление разного рода документации требует много времени, лучше, чтобы это время врач уделял пациентам. Мы говорим о цифровой медицине, но заполнение документации в компьютере совсем не экономит время врача.

Комитет подготовил свои предложения по дебиюкратазации. И хотя у бюрократизации медицины есть бенефициары в лице разных ведомств, которые начнут сопротивляться предложениям упростить и сократить «писанину», тем не менее велика вероятность, что у нас всё получится. Мы это обещали и исполним.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель
«МГ».



Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова Минздрава России формировался под руководством его основателя и бессменного президента – академика РАН Юрия Шевченко как крупная федеральная клиника, последовательно внедряющая передовые технологии. С первых дней работы Пироговский центр был ориентирован не только на столичный мегаполис, но и на всю Россию, исповедуя принцип сохранения традиций и развития технологий во имя пациентов. На этапе своего становления кадровым ядром его стали профессионалы тех медицинских учреждений, которые вошли в состав НМХЦ им. Н.И.Пирогова Минздрава России. Одним из таких опытных клиницистов стал профессор Николай Боломатов.

– Его знают в регионах как преподавателя и наставника, – говорит генеральный директор Пироговского Центра академик Олег Карпов. – Он не только выполнял уникальные операции в стенах нашего лечебного учреждения, но и многих научил рентгенэндоваскулярной хирургии. Это и стало определяющим в выборе его кандидатуры, когда с просьбой о содействии в становлении названного направления к нам обратилось руководство администрации Курской области. Конечно, были и сомнения. Мы не хотели отказываться от специалиста такого класса. А совместить работу в Пироговском Центре и в регионе не так-то просто, но мы решили попробовать.

Подобный подход – перспективен и взаимно интересен. В регионах страны внедряются передовые технологии, а пациенты с наиболее тяжёлыми случаями направляются на лечение в столицу. Плюс ещё повышение квалификации врачей и средних медицинских работников в НМХЦ. Прошло немногим больше года, как на полную мощность заработало отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения (РХМДЛ) в Курской городской клинической больнице скорой медицинской помощи. При этом новое высокотехнологичное подразделение создавалось с нуля. Его проект, спецификация оборудования, подбор специалистов – курские врачи преодолевали с непосредственным участием Н.В.Боломатова.

– Скажу честно, что в России многое решает, где учился, с кем работал, – говорит заместитель губернатора Андрей Белостоцкий. – Я трудился в Росздраве в начале 2000-х годов и курировал строительство центров высоких технологий. Познакомился с Олегом Эдуардовичем Карповым. Он помог подобрать кадры для ряда открывающихся центров. В Пироговском Центре на высоком уровне поставлены многие профили, в том числе сердечно-сосудистая хирургия. С того времени мы общаемся, хорошо знаю специалистов Пироговского Центра. Сегодня НМХЦ им. Н.И.Пирогова, к тому же, является головным учреждением для медицины катастроф. Недавно бригады этого профиля из Пироговского Центра помогли в лечении раненных и больных в приграничных с Украиной районах нашей области. Это ещё более укрепило те старые, добрые, тёплые отношения, которые складывались годами.

По нацпроекту мы должны были создать ещё один региональный сосудистый центр. Для этого выбрали Курскую БСМП. Безусловно, подобный центр немислим без современной рентгенооперационной, малой операционной и блока интенсивной терапии. Под руководством Н.Боломатова новое отделение штурмует новые рубежи. Коллективом отделения РХМДЛ сделаны уникальные для области вмешательства, которые ранее не выполнялись. Уже больше года

работает второй региональный сосудистый центр в БСМП, изменив доступность высокотехнологичной помощи при многих патологиях. Главное – заканчивается одна операция и может сразу начаться другая, то есть отделение функционирует в режиме 24/7. Конечно, сделано большое дело. В регионе действует 4 ангиографа. Пациента с нарушением мозгового кровообращения или коронарным синдромом стараются прооперировать в считанные часы после

годы. Исторически больница играла важную роль для медицины областного центра. Шаг за шагом она превращалась в современную и многопрофильную. Сегодня БСМП имеет в своём составе 650 коек. В её структуру входят родильный дом, отделения общей и гнойной хирургии, гинекологические, урологическое, сосудистое, токсикологическое, терапевтическое, кардиологическое, эндокринологическое, реанимационные отделения, операционный блок,

и обосновали, поддержали идею масштабного капитального ремонта выбранного корпуса. На эти цели администрация региона выделила 60 млн руб. Вместе с Н.Боломатовым, которого к этому времени пригласили в Курск, размышляли, как обеспечить доступность многих операций. Нужна была гибридная операционная... Увы, она стоит недёшево. Решено было пойти по более простому варианту, сделать две операционные рядом. В одной установить

проведены тренинги с условными пациентами, каталками, таймингом. Именно поэтому удалось выйти не просто на достойное количество операций, но и их качество. Повторюсь, всё это во многом благодаря тому, что Николай Владимирович выполнил сотни эндоваскулярных операций в Пироговском Центре в Москве. Он владеет, как принято говорить, большинством локализаций. Ангиограф стал использоваться для широкого спектра малоинвазивной хирургии. В некоторых

Акценты

Дорога перемен

Опыт рентгенэндоваскулярной хирургии Пироговского Центра перенимается территориями

сосудистой катастрофы. Есть и другой аспект. Регулярные телеконсультации оказывают неоценимую помощь курским врачам. Причём по разным направлениям: это сердечно-сосудистая хирургия, травматология, нейрохирургия и многие другие. Мы благодарны руководству НМХЦ за содействие в развитии региональной медицины.

Проект времён пандемии

Врачебное сообщество – несколько консервативное и взаимосвязанное. В каких-то случаях непосвящёнными это воспринимается как негативное проявление. Хотя подобное положение вещей, как наглядно видно, идёт и на пользу дела. Корпоративность, «переплетённость» и узнаваемость нужны тогда, когда решения следует принимать быстро, а сложные вопросы по диагностике и лечению больных нельзя откладывать на потом. Предварительные же итоги создания отделения РХМДЛ говорят сами за себя. За прошедшие месяцы выполнено в общей сложности 1906 операций (1012 диагностических и 894 лечебных). Пациентам с ишемической болезнью сердца теперь широко доступны эндоваскулярные методы. В повседневную клиническую практику внедрено лечение периферического атеросклероза и диабетической стопы, в том числе методики гибридной хирургии. Как известно, такие вмешательства позволяют уберечь пациентов от ампутаций, вернуть их к активной социальной жизни. По целому ряду профилей открытие отделения РХМДЛ изменило подходы, рентгенэндоваскулярные технологии завоевали ведущее место в тактике лечения тяжёлых болезней.

В качестве примера – впервые в регионе командой рентгенэндоваскулярных хирургов и акушеров-гинекологов из Курской БСМП и областного перинатального центра выполнена операция пациентке с внематочной беременностью с шеечной локализацией. Гибридное органосохраняющее вмешательство остановило фатальное кровотечение. Эмболизация маточных артерий, удаление плодного яйца уберегли пациентку от послеоперационных осложнений. Не потребовалась проводить экстирпацию матки, а значит, удалось сохранить фертильность. Хотя эктопическая беременность часто требует выбора радикального варианта операции.

Через тернии к новой реальности

– Наше лечебное учреждение создано давно, – говорит главный врач Курской БСМП Калерия Ильченко. – Корпуса, в которых мы находимся, построены в 70-е



Н.Боломатов

консультативно-диагностическая поликлиника. Мы трансформировались в одно из крупнейших лечебных учреждений региона.

Если говорить в целом, то Курская БСМП уступает по имеющейся мощности только областной больнице. И конечно же, одного специализированного отделения РХМДЛ было недостаточно для региона. Как поступали раньше? Нужно было договариваться с областной больницей или клиниками Москвы, чтобы выполнить сложные эндоваскулярные вмешательства. Причём о том, чтобы успеть в период «золотого часа», и думать было нечего. На одном из итоговых совещаний в 2020 г. озвучивался анализ, проведённый в рамках Национального проекта «Здравоохранение». Он чётко показал, что смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Курской области можно снизить, если внедрить высокотехнологичные методы.

Прислушавшись к выводам, администрация региона выделила 57 млн руб. для закупки ангиографа. Но приобрели его накануне пандемии. Наступил период, когда вся больница перепрофилировалась в ковидный госпиталь. Когда закончился режим «красной зоны», выяснилось, что прежнее руководство БСМП «заложило» 4 млн на ремонт и создание новой операционной. За такие деньги «вписаться» в действующие порядки, СНИПы являлось делом фактически невозможным. Да и в принципе их не хватало, чтобы сделать что-то стоящее. В лечебном учреждении не было «готового» помещения для приобретённой установки. Проблема размещения стояла со всей своей остротой.

– Мы размышляли, что можно сделать, – продолжает Карелия Николаевна. – В спорах и обсуждениях рождался проект передачи старого административного корпуса под новое отделение. Глава региона и его заместитель, когда предложение просчитали

ангиограф, а вторую превратить в обычную, где можно проводить открытые вмешательства. К такому оперблоку подключить кондиционирование воздуха, с ламинарными потоками. Целая система вентиляции и очистки воды должна была разместиться в подвале. Маршрутизация пациентов и сотрудников – ещё один серьёзный вопрос, к которому подходили не менее ответственно.

В начале 2021 г. начался капитальный ремонт будущего оперблока РХМДЛ. Но стройка шла медленно. БСМП возвращалась к плановой и экстренной помощи, строительство оживало. Накатывала следующая волна COVID-19... Объект консервировался. Наступал мёртвый сезон.

– Мы верили, что настанет день, когда стройка оживёт и всё закрутится, – вспоминает К.Ильченко. – Понимая это, приглашали на работу специалистов в новое отделение. Что касается хирургических бригад, то сразу было определено: их должно быть несколько, чтобы отделение функционировало круглосуточно. По приглашению Н.Боломатова в Курск приехали специалисты из Норильска, Белоруссии, Орла, Москвы, Дагестана. Получилась профессиональная команда, которую объединял не только опыт в рентгенохирургии, но и то обстоятельство, что наставником у всех приглашённых в эндоваскулярной хирургии был профессор и ведущий специалист НМХЦ им. Н.И.Пирогова Н.Боломатов. В результате отделение РХМДЛ сумело сразу взять хороший темп работы. Не понадобилось время, чтобы «набить шишки», приобретая собственный опыт... Как только оборудование было установлено, получили лицензии, открылись двери оперблока. Условно выражаясь, нажали кнопку, и в него «поехали» больные, нуждающиеся в экстренной помощи, без этапов становления отделения. Маршрутизация была продумана заранее,

случаях подключались сосудистые хирурги, например, когда требовалась операция на конечностях, если приходилось заниматься лечением последствий сахарного диабета или атеросклероза.

Подождожилая, когда человек трудоспособного возраста после лечения уходит из стационара на своих ногах, не превращаясь в инвалида, государство окупает затраты на создание операционных в десятки раз. Можно акцентировать внимание и на другом моменте – эндоваскулярные хирурги выполняют органосохраняющие операции женщинам репродуктивного возраста. Тем самым они вносят свой вклад в решение демографических проблем страны. С первых дней существования отделения РХМДЛ также было задействовано в остановке фатальных кровотечений. Не всегда большая хирургия может помочь онкологическим пациентам. Не каждую злокачественную опухоль можно радикально удалить, а вот от осложнений при распаде опухоли могут быть и кровотечения. Если их не предотвратить или не прервать, пациент умрёт. А прооперировав эндоваскулярно, продолжительность жизни этой группы больных значительно продлевается.

Один в поле не воин

Нужно подчеркнуть и такой аспект. Как и положено в многопрофильном лечебном учреждении, в БСМП – командный и междисциплинарный подход. Например, возьмём специалистов, оказывающих кардиохирургическую помощь. Инструментальная диагностика, кардиология, реаниматология, кардиохирургия, рентгенэндоваскулярные хирурги. Не менее активно сосудистыми катастрофами занимается неврологический «отряд». При поступлении профильного больного к лечению подключается слаженная команда. Нужно не только поставить точный диагноз, прооперировать, но и восстановить больного после сосудистой катастрофы. Есть и сосудистая команда, главную скрипку в которой играет, конечно, специализированное отделение. Его возглавляет ученик Н.Боломатова, решивший поменять специализацию и выбрать сосудистую хирургию. Есть и акушерско-гинекологическая команда, с которой рентгенэндоваскулярные хирурги постоянно взаимодействуют. Рабочая и профессиональная обстановка, никто не занимается перетягиванием каната, все действия подчинены интересам пациента.

Заведующая кардиологическим отделением БСМП Галина Панченко рассказывает, что до открытия отделения РХМДЛ трудиться было сложно, бесконечные переводы, переговоры с коллегами.

– Заработало новое отделение, и сегодня непонятно, как удавалось раньше работать без

эндovasкулярной хирургии, – удивляется она. – Инфаркт миокарда – тяжелейшее заболевание, от которого больные могут умереть, даже если применяются все возможности современной медицины. Руководству больницы удалось создать замкнутый цикл. В отделении РХМДЛ не только устанавливают стенты для нормализации кровоснабжения сердечной мышцы, но и занимаются кардиостимуляторами, а мы отвечаем за консервативное лечение. В августе прошлого года увеличилось и количество коек в кардиологическом отделении. Если раньше их было 30 (24 в отделении и 6 в реанимации), то теперь мощность составляет 45 (36 в отделении и 9 в блоке интенсивной терапии). Показательным является и тот факт, что в БСМП нет очереди на стентирование, даже на второй его этап. Хотя до момента открытия отделения РХМДЛ больные ждали по 2-3 месяца приглашения на госпитализацию. Сегодня в отделении выполняется до 9 вмешательств за сутки, иногда и больше (10-12). Это обеспечивает доступность, несмотря на то, что «скорые» привозят к нам ещё и тяжёлых больных. С обширными инфарктами, с подьёмом сегмента ST, с аритмогенным шоком, жизнеугрожающими тахикардиями, тромбоэмболиями лёгочной артерии, отёками лёгкого на фоне инфаркта и дестабилизации артериального давления, дилатационной кардиомиопатией и другими патологиями, однако это негативно не влияет на хирургическую активность.

Заведующая неврологическим отделением с острыми нарушениями мозгового кровообращения БСМП Алла Слотникова поясняет, что с появлением отделения РХМДЛ тромбозэкстракции превратились из известной теории в каждодневную практику. С применением мультидисциплинарного подхода быстрее восстанавливается неврологический дефицит после инсульта. Непосредственно в отделении начинаются реабилитационные мероприятия, буквально в первые 48 часов после случившейся сосудистой катастрофы. В дальнейшем подключаются лечебная физкультура, ранняя реабилитация. Но, безусловно, возможность сделать механическую тромбозэкстракцию, когда пациент подходит по срокам, многое меняет в тактике действий неврологической службы. Взаимодействие между скорой помощью и отделением неврологии БСМП вышло на новый уровень. Малоинвазивные операции планируют выполнять в дальнейшем и при аневризмах. Тем самым ещё больше расширятся возможности хирургического лечения инсультов.

...Мы переосмысливаем и заходим с Н.Боломатовым в оперблок РХМДЛ, где завершается очередная операция. Ещё год назад здесь было старое административное здание. А сегодня операционная выглядит современно и технически насыщенной. Ангиограф, контрапультатор (на днях его впервые применили в Курской БСМП при кардиогенном шоке у больного с острой левожелудочковой недостаточностью), автоматический инъектор введения болюсного контрастного вещества, другая диагностическая и лечебная аппаратура – всё трудно и перечислить. На каталке медицинские сестры привозят следующего пациента.

– Хирург должен расти, внедрять новые методики, а не механически делать то, чему его когда-то учили, – размышляет Николаевич Владимирович. – Иначе он неизбежно останавливается в своём профессиональном мастерстве и постепенно отстаёт. Сегодня надо делать что-то такое, чего не делали ещё вчера. А для этого нужно учиться всю жизнь. Такова наша профессия. Именно поэтому я в Курске...

Алексей
ПИМШИН.

Наши коллеги

Путешествие в науку

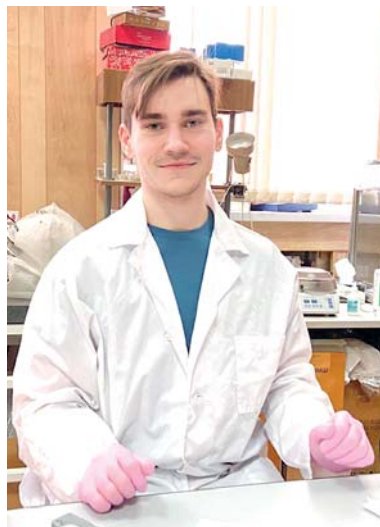
Поллюбить её можно через эксперимент

«Фундаментальные исследования – питательная база всего, в том числе и реальной науки», – сказал Президент РФ Владимир Путин на одном из заседаний Совета по науке и образованию. – Настоящие исследования – глубокие, важные для мировой науки – конечно, пробыют себе дорогу куда угодно».

Такого уровня исследованиями, которые, безусловно, внесут весомый вклад в поиск подхода к работе с культурой клеток костного мозга мыши в эксперименте, занимается младший научный сотрудник лаборатории физико-химической и экологической патофизиологии Научно-исследовательского института общей патологии и патофизиологии (НИИОПП) Фёдор Садовников. Ему – 23 года. Его профессиональный путь познания науки начался ещё в Российском химико-технологическом университете им. Д.И. Менделеева в 2018 г. «В моём университете химические и биологические дисциплины преподаются давно, – с гордостью говорит он. – Сам этот факт был для меня источником огромного желания их освоения путём участия в различных конференциях и олимпиадах». Особо значимым студенческим достижением для Ф.Садовникова стало завоевание первого призового командного места в олимпиаде по процессам и аппаратам химической технологии. Победа на олимпиаде усилила его желание продолжить научную карьеру в выбранном направлении.

По приглашению заведующего лабораторией физико-химической и экологической патофизиологии, доктора биологических наук, профессора Михаила Карганова, в 2019 г. он начал работать в НИИОПП. Так М.Карганов стал для Ф.Садовникова не только руководителем, но и наставником, передающим знания и опыт.

«Научный интерес исследований, в которых я принял участие под руководством ведущего научного сотрудника этой же лаборатории кандидата биологических наук Ири-



ны Алчиновой, связан с изучением техногенных факторов, инициирующих патологические процессы в организме. Биологические и аналитические методики освоил благодаря совместной работе именно с ней. Это и вестерн-блот анализ, лазерно-корреляционная спектроскопия, оптическая микроскопия на устройствах прямого и инвертированного светового потока, спектрофотометрия и т.д. Предыдущие 4 года мы изучали влияние гамма-излучения, моделировали микрогравитацию и принимали участие в больших совместных проектах космической тематики. Шагая в ногу со временем, наша научная команда начала заниматься клеточными технологиями и изучать внеклеточные механизмы транспорта сигнальных веществ. На сегодняшний день я продолжаю заниматься работой с мезенхимальными стволовыми клетками, оптимизацией культивирования и изучением клеточных механизмов. Примерно, с 2015 г. в рамках исследований «эффекта наблюдателя», связанного с последствием облучения радиацией, в лаборатории начали работать с клеточными культурами мышей и крыс. На сегодняшний день у нас появилась отдельная «чистая комната», где мы развиваем кле-

точные технологии для углубления в тему исследования. Я непосредственно занимаюсь этой работой. Конечно, полюбить науку можно только через эксперимент руками».

Наиболее часто используемым и востребованным в биомедицине стало лечение мультипотентными мезенхимальными стволовыми клетками (ММСК). С недавних пор активно ищутся способы применения их в лечении терапии лучевых болезней. В экспериментах, где в работу берётся культура клеток костного мозга мыши, возникает множество методических проблем, заставляющих каждую группу исследователей искать индивидуальный подход, как и в случае исследовательской группы лаборатории физико-химической и экологической патофизиологии, в которой работает Ф.Садовников. Так, на прошедшем межинститутском научном семинаре, организованном Советом молодых учёных и специалистов НИИОПП, им были представлены основные технологические особенности работы с культурой клеток костного мозга мыши, используемые в рамках наших экспериментов. По общепринятой лабораторной практике ММСК мыши принято выделять посредством центрифугирования или шприцевой аспирации костномозговой субстанции, изымаемой из усечённого диафиза бедренной кости. Было обнаружено, что в процессе выделения на жизнеспособность и скорость адгезии клеток влияет температура, при которой происходила процедура изъятия костного мозга. При поддержании температуры ткани-источника и клеточной субстанции в диапазоне от 2 до 4°C повышается выживаемость культуры в первые дни роста (в фазе адаптации). Морфология и процесс роста клеток ММСК, выделенных из костного мозга мыши, частично отличается от культур человеческой ткани. Особо значимым отличается процедура пассирования клеток. На заключительной стадии субкультивирования культура клеток ММСК мыши крайне плохо поддаётся обработке

открепляющими ферментными препаратами. Была проделана большая работа по нахождению оптимальных условий ферментативной обработки клеток. В ходе попыток снижения длительности воздействия фермента на клетки в процессе снятия с субстратной поверхности был обнаружен положительный эффект от выдержки культуры в бессывороточной среде в течение 30-60 минут. После завершения инкубации, направленной на очистку от бычьей сыворотки, способствующей росту культуры, длительность ферментативной обработки снижалась с 30-40 минут до 15-20, что значительно увеличивало количество закрепившихся клеток на следующем этапе пассажа. Также был отмечен ещё один ключевой фактор, повлиявший на эффективность субкультивирования «нулевого» пассажа, – равномерность распределения клеточной плотности. В местах высокого скопления клеток фермент «не справлялся» с межклеточным соединительным веществом, удерживающим клетки на поверхности культурального пластика, что увеличивало длительность воздействия фермента и снижало жизнеспособность.

В настоящее время Ф.Садовников осваивает современные методики. Получая совершенно новые фундаментальные знания и впитывая опыт старших коллег, он окончательно и бесповоротно увлёкся медицинскими науками и понял, что биотехнологический подход к патофизиологии имеет огромный потенциал. Путешествие в науку у него только начинается, и молодой учёный полон энтузиазма и решимости достичь новых высот в ней. Ф.Садовников начал работать в лаборатории будучи студентом, а уже сейчас с гордостью может называть себя полноправным членом передовой исследовательской команды НИИОПП.

Нанля САФИНА,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

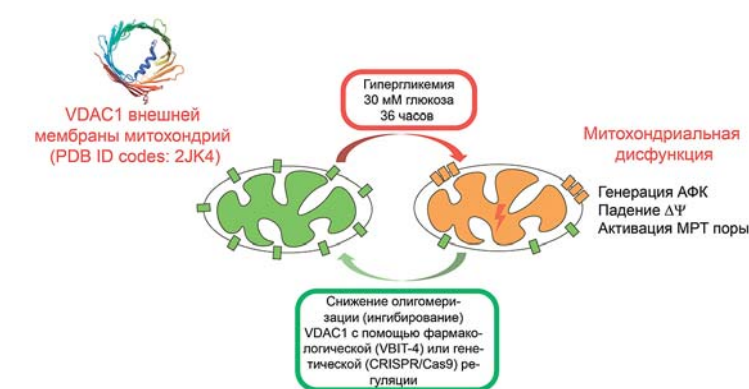
Исследования

Как не дать клеткам погибнуть от избытка сладкого?

Биологи из Марийского государственного университета нашли способ, как улучшить состояние клеток, страдающих от избытка глюкозы. Оказалось, для этого необходимо заблокировать транспортёр белка VDAC1 во внешней мембране митохондрий.

Как пояснили авторы научного исследования, VDAC1 обеспечивает обмен веществ между митохондриями и цитоплазмой. Количество этих белков в некоторых тканях значительно возрастает при сахарном диабете, что приводит к окислительному стрессу и программируемой гибели клеток. Учёные из Йошкар-Олы предложили уменьшать число и активность транспортёров данного белка с помощью технологии редактирования генов CRISPR/Cas9 и молекулярных блокаторов.

Вместе с коллегами из Института общей физики им. А.М. Прохорова РАН, Института теоретической и экспериментальной биофизи-



зики РАН Института биофизики клетки РАН и Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова авторы гипотезы проверили её в эксперименте на культуре эндотелиоцитов мышей и фибробластов человека.

Были протестированы два возможных технологических подхода, каждый из которых в теории позволяет добиться уменьшения уровня либо активности интересующего

белка в клетках. Первый подход – с помощью технологии геномного редактирования CRISPR/Cas9 «выключить» ген, кодирующий белок VDAC1. В результате его применения в клетках осталось только 10% белка от нормы.

Второй вариант – обработка клеточных культур молекулой-ингибитором, которая связывается с белковыми каналами VDAC1 и блокирует их. Чтобы оценить эф-

фективность такого воздействия, экспериментаторы поместили обработанные клетки на 36 часов в раствор глюкозы, смоделировав таким образом гипергликемию при сахарном диабете.

Оказалось, что митохондрии со сниженным количеством каналов VDAC1 производили почти в полтора раза меньше активных форм кислорода по сравнению с контрольной группой, что пропорционально уменьшало негативное влияние на клетки и риск их гибели от окислительного стресса.

– Исследователи давно бьются над тем, как нормализовать работу митохондрий при сахарном диабете. Считается, что это важно для борьбы с последствиями данной патологии: снизив количество или активность транспортёров VDAC1 в мембране митохондрий, можно добиться улучшения состояния клеток при гипергликемии. Таким образом, потенциально наши результаты могут лечь в основу создания новых лекарственных препаратов для терапии диабета, – комментирует проректор по инновационной деятельности Марийского государственного университета доктор биологических наук Константин Белослудцев.

Елена ЮРИНА.



КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 29 (2389)

Опухоли слюнных желёз у пациентов детского возраста – разнородная по морфологическим вариантам группа опухолей из клеток больших и малых слюнных желёз.

Этиология и патогенез

Возникновение злокачественных опухолей слюнных желёз (СЖ) у детей объясняется общими теориями этиологии опухолей. Доказано канцерогенное влияние древесной пыли и предшествующей лучевой терапии на область головы и шеи в развитии опухолей слюнных желёз. Также сообщается об увеличении заболеваемости среди пациентов, получивших терапию радиоактивным йодом по поводу рака щитовидной железы, что может быть обусловлено захватом изотопа йода частично и клетками слюнных желёз. Активно изучается влияние вируса Эпштейна – Барра на развитие опухолей СЖ, особенно в развитии лимфоэпителиальной карциномы. Следует отметить, что частота мукоэпидермоидной карциномы у детей и подростков, как вторичной опухоли, достигает 6% случаев, в сравнение до 0,08% при первичных поражениях.

Острый лимфобластный лейкоз повышает риски развития МЭК до 33% как после краниального облучения, так и без него.

У пациентов детского возраста встречаются, в основном, эпителиальные злокачественные опухоли (мукоэпидермоидная, ацинозно-клеточная опухоль и карциномы, чаще аденокарцинома и цилиндромы). Опухоли мезенхимального происхождения (рабдомиосаркома, ангиосаркома, фибросаркома) бывает трудно распознать как происходящие из ткани слюнной железы, в связи с тем, что к моменту установления диагноза в процесс уже вовлечена целиком околоушно-жевательная область.

Структура опухолей СЖ значительно отличается в различные возрастные периоды у пациентов детского возраста. Доброкачественные опухоли доминируют в первом десятилетии жизни. Инфантильная гемангиома является наиболее распространённой опухолью околоушной железы у детей раннего возраста и имеет характерные особенности визуализации, которые отличают её от других паренхиматозных опухолей. В возрастной группе старше 10 лет растёт частота злокачественных эпителиальных опухолей. Злокачественные опухоли мезенхимального строения являются уделом пациентов 3-7-летнего возраста.

Эпидемиология

Опухоли СЖ у пациентов детского возраста встречаются относительно редко и представлены преимущественно доброкачественными поражениями. По данным одних исследований опухоли СЖ у детей составляют не более 2% среди всех злокачественных образований головы и шеи, по другим – 3-5% всех новообразований челюстно-лицевой области. Эта разнородная по морфологическим вариантам группа опухолей, отличается довольно медленным клиническим течением и отсутствием субъективных жалоб. Этим объясняются ошибки в правильной интерпретации диагноза со стороны педиатров, челюстно-лицевых хирургов и других специалистов. Наиболее часто (в 60-85%) опухоль развивается в околоушной СЖ, реже (10-18%) в поднижнечелюстной или малых СЖ – 3-5%. Ряд авторов отмечает несколько большую заболеваемость среди девочек (соотношение между девочками и мальчиками 1,9 : 1). Наиболее часто (в 70-80% случаев) заболевают дети в возрасте от 10-16 лет. Целый ряд опухолей СЖ у пациентов детского возраста был детально изучен Мемориальным центром рака Sloan-Ketering в Нью-Йорке и Онкологическим центром M.D.Anderson в Хьюстоне. Наиболее распространённой из доброкачественных опухолей является полиморфная аденома, из злокачественных опухолей чаще всего встречается мукоэпидермоидный рак. У детей описаны также рак из ацинозных клеток, аденокарцинома и аденокистозная карцинома, обычно такие опухоли пальпируются и основным методом лечения является хирургическое удаление.

Как доброкачественные, так и злокачественные новообразования развиваются примерно одинаково в обеих половых группах. В связи с редкостью данной патологии практически вся научная информация о

новообразованиях СЖ у детей основана на единичных наблюдениях или сводных данных. Публикации по этой проблеме у пациентов детского возраста в основном носят описательную направленность и характеризуются малым числом наблюдений. Только отдельные авторы располагают достаточным собственным опытом в этом разделе детской онкологии, например, в клинике St. Richards Hospital, Chichester, за 26 лет наблюдений (1974-1999) было зарегистрировано всего 18 случаев опухолей СЖ у детей.

Клиническая картина

Клиническое течение опухолей СЖ во многом определяется локализацией, распространённостью и морфологическим строением.

Опухоли слюнных желёз у детей

Клинические рекомендации

К наиболее частым клиническим проявлениям как доброкачественных, так и злокачественных опухолей СЖ у детей относятся наличие пальпируемого безболезненного узлового образования в проекции поражённой железы плотно-эластической консистенции, не спянного с кожей, подвижного при пальпации. Практически не наблюдаются такие симптомы, как парез мимической мускулатуры, инфильтрация кожи, описываемые у взрослых. Заболевание у детей характеризуется длительным, торпидным течением с крайне низкой потенциальной к метастазированию и от обнаружения образования пациентом до его попадания в специализированное учреждение проходит в среднем 19 месяцев при доброкачественных процессах и 13 месяцев при злокачественных опухолях.

Новообразования могут быть расположены поверхностно или в глубоких отделах СЖ. Клиническое течение доброкачественных опухолей, локализующихся в глоточном отростке околоушной СЖ, имеет свои особенности. Так снаружи опухоль не пальпируется, определяется лишь незначительная припухлость в околоушной области, а со стороны глоточной стенки выявляется деформация, которая может быть выражена различно, в зависимости от размеров образования. Рост опухоли практически всегда происходит в направлении ротовой полости, снаружи опухоль не распространяется, так как этому мешает нижняя челюсть. Злокачественные опухоли глоточного отростка околоушной слюнной железы, несмотря на медленное течение, довольно рано инфильтрируют слизистую глотки.

Среди доброкачественных новообразований наибольшее клиническое значение имеют плеоморфная и моноформная аденома, среди неэпителиальных опухолей преобладают гемангиома и лимфангиома.

Плеоморфная аденома составляет до 70% всех доброкачественных опухолей СЖ, поражает в основном околоушную СЖ. Клинически опухоль, как правило, представляет собой безболезненное узловое образование плотно-эластической консистенции, не спянное с кожей, подвижное при пальпации. Кожа над образованием обычно не изменена, нет признаков поражения ствола лицевого нерва или его ветвей. Опухоль характеризуется медленным клиническим течением и по данным различных авторов от первых признаков заболевания до установления правильного диагноза проходит от 1 до 18 месяцев. Источником гистогенеза опухоли является камбий выстилки вставочных протоков или стволовые клетки протокового эпителия, которые могут дифференцироваться как в направлении эпителия, так и миоэпителия. Факторы, определяющие направление дифференцировки опухолевых клеток, остаются

не выясненными. При гистологическом исследовании в этой опухоли выделяют мезенхимоподобный, эпителиальный, миоэпителиальный, хондронный компоненты. В зависимости от преобладания того или иного компонента выделяют следующие структурные варианты: «классический», с преобладанием мезенхимоподобного компонента, с преобладанием эпителиального компонента, с преобладанием миоэпителиального компонента. Прогностически неблагоприятными морфологическими признаками является вариант плеоморфной аденомы с преобладанием мезенхимоподобного компонента, неравномерностью выраженности капсулы опухоли, её истончение, наличие опухолевых клеток в самой капсуле, наличие ангиоматозного компонента. Выделяют отдельно, так называемую ювенильную плеоморфную аденому. При морфологическом исследовании для этой опухоли характерна высокая клеточность, наличие эпителиальных и миоэпителиальных клеток, эмбриональных структур, напоминающих СЖ плода конца 3-го месяца беременности.

Инфантильная гемангиома встречается у детей первого года жизни. Клинически проявляется новообразованием различных

(больше эпидермоидного компонента, слизееобразующих клеток меньше 10%, выражен ядерный полиморфизм и часты митозы).

Ацинозно-клеточная карцинома (ацинозно-клеточная аденокарцинома) является крайне редкой злокачественной опухолью у детей и встречается менее чем в 3% случаев, в большинстве случаев поражает околоушную СЖ и чаще выявляется у девочек в возрасте 10-15 лет (соотношение мальчиков к девочкам 2 : 3). Гистологически ацинозно-клеточная карцинома представляет собой эпителиальную, высокодифференцированную опухоль, клетки которой сохранили ацинарную дифференцировку. Признаки клеточной атипичности и митозы редки. При иммуногистохимическом исследовании определяется экспрессия цитокератина, трансферина, CD 15. Строма опухоли выражена незначительно, иногда с признаками фиброза и петрификатов. Как правило, определяется лимфоидная инфильтрация, что нередко затрудняет цитологическую дифференциацию от аденолимфомы. В раннем детском возрасте опухоли СЖ чаще являются врождёнными и в основном представлены особыми гистологическими формами, таким как сиалобластома, ювенильная плеоморфная аденома и

размеров, расположенными как внутри железы, так и выходящим за её капсулу, часто сопровождается характерным сосудистым поражением слизистых оболочек и кожи. Могут поражаться другие органы и системы: кожа и мягкие ткани туловища и конечностей, печень, ЦНС. Учитывая цикл развития гемангиом, их появление и активный рост происходят в течение первых 8 месяцев жизни, затем начинается фаза обратного развития. При поражении кожи и слизистых оболочек часто сопровождаются изъязвлениями, кровотечениями в фазе активного роста.

Среди злокачественных новообразований СЖ в детском возрасте наиболее часто встречается мукоэпидермоидный рак. Опухоль чаще поражает детей старше 10 лет, в мировой литературе описаны лишь единичные наблюдения у детей младшего детского возраста. Как правило, опухоль развивается в околоушной СЖ (90% случаев), поражение подчелюстной железы наблюдается у 7,7% детей, ещё реже из малых слюнных желёз, также поражаются железы мягкого нёба. МЭК в детском возрасте, обладающий своеобразным клиническим течением. Опухоль в большей степени встречается у девочек и чаще поражает поднижнечелюстную, околоушную СЖ. В отличие от смешанных опухолей отмечается инфильтрация кожи, ограничение смещаемости, выраженная плотность новообразований, иногда болевой синдром. В ряде наблюдений опухоль достигает значительных размеров и обладает инфильтративным ростом. Особенность мукоэпидермоидных раков – выраженная тенденция к рецидивированию, несмотря на проведение радикальных операций.

Источником происхождения опухоли является эпителий межклеточных и крупных выводных протоков, которые не содержат миоэпителиальных клеток. Микроскопически мукоэпидермоидный рак характеризуется наличием эпидермоидных и слизееобразующих клеток. Кроме того, в опухоли могут присутствовать промежуточные клетки, клетки крупных размеров, со светлой оптически пустой цитоплазмой. В зависимости от преобладания тех или иных клеток, гистархитектоники выделяют следующие варианты мукоэпидермоидного рака: кистозный; онкоцитарный; светлоклеточный (характерен для поражения малых слюнных желёз). По степени дифференцировки, которая определяется соотношением муцинозного и плоскоклеточного компонента, преобладанию солидного или кистозного типов строения выделяют: высокодифференцированный мукоэпидермоидный рак (господствуют слизееобразующие бокаловидные клетки – более 50% и кисты, ядерный полиморфизм отсутствует, митозы редки, опухоль обладает инфильтрирующим ростом); низкодифференцированный мукоэпидермоидный рак

опухоль, описанная L.Dehner., L.Valbuena и соавт. (1994) под названием salivary gland anlage tumor или congenital pleomorphic adenoma – врождённая плеоморфная аденома. Сиалобластома была описана также под названием аденокистозной карциномы, моноформной аденомы и эмбриомы. Опухоль, как правило, является врождённой или диагностируется в первые месяцы жизни ребёнка. Наиболее часто поражает околоушную СЖ, реже локализуется в малых СЖ мягкого нёба. Имеет специфическую гистологическую картину, характеризующуюся наличием примитивных плоскоклеточных эпителиальных гнезд, иммуногистохимически выявляется экспрессия опухолевыми клетками цитокератина, виментина и S-100 протеина. Опухоль Денера часто является врождённой, обычно возникает в области средней линии носоглотки как вырост на ножке и имеет своеобразную клиническую картину, которая будет описана ниже. Образование напоминает развивающуюся СЖ и, по мнению ряда авторов, является скорее гамартомой, чем истинной опухолью. Микроскопически опухоль имеет общие структурные особенности сиалобластомы, но отличается большим количеством примитивной мезенхимы, превосходящей эпителиальный компонент.

Ацинозно-клеточные опухоли СЖ являются крайне редкими наблюдениями в детском возрасте. По клинике трудно дифференцировать этот вариант со смешанной опухолью, аденокарциномой или аденокистозной карциномой (цилиндромы), которые также редко встречаются у пациентов детского возраста. Аденокарцинома и цилиндромы чаще поражают малые СЖ. Выявляемость этих новообразований часто бывает на ранних стадиях развития, так как пациенты обращают внимание, прежде всего на чувство дискомфорта в полости рта при приёме пищи и разговоре. Опухоли поднижнечелюстной СЖ обладают аналогичным клиническим течением, но в отличие от околоушной железы значительно чаще принимаются за воспалительные изменения, сиалоадениты и банальные лимфадениты. Знания о доброкачественных новообразованиях и неопухолевых процессах имеют большое значение, прежде всего с точки зрения дифференциальной диагностики со злокачественными поражениями СЖ.

Диагностика

Для диагностики новообразований СЖ у пациентов детского возраста необходимо использовать весь комплекс диагностических мероприятий: осмотр и пальпацию, ультразвуковое и цитологическое исследование, рентгенографию с контрастированием (сиалография), в ряде случаев необходимо использовать компьютерную томографию

(КТ) или магнитно-резонансную томографию (МРТ), особенно при значительной распространённости опухолевого процесса, при поражении глоточного отростка околоушной СЖ, УЗ эхографию околоушно-жевательной области, подчелюстного треугольника и других отделов шеи. Если анализ клинических данных позволяет заподозрить опухоль СЖ, то необходимо последовательное применение визуализирующих и инструментальных методов диагностики для постановки правильного диагноза. В диагностике опухолей СЖ на дооперационном этапе можно не только выявить опухоль и определить её точную локализацию и соотношение с окружающими структурами, но и в большинстве случаев установить её морфологическую принадлежность и таким образом ответить на главный вопрос является ли данный процесс доброкачественным или злокачественным. К сожалению, существующие методы инструментальной диагностики используются без учёта их информативности. Существующие алгоритмы диагностического поиска предполагают последовательное применение ультразвуковой томографии, ТПАБ опухоли с последующим цитологическим исследованием в ряде случаев компьютерной или магниторезонансной томографии.

Клиническое течение заболевания довольно медленное. В связи с этим возможны ошибки в правильной интерпретации диагноза врачами. После изучения информативности каждого метода и проведения сравнительного анализа возможностей всех методов в решении комплекса диагностических задач, с учётом риска осложнений, выявлен оптимальный алгоритм диагностического поиска при подозрении на опухоль СЖ у ребёнка.

Оптимальным алгоритмом диагностического поиска злокачественных и доброкачественных опухолей СЖ у пациентов детского возраста является:

1. Сбор анамнеза, анализ данных клинического осмотра.
2. УЗВТ, ТПАБ под контролем УЗВТ с последующим цитологическим исследованием.
3. КТ или МРТ для уточнения топки процесса при больших размерах опухоли или рецидиве заболевания.
4. Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей слюнной железы с применением иммуногистохимических методов.
5. Методы обследования пациентов детского возраста с подозрением на опухоль слюнной железы:
1. Оценка субъективных ощущений пациента и сбор данных анамнеза.
2. Оценка визуальных данных.
3. Проведение физикальных методов обследования.
4. Проведение ультразвуковой диагностики.
5. Проведение цитологической диагностики (пунктат опухолевых узлов слюнной железы и результаты ТПАБ изменённых лимфатических узлов).
6. Проведение радиоизотопной диагностики.
7. Проведение рентгенологической диагностики.

Главными задачами обследования являются:

1. Подтверждение (верификация) диагноза «опухоль СЖ», желательное определение характера опухолевого процесса, формы и варианта.
2. Выявление и определение степени местного распространения опухоли (регионарные метастазы).
3. Выявление и определение степени отдалённого распространения опухоли (отдалённые метастазы).

Дифференциальную диагностику опухолей СЖ необходимо проводить с кистами, воспалительными процессами, актиномикозом, туберкулёзом, неспецифическими лимфаденопатиями. Нельзя также упускать из вида возможность метастатического поражения околоушных, подчелюстных и верхних югулярных лимфатических узлов, при других злокачественных новообразованиях, в первую очередь при раке носоглотки и ретинобластоме.

Жалобы и анамнез

Пациенты замечают наличие безболезненного узлового образования, когда оно достигает 1-2 см в области околоушной СЖ. Но могут быть жалобы на чувство дискомфорта в полости рта при приёме пищи и разговоре. Первоначально почти во всех случаях наличие объёмного процесса расценивается как околоушный лимфаденит или неспецифический паротит, и дети получают противовоспалительную терапию и физиотерапевтическое лечение.

Сбор анамнеза: опрос родителей и пациента (если позволит возраст); учёт

жалоб ребёнка, места жительства до появления признаков заболевания, случаев онкологических заболеваний ребёнка и родственников, вредные воздействия на организм матери во время беременности и на ребёнка, указаний на врождённый характер заболевания.

При сборе анамнеза рекомендуется обратить внимание на случаи онкологических заболеваний и опухолей СЖ в семье и у ближайших родственников.

При расспросе родителей и пациента рекомендуется обратить внимание на время появления деформации лица, подчелюстной области, скорость внешних изменений, наличие жалоб.

Физикальное обследование

Если педиатр (или другой специалист) подозревает по результатам наружного осмотра и пальпации узловое поражение СЖ, то необходимо направить пациента в специализированную клинику (клинику челюстно-лицевой хирургии или детский онкологический центр).

Рекомендуется всем пациентам с подозрением на опухоль СЖ или с верифицированной опухолью СЖ провести наружный осмотр, измерения роста, массы тела, уровня физического развития.

Рекомендуется всем пациентам с подозрением на опухоль СЖ или с верифицированной опухолью СЖ провести пальпацию околоушной или подчелюстной СЖ, оценить подвижность узла, выявить наличие или отсутствие инфильтрации в области опухоли СЖ, оценить величину, подвижность лимфатических узлов шеи.

Рекомендуется всем пациентам с подозрением на опухоль СЖ или с верифицированной опухолью СЖ обратить внимание на наличие и выраженность нарушения функции лицевого нерва (парез, паралич), затруднения глотания.

Лабораторные диагностические исследования

Рекомендуется всем пациентам с подозрением на опухоль СЖ или с верифицированной опухолью СЖ провести общий (клинический) анализ крови с исследованием лейкоцитарной формулы, общий (клинический) анализ мочи, анализ крови биохимический общетерапевтический: общий белок, альбумин, мочевины, креатинин, АЛТ, АСТ, ЩФ, исследование электролитов крови (натрий, калий, хлор, фосфор, кальций), общий анализ мочи для уточнения общего состояния пациента, наличия сопутствующих заболеваний или патологических состояний, возможности проведения противоопухолевого лечения и необходимости назначения сопутствующей или сопроводительной терапии.

Иммуногистохимическое исследование (ИГХ) опухолей СЖ рекомендуется для оценки прогноза заболевания всем пациентам с опухолью СЖ.

При ИГХ исследовании определяется экспрессия цитокератина и эпителиального мембранного антигена. S-100 протеин отрицателен. Опухоли СЖ представляют собой чрезвычайно гетерогенную по гистологическому строению группу новообразований. Впервые Zarbo и соавт. в 1986 г. выявили экспрессию S100 в ряде опухолей слюнных желёз, затем Domagala и соавт. (1988) определили экспрессию кератина и виментина. Da Cruz Perez DE, Pires FR и соавт. (2004) провели иммуногистохимическое исследование гистологических препаратов 53 детей находившихся на лечение в период с 1953-1997 г. в Hospitaldo Cancer A.C.Samargo. Определялась экспрессия p53, PCNA, Ki-67, c-erbB-2, bcl-2, и CEA. В результате проведённого исследования не было выявлено корреляции между прогнозом заболевания и наличием вышеуказанных белков. С другой стороны, A.Skalova, I.Leivo и соавт. (1994) исследовали экспрессию Ki-67 у 30 пациентов с адинозно-клеточным раком и получили следующие результаты. У 13 пациентов с индексом Ki-67 выше 5% развился рецидив заболевания, при этом трое из них с индексом Ki-67 56,2, 16,6 и 7,8% погибли от прогрессии заболевания. 17 пациентов с индексом Ki-67 ниже 5% живы без признаков болезни в течение 30 лет. Интересными представляются работы по изучению экспрессии pRb2/p130, p107, E2F4, p27, и pCNA. Так G.Russo, A.Zamparelli и соавт. обнаружили связь между цитоплазматической экспрессией pRb2/p130 степенью дифференцировки опухоли и наличием метастазов: более высокие уровни экспрессии белка pRb2/p130 наблюдаются в низкодифференцированных опухолях с высокой потенциальностью к метастазированию, что, несомненно, свидетельствует о важной роли данного белка в патогенезе и прогрессии опухолей СЖ.

Инструментальные диагностические исследования

Рекомендуется выполнить УЗИ околоушных, подчелюстных областей лица для выявления опухолевого образования в больших СЖ, оценить его локализацию, связь с капсулой железы, возможное распространение на соседние анатомические структуры, при возможном поражении малых СЖ – действия аналогичные, как и при опухолях больших СЖ. Необходимо оценить наличие или отсутствие изменений в регионарных лимфатических узлах, что может иметь решающее значение в определении стадии заболевания и объёма хирургического лечения.

На первом этапе пациенту с подозрением на опухоль СЖ необходимо проведение ультразвуковой томографии. Данный метод абсолютно безопасен для пациента, безболезненный и позволяет достаточно точно определить локализацию образования, структуру, его размеры, а также оценить состояние регионарных лимфатических узлов. Ультразвуковое исследование является чувствительным методом диагностики опухолей СЖ даже при малом размере и непальпируемости образования. Практически все опухоли СЖ гипозоногенны по сравнению с окружающей паренхимой. Чувствительность сонографии очень высока и по некоторым данным (GritzmanAm. J. Roentg, 1989) равна 100%, что выше результатов неконтрастной компьютерной томографии. Дифференциация внутрижелезистых и внежелезистых поражений возможна в 98% случаев. Сонографическим критерием злокачественного образования является отсутствие чётко определяемых границ. Эхоструктура образования в СЖ не может быть использована для разграничения гистологических вариантов опухоли, однако некоторые объёмные поражения создают довольно типичную сонографическую картину. Так, например, плеоморфная аденома определяется в виде очага пониженной эхогенности округлой или овальной формы с чёткими контурами, неоднородной структуры за счёт включений средней эхогенности. Цветное доплеровское картирование используется в качестве дополнительного метода в разграничении доброкачественных и злокачественных опухолей.

Диагностическими критериями являются:

1. Степень внутритропулевой васкуляризации (для злокачественных опухолей характерно увеличение внутритропулевого кровотока, при этом артериальная скорость значительно выше).
2. Данные пульсового кровотока (при скорости кровотока более 60 см/сек можно заподозрить наличие злокачественной опухоли).

Рекомендуется выполнить ТПАБ узла(ов) СЖ и изменённых лимфатических узлов шеи для постановки цитологического диагноза и оценки регионарного метастазирования. Метод очень важен для дифференциальной диагностики опухолевого и неопухолевого поражения. Для верификации морфологического диагноза необходимо проводить ТПАБ образования под ультразвуковым контролем. Цитологическое исследование имеет достаточно высокую чувствительность, как в определении доброкачественной (89,3%) или злокачественной природы новообразования (57,1%), так и в ряде случаев – при установлении морфологической структуры опухоли. Однако следует отметить, что, учитывая разнообразие морфологических форм опухолей СЖ у пациентов детского возраста, цитологическая диагностика нередко бывает затруднительна, и во многом диагностическая ценность и чувствительность данного исследования определяется опытом специалистов той медицинской организации, в котором оно выполняется. Тонкоигольная пункционная аспирационная биопсия (ТПАБ) под контролем УЗИ с последующим цитологическим исследованием во многих случаях позволяет установить характер образования в СЖ. Чувствительность и специфичность данного метода варьирует, по данным различных авторов, от 86 до 97% и во многом определяется опытом врачей, которые проводят ТПАБ и цитологическое исследование. Под контролем ультразвукового датчика более уверенно можно провести аспирационную пункцию подозрительных участков СЖ, с последующим цитологическим исследованием. Процедура является достаточно безболезненной и хорошо переносится, как взрослыми, так и детьми. Достоверная информация о типе опухоли позволяет выработать оптимальную хирургическую тактику и избежать неожиданностей во время операции, поэтому мы считаем проведение ТПАБ при опухолях СЖ обязательной диагностической процедурой. Кроме того, ТПАБ очень важна для проведения дифференциальной диагностики между опухолевым и неопухолевым поражением СЖ, а большинство пациентов с неопухолевым поражением СЖ могут быть

вылечены без операции. Однако отсутствие в пунктате указаний на наличие злокачественных клеток зачастую не является абсолютно достоверным. В связи с этим бывает необходимым проведение открытой биопсии, с морфологическим исследованием, после чего определяется оптимальная тактика хирургического или другого вида лечения.

Рекомендуется выполнить КТ с контрастным усилением ротоглотки и органов шеи для выявления опухолевого образования в больших СЖ, оценки локализации образования, связи с капсулой железы, возможного распространения на соседние анатомические структуры.

КТ с контрастным усилением позволяет оценить наличие или отсутствие изменений в регионарных лимфатических узлах, особенно при их связи с магистральными сосудами шеи, что может иметь решающее значение в определении хирургической тактики.

Компьютерная томография должна выполняться в следующих случаях:

1. Пациентам с подозрением на сосудистый характер поражений СЖ (гемангиома, сосудистая мальформация) и планированием хирургического вмешательства на них.
2. Всем пациентам с подозрением на злокачественный характер новообразований СЖ, выходящих за пределы железы для уточнения расположения окружающих структур – костей черепа, глотки, магистральных сосудов, что невозможно при обычном ультразвуковом исследовании (возможно не проводить данное исследование при проведении МРТ мягких тканей лица, ротоглотки и шеи).
3. Пациентам с поражением глоточного отростка околоушной СЖ.

Рекомендуется выполнить КТ органов грудной клетки с контрастным усилением для исключения метастатического поражения лёгких при злокачественном характере опухоли.

Рекомендуется выполнить МРТ ротоглотки, органов шеи, с усилением сигнала, при распространении опухоли в глоточном отростке околоушной СЖ, при инфильтрирующем характере роста опухоли, подозрении на продолженный рост и рецидив заболевания.

МРТ имеет свои преимущества по сравнению с обычным ультразвуковым исследованием и должна выполняться в следующих случаях:

- первичная пухоль огромных размеров, когда необходимо уточнить связь образования с окружающими структурами – кости черепа, глотка, магистральные сосуды, что невозможно при обычном ультразвуковом исследовании
- поражение глоточного отростка околоушной СЖ
- рецидивные опухоли, остаточные опухоли любых размеров, когда обычное ультразвуковое исследование мало информативно из-за выраженного рубцового процесса
- лимфатические мальформации.

Рекомендуется всем пациентам с опухолями слюнных желёз при первичном обследовании выполнить сцинтиграфию костей всего тела с технецием и технетрилом для исключения или подтверждения метастатического поражения костной системы, оценить поражение мягких тканей при злокачественных образованиях.

Радиоизотопные исследования (РИД) костной системы и мягких тканей часто не имеют большой диагностической значимости при первичных локальных опухолях, однако проведение радиоизотопного исследования костной системы очень важно для исключения скрытых костных метастазов злокачественных опухолей СЖ при первичном процессе, как во время динамического наблюдения за пациентом, так и при подозрении на рецидив в костной системе. РИД мягких тканей позволяет диагностировать рецидив ещё тогда, когда отсутствуют чёткие эхографические признаки заболевания.

Рекомендуется всем пациентам с опухолями слюнных желёз выполнить УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с целью выявления факторов, которые могут повлиять на выбор тактики лечения.

Иные диагностические исследования

Рекомендуется всем пациентам с опухолями слюнных желёз при первичном обследовании провести цитологическое исследование микроперепата опухолевой ткани или цитологическое исследование препарата тканей лимфоузла при подозрении на метастатическое поражение.

Рекомендуется проводить патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей слюнной железы с целью выявления факторов, которые могут повлиять на выбор дальнейшей тактики лечения.

(Окончание следует.)

Новые подходы

Новая площадка для взаимного обмена знаниями

На международном курсе в Стамбуле представлен уникальный опыт лечения детей с детским церебральным параличом

Заведующий отделением нейрохирургии Научно-исследовательского клинического института педиатрии и детской хирургии им. Ю.Е.Вельтищева Российской национальной исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Зиненко провёл кадаверный курс по селективной дорзальной ризотомии в рамках 2nd Deep Brain Stimulation and Pain Interventions Cadaver Course в Стамбуле. Ряд специалистов продолжают обучаться уникальной модификации метода в институте им. Ю.Е.Вельтищева в рамках дополнительного курса, организованного совместно с РНИМУ им. Н.И.Пирогова.

Кадаверный курс в Стамбуле стал площадкой для взаимного обмена знаниями между спикерами и слушателями из разных стран и континентов. В мероприятии приняли участие более 100 ведущих специалистов мира в области функциональной нейрохирургии из 30 стран. Эксперты по функциональной нейрохирургии на практике продемонстрировали передовые и наиболее востребованные методики лечения пациентов.

«В ходе предварительного опроса слушателей организаторы курса выяснили, что нейрохирурги особенно заинтересованы в освоении модификации метода селективной дорзальной ризотомии, которую мы с нашей командой разработали и применяем в институте



Д.Зиненко (в центре) с зарубежными коллегами

им. Ю.Е.Вельтищева, – рассказывает Д.Зиненко. – Поэтому коллеги пригласили меня продемонстрировать, как проводится эта операция. Несмотря на то что ризотомия применяется преимущественно для лечения детей, а слушатели курса, как оказалось, по большей части работают со взрослыми пациентами, на мастер-классе собралось огромное количество специалистов. В процессе я понял, что именно вызывает в них такой живой интерес.

Лекторы курса много рассказывали про нейромодуляцию – ме-

тодику, основанную на вживлении в организм различных устройств. Все эти аппараты стоят очень дорого, и далеко не каждая клиника может позволить себе закупать такие устройства в необходимых количествах. Так, установить пациенту баклофеновую помпу стоит 1,67 млн руб. В то же время селективная дорзальная ризотомия обойдётся клинике почти в пять раз дешевле и даст результат ничуть не хуже или даже лучше. Кроме того, наша методика обеспечивает стабильный положи-

тельный эффект без дополнительных вмешательств, в то время как нейромодуляционные устройства требуют постоянного наблюдения и ухода.

Резекционные операции – главный тренд современной нейрохирургии, потому что они позволяют добиться отличного результата без вживления в организм посторонних устройств. Селективная дорзальная ризотомия, стремительно набирающая популярность во всём мире, – одна из таких операций, и мы с нашей командой – лидеры этого направления в России».

Ряд зарубежных специалистов продолжают осваивать методику непосредственно в стенах института им. Ю.Е.Вельтищева в рамках специально разработанного курса кафедры инновационной педиатрии и детской хирургии факультета дополнительного профессионального образования РНИМУ им. Н.И.Пирогова. В программу войдут лекции по теории и практические занятия, в ходе которых участникам продемонстрируют, как проходит операция.

Благодаря селективной дорзальной ризотомии за 2 года более 200 пациентов института им. Ю.Е.Вельтищева с детским церебральным параличом получили шанс на самостоятельное передвижение. Уникальная методика хирургического лечения спастичности, разработанная нейрохирургами института под руководством доктора медицинских наук Д.Зиненко, не имеет равных по эффективности.

Александр ГЕОРГИЕВ.

Проблемы и решения

На Республиканской станции переливания крови введена в эксплуатацию новая низкотемпературная камера для хранения замороженной донорской плазмы стоимостью 33,6 млн руб.

Мороз хранит плазму

Как известно, плазма, полученная от донора, не передаётся сразу в больницы, она должна пройти карантинизацию – отлежаться в течение 4 месяцев для полной уверенности в том, что не содержит никакой инфекции. В среднем на хранение в специальной медицинской камере, поддерживающей постоянную температуру не выше – 35-40°С, находится 2700 л плазмы.

До сих пор станция переливания крови использовала камеру для хранения замороженной плазмы, закупленную в 2008 г. в рамках Федеральной программы «Развитие службы крови». Вместо положенных 8 лет она служила почти вдвое дольше и начала давать сбои.

В результате мониторинга цен удалось найти морозильную камеру отечественного производства по цене дешевле импортных. Правительство и Министерство здравоохранения Республики Марий Эл нашли возможность выделить необходимые средства.

Плазма крови – очень ценный компонент. Она необходима при ожоговой болезни на любой стадии; тяжёлых гнойно-воспалительных процессах; массивных кровотечениях; нарушении свёртываемости крови и в некоторых других случаях.

Ольга БИРЮЧЁВА,
внешт. корр. «МГ».

Республика Марий Эл.

Точка зрения

Поправки к закону о психиатрической помощи, принятые Государственной Думой РФ 20 июля во втором и третьем чтении и уже одобренные Советом Федерации, ставят крест и на создании Службы защиты прав пациентов, и на так называемой распределённой опеке, которой долгое время добивались неправительственные организации.

Вкратце напомним историю. В принятый в 1992 г. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» была включена ст. 38 о создании «независимой от органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья служба защиты прав пациентов, находящаяся в психиатрических стационарах». Одновременно с принятием закона Верховный Совет РФ принял Постановление о порядке введения его в действие, в котором среди прочего говорилось: «Поручить Правительству Российской Федерации до 1 декабря 1992 г. разработать и утвердить Положение о службе защиты прав пациентов, находящейся в психиатрических стационарах». Однако по разным причинам это не было сделано. И через некоторое время началась борьба за создание службы. Сначала Независимая психиатрическая ассоциация (НПА) России занималась этим вместе с Уполномоченным по правам человека в Российской Федерации Владимиром Лукиным, потом – с Минздравом и другими профильными некоммерческими организациями. Поскольку Министерство финансов и Минэкономразвития России ка-

Беззащитные душевнобольные

Законодатели не услышали мнение общественных организаций

тегорически отказались выделять средства на создание службы, был разработан законопроект, который не требовал финансовых вложений, а предлагал – по аналогии с работой общественных наблюдательных комиссий – создать службу силами общественных организаций, работающих в сфере психического здоровья. При этом предлагалось распространить её действие ещё и на психоневрологические интернаты, в которых нарушений прав проживающих там граждан было на порядок больше, чем в больницах. Координировать работу службы должен был специально созданный отдел при Уполномоченном по правам человека в РФ. Работа продолжалась несколько лет, согласовывался каждый абзац, каждая запятая. Удалось добиться согласия омбудсмена Татьяны Москальковой, были подготовлены дополнения в закон об Уполномоченном по правам человека. Однако, как говорится, что-то пошло не так. Законопроект встретил мощное противодействие со стороны разных структур и так и не дошёл до Государственной Думы.

Второй законопроект, который разработали и много лет продвигали общественные организации, оказывающие помощь людям с ментальными проблемами, – это так называемый закон о распределённой опеке. На самом деле это

лишь паллиатив к полному отказу от того, чтобы граждане, признанные недееспособными и помещённые в интернат, оказывались в полной зависимости от его администрации. Предлагалось, что помимо директора психоневрологического интерната такой человек может иметь ещё одного или даже несколько опекунов, которые делят между собой обязанности и обеспечивают соблюдение прав недееспособного. Опекуном может стать и неправительственная организация, которая имеет опыт работы с людьми с психическими расстройствами. Параллельно шла борьба за максимальное сокращение психоневрологических интернатов и их замену специализированными квартирами сопровождаемого проживания, где люди могли находиться в условиях, приближенных к «свободной» жизни и в то же время получать необходимую поддержку от социальных служб. В 2019 г., когда после шумной кампании в СМИ о плачевном состоянии жилищного фонда и грубых нарушениях прав людей, проживающих в психоневрологических интернатах, государство выделило 2 млрд руб. на строительство новых «монстров» вместимостью до 900 человек, более 100 неправительственных организаций, защищающих права инвалидов, приняли участие в кампании протеста против такой консервации прежнего положения вещей и

подписали обращение к Президенту РФ, в котором говорилось о недопустимости строительства крупных психоневрологических интернатов; возобновления действия поручения Президента РФ от 23 августа 2017 г. о закреплении в федеральном законодательстве различных форм сопровождаемого проживания; создании специализированных жилищных фондов сопровождаемого проживания и малокомплектных учреждений социального обслуживания; социализации и социальной реабилитации проживающих в существующих психоневрологических учреждениях инвалидов.

НПА России координировала эту работу, собрала 100 оформленных по всем правилам писем, с подписями и печатями, и передала их в администрацию Президента РФ. В ответ мы получили отписку о том, что наши предложения будут приняты во внимание. И строительство ПНИ продолжилось, а вместе с тем и борьба за закон о распределённой опеке.

И вот теперь видим, как вместо закона о Службе защиты прав пациентов и закона о распределённой опеке принимаются поправки в закон о психиатрической помощи, которые просто отменяют создание службы и существенно ухудшают положение людей, проживающих в психоневрологических интернатах.

Обязательным условием выхода оттуда является решение комиссии о возможности самостоятельного проживания и заявления человека, который готов взять на себя заботу о недееспособном, а вот возможность выписки в связи с переходом на сопровождаемое проживание не предусмотрена, как и выписка под опеку общественных организаций. Представители некоммерческой организации обращаются к Государственной Думе с просьбой не принимать подготовленные поправки, но их вновь не слышат. Законопроект просто игнорирует все предыдущие обсуждения, которые проходили многие годы, на разных площадках, в том числе с участием государства и государственных экспертов.

Так государство понимает положение Конвенции о правах инвалидов о том, что представители организаций, представляющие интересы инвалидов, должны быть «активно вовлечены в процессы принятия решений относительно стратегий и программ, которые их прямо касаются». «Участвовать-то вы можете, а вот решения мы будем принимать без вас». Гражданскому обществу в очередной раз показали, что его мнение ничего не значит.

Любовь ВИНОГРАДОВА,
исполнительный директор
Независимой психиатрической
ассоциации России.

Национальный центр медицины появился на медицинской карте Якутии три десятилетия назад. История становления и развития в условиях Крайнего Севера уникального лечебно-диагностического комплекса, не имеющего даже отдалённых аналогов в Сибири и на Дальнем Востоке, тесно связана с именем первого президента республики. Символично, что в юбилейный год Указом главы Республики Саха (Якутия) Республиканской больнице № 1 – Национальному центру медицины было присвоено имя Михаила Ефимовича Николаева. С упоминания этого знаменательного события и начал свой рассказ по просьбе корреспондента «МГ» о предназначении, задачах и возможностях самого крупного многопрофильного учреждения на территории самого большого по площади субъекта РФ его генеральный директор отличник здравоохранения Станислав ЖИРКОВ.

– Минувло 30 лет, как Михаил Ефимович не только словом, но и делом поддержал медицинских управленцев и энтузиастов-общественников, обосновавших острую необходимость и предложивших план кардинальных перемен в национальной системе охраны здоровья. Отправной точкой к прорыву послужил Указ № 1 нашего первого президента от 13 января 1992 г. «О первоочередных мерах по совершенствованию здравоохранения Республики Саха (Якутия)», в котором предусматривались приоритетное государственное обеспечение учреждений здравоохранения материально-техническими ресурсами, модернизация диагностического и лечебно-реабилитационного оборудования, а также комплекс мер по подготовке и закреплению квалифицированных медицинских и научных кадров. Следом были изданы основополагающие постановления и предприняты практически все шаги, направленные на качественное реформирование здравоохранения, медицинской науки и образования.

Национальный центр медицины официально был организован 30 июля 1993 г. указом президента республики, в результате объединения построенных Якутского клиничко-диагностического центра и Центра охраны материнства и детства.

С открытием НЦМ его руководство и персонал приступили к внедрению современных, в том числе высокотехнологических методов диагностики и лечения, что фактически вывело здравоохранение Якутии на совершенно иной уровень, дало импульс созданию целого ряда служб и направлений, которых до этого в республике просто не существовало. Среди них: лапароскопическая гепатодуоденальная хирургия, сосудистая микрохирургия, ударно-волновая литотрипсия, минимально инвазивные рентгеноэндоваскулярные операции, молекулярная генетика, гипербарическая оксигенация, программный гемодиализ, репродуктивные технологии и пр. Именно у нас впервые в регионе появились рентгеновская компьютерная, магнитно-резонансная томографии, гибкая и жёсткая видеоэндоскопия, холтеровское мониторирование ЭКГ и артериального давления, пренатальная ультразвуковая диагностика, иммуногистохимия, радиоизотопное сканирование, цитогенетика и т.д. Национальный центр медицины сегодня – это пять лечебно-диагностических центров со своей спецификой: консультативно-диагностический, клинический, педиатрический, перинатальный, кардиососудистый. Каждое структурное подразделение вносит огромный вклад в развитие как центра, так и республиканского здравоохранения в целом.

Территория храма здоровья на Сергеляхском шоссе поистине громадна: общая площадь наших зданий, соединённых галереями, составляет 78 479,8 м², площадь больничных палат – 8061 м². Спе-

циализированное лечение в центральные регионы страны. Работа учреждения в определённой степени подтянула уровень оказания специализированной медицинской помощи в улусах республики. Так, внедрение и применение современных технологий в перинатальном центре позволило достичь заметных позитивных результатов в сни-

том центре доступно абсолютно любому жителю республики, от самого дальнего улуса до республиканской столицы.

Оказание доступной, качественной, безопасной специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи посредством применения современных методов диагностики и лечения с использованием достижений мировой науки и практики во благо сохранения жизни и здоровья якутян – вот бессрочная миссия Национального центра

медицинских, клеточных технологий.

Бесспорно, успешная реализация такого крупномасштабного проекта, как строительство и ввод в эксплуатацию Национального центра медицины в самом крупном городе мира, возведённом в зоне вечной мерзлоты – одно из наиболее ярких и значимых достижений XX века в масштабе республиканского здравоохранения. 30 лет в масштабе истории – это миг, но в новейшей истории медицины Якутии в переходный

Прямая речь

Миссия бессрочная и почётная

Флагману медицины на земле Олонхо уже 30 лет!



С. Жирков

циалистов не могут не впечатлить и статистические данные объёмов лечебной работы: ежегодно стационарные отделения НЦМ принимают более 28 тыс. больных, а в амбулаторных подразделениях регистрируется около 400 тыс. посещений пациентами, количество же выполненных операций превышает 12 тыс.

Национальный центр медицины с самого дня основания является основной клинической базой для подготовки специалистов Медицинского института Северо-Восточного федерального университета им. М.К.Аммосова. Всего здесь расположено 11 учебных кафедр, где на практических занятиях обучающиеся оттачивают умения и навыки.

В настоящее время деятельность центра выстраивается на принципах качества и безопасности, ориентируется на пациента, его родственников и взаимное сотрудничество для обеспечения качественной медицинской помощи. В подтверждение соответствия стандартам качества и безопасности добровольной сертификации Национального института качества Росздравнадзора Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины первым в Республике Саха (Якутия) получил сертификат «Качество и безопасность медицинской деятельности».

жени материнской и перинатальной смертности. Уровень же младенческой смертности, как известно, есть важнейший интегрированный демографический показатель, отражающий социально-экономическое благополучие общества, качество и эффективность медицинской помощи.

Минувший 2022-й, без сомнения, запомнится нам, да и остальным жителям Якутии, как год ввода в строй кардиососудистого центра, где в соответствии с мировыми стандартами мы сосредоточили всю высокотехнологичную помощь пациентам, страдающим самой распространённой в республике патологией – заболеваниями сердца и сосудов. Кардиососудистый центр оснащён медицинским оборудованием экспертного класса с широкими возможностями, что позволяет реализовать новый подход в рентгеноэндоваскулярной хирургии, открывающий большие возможности для совершенствования и развития малоинвазивных операций.

В новом здании общей площадью 15 тыс. м² размещаются шесть клинических отделений: кардиологическое, неврологическое отделение острых нарушений мозгового кровообращения, сердечно-сосудистой хирургии, аритмологии, анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии. Также предусмотрены три операционных зала, гибридная ангиографическая операционная, МРТ, КТ, рентгенография, ультразвуковые исследования, кабинеты реабилитации и физиотерапии. Объект рассчитан на 150 коек. Основная цель, которая ставится во главу угла всей деятельности новоиспечённого специализированного подразделения НЦМ, хорошо известна – снижение смертности от болезней системы кровообращения в республике, увеличение показателя ожидаемой продолжительности жизни жителей Якутии до 78 лет к 2024 г. Вряд ли стоит дополнительно уточнять, что лечение в нашем кардиососудис-

тате. Выбранный путь, скажу откровенно, больше усыпан шипами, чем розами: многосложность и архиважность порученных задач сопряжены с каждодневным преодолением сонма проблем. Но в то же время именно эта установленная высокая планка вкупе с профессиональным долгом стимулирует нелёгкий медицинский труд большого и дружного коллектива НЦМ – а он ныне насчитывает без малого 2,8 тыс. сотрудников, из них почти 700 врачей.

Реперными точками в саморазвитии центра на ближайшие годы определены обеспечение всех слоёв населения республики доступной, квалифицированной медицинской помощью в рамках государственных гарантий, с применением высокоэффективных медицинских технологий; продолжение процесса переоснащения НЦМ современной медицинской техникой; оптимизация и интенсификация использования дорогостоящего оборудования и коек; профилактическая работа, направленная на раннее выявление

период рыночных реформ – срок вполне достойный и достаточный для того, чтобы пройти проверку временем.

Годы интенсивной эксплуатации больничного комплекса убедительно доказали, что сооружение центра имело огромное значение для «трамплинного» развития здравоохранения региона. Благодаря НЦМ был осуществлён прорыв к новым организационным и лечебным технологиям XXI века, что в свою очередь качественно повлияло и изменило интеллектуальную среду врачевания. Все эти годы деятельность центра была направлена на решение первоочередных проблем практической медицины и полностью соответствовала запросам республиканского здравоохранения. Медицинский персонал учреждения не только сохранил и приумножил высокий рейтинг, свою востребованность, занимая в отрасли достойное место среди других коллективов, но и продолжает увеличивать уровень объёмов оказания медицинской помощи землякам. Вклад НЦМ в копилку общественного здоровья



Кардиоцентр

ние заболеваний, предупреждение наследственных заболеваний и врождённых пороков развития, снижение младенческой и материнской смертности, снижение детской и взрослой инвалидности; дальнейшее продвижение информационных технологий, углубление интеграции с лечебными учреждениями республики; совершенствование специализированных и узкоспециализированных видов медицинской помощи; расширение сферы практического применения био-

всегда отличали, прежде всего, интересы больного и ставка на новые технологии.

Сегодня Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины им. М.Е.Николаева – флагман здравоохранения на земле Олонхо – выходит на новые рубежи и можно с уверенностью сказать, что их освоение будет ознаменовано дальнейшей созидательной, многотрудной и очень интересной работой.

Подготовил
Владимир ВЕНИАМИНОВ.

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Сегодня в столице достраивают миллион квадратных метров новых медицинских мощностей, почти столько же находятся в стадии ремонта, 100 поликлиник уже реконструированы по новому московскому стандарту, а ещё около в 100 работы завершатся в ближайшее время. Кроме того, в скором времени начнётся второй этап программы капитального ремонта поликлиник, который затронет 140 зданий. В результате в ближайшие 2-3 года в столице будет создана совершенно новая амбулаторная среда.

О результатах большой работы говорит статистика: «После ковидного периода нам удалось вернуться к существенному росту продолжительности жизни в Москве – это 78,2 года, – сообщил в ходе панельной дискуссии «Здоровый город: быть здоровым легко с московской медициной» министр правительства Москвы, руководитель Департамента здравоохранения Алексей Хрипун. – Это третья позиция по стране, есть ещё два субъекта в России, у которых продолжительность жизни больше – это кавказские долгожители. Почти в 2,5 раза за это время снизилась младенческая смертность в столице. В полтора раза – смертность от болезней системы кровообращения как основных причин смертности. На 12% – от такой серьёзной причины, как онкозаболевания».



События

Город здоровья

ежегодно проходят медицинский профосмотр, чтобы получить допуск к спортивным занятиям, тысячи детей и подростков. Он назвал самую полезную физическую активность – это быстрая ходьба, от которой не страдает позвоночник. А лучшее средство

городская среда – здоровье населения в условиях климатических изменений». «Мы очень плотно взаимодействуем со здравоохранением. К нам приходят врачи разных специальностей. Кардиологи рассказывают о правильном образе жизни, как реагировать на повышение температуры, которое у нас сейчас наблюдается. Геронтологи знакомят людей с принципами, которые позволяют стареть красиво. Всё в нашем центре нацелено на то, чтобы люди могли дольше жить, уметь правильно определять приоритеты», – рассказал В. Каменских.

На панельной дискуссии «Новые зависимости – новые вызовы для здоровья горожан» рассказали, где в столице помогут избавиться от табачной и алкогольной, наркотической и иной зависимости. Так, бороться с пристрастием к курению помогает Центр профилактики и лечения табачной и нехимических зависимостей. Новые вызовы для здоровья сегодня – это ещё и игры, социальные сети, мессенджеры и даже новости. Игромания внесена в реестр болезней – в Москве её успешно лечат. Психиатры рассказали о том, как перестать листать социальные сети и читать новости.

Отдельные дискуссии конгресса были посвящены теме экологии. Успехи российской столицы в области улучшения качества окружающей среды отметили международные эксперты. Москва – активный участник движения «Здоровая среда», направленное на поддержку инвестиций в здоровье населения и развитие экологически чистой городской среды, и это приносит свои плоды, заявила руководитель сети ВОЗ «Регионы – за здоровье» Беттина Менне.

Симбиоз двух интеллектов

Практикой внедрения искусственного интеллекта (ИИ) в работу столичной медицины поделился на панельной дискуссии «Здоровье в мегаполисе: технологии выводят медицину на новый уровень» заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Илья Тыров.

Современный врач по-прежнему много времени и сил тратит на анализ медицинских данных пациента. И решение передать часть рутинных интеллектуальных операций бурно эволюционирующему ИИ лежит на поверхности. «Но поскольку речь идёт об ИИ в здравоохранении, у нас другие подходы, чем в научно-фантастических фильмах, потому что для нас в первую очередь важна безопасность – и того, кто будет применять искусственный интеллект,

и того, для кого он будет применяться», – отметил эксперт. Поиск и реализация таких решений требуют огромных интеллектуальных затрат и времени большой команды профессионалов.

И. Тыров рассказал о том, как проходила цифровизация здравоохранения в столице. Начали с поликлиник, потом подключились стационары. Поначалу пришлось бороться с косностью системы, но сейчас внедрение технологий ускоряется. В том числе и за счёт того, что люди на практике увидели пользу от нововведений. «Мы не просто провели цифровую трансформацию, а уже извлекаем пользу из работы с данными, из применения ИИ», – подчеркнул заместитель руководителя департамента.

Один из самых масштабных проектов в Москве, а, возможно, и в мире, – эксперимент по применению компьютерного зрения в радиологии. Сервис ИИ анализирует оцифрованные данные, полученные с помощью диагностической аппаратуры и даже готовит предварительное заключение – измеряет морфометрию,

федеральные коллеги, коллеги в других регионах, с тем, чтобы в целом движение в сторону применения ИИ, как помощника врача, стало возможным», – рассказал И. Тыров.

За последние три года в столице получилось развить рынок сервисов ИИ. Их количество относительно начального увеличилось втрое. А количество клинических направлений, в рамках которых работают сервисы – в пять раз. Сегодня сервис выявляет определённое количество патологий и выводит некоторое количество замеров, на которые, как правило, врачи-рентгенологи тратят огромное количество времени. С начала

этого года в столице внедрили применение ИИ в качестве «второго мнения» при маммографии. «Мы добавили безопасности процессу, включая обязательное чтение исследования сервисом. Как результат – в 8 раз сократилось время от получения технических результатов маммографии до заключения врача», – рассказал И. Тыров.

Кроме того, в столичной медицине применяются такие технологии, как распознавание естественного языка – врачи лучевой диагностики и эндоскописты наговаривают протоколы, что сокращает время примерно на 20%. Система поддержки принятия решений – это симбиоз естественного и искусственного интеллекта. ИИ, собрав жалобы пациентов, предоставляет врачу возможность выбрать один из трёх предварительных диагнозов. Решение в любом случае принимает врач, но затем ему даётся подсказка, которая облегчает выбор диагностических мероприятий, необходимых для подтверждения или опровержения диагноза. При автоматической расшифровке



Мода на 30Ж

В ходе дискуссии «Мода на здоровье» обсуждалось, как влияет на человека его образ жизни, и как город через создание благоприятной среды помогает жителям сохранить здоровье и качество жизни. Сегодня для горожан медицина – это, прежде всего, лечение и оказание высокотехнологичной помощи, необходимо изменить этот подход и заниматься больше профилактикой и ранним выявлением заболеваний, считает заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Андрей Старшинин.

«Если кто-то хочет проверить своё здоровье в Москве, то в шаговой доступности обязательно найдётся такая точка. Вас обследуют, расскажут, есть ли факторы риска или какие-то заболевания и дадут направление на полную диагностику. И если выявлено какое-то заболевание, то не стоит отказываться от диспансерного наблюдения», – отметил А. Старшинин. Например, пройти чек-ап можно в 40 городских парках, где с 8 до 20 часов без выходных открыты павильоны «Здоровая Москва».

Проверить своё здоровье перед тем, как заняться спортом, можно в московских поликлиниках, рассказал в ходе панельной дискуссии «Спортивный город. Активности есть для каждого» главный специалист по спортивной медицине Департамента здравоохранения Москвы Зураб Орджоникидзе. По данным департамента,

для того, чтобы восстановиться после спорта и работы – хороший правильный сон.

Говорили на конгрессе и о том, как победить старость. Сегодня число москвичей старше 55 лет превысило 3 млн человек: такой цифрой поделились участники дискуссии «Долголетие начинается сейчас». И если 10-15 лет назад поддержка москвичей старшего возраста состояла, в основном, из выплат, льгот и надомного обслуживания, то теперь фокус принципиально иной: помочь горожанам жить не просто долго, а долго и счастливо. «Сегодня городское пространство даёт нам возможность влиять на все основные составляющие активного долголетия», – заявил главный специалист департамента по первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, главный врач КДП № 121 Андрей Тяжельников. По его словам, за 5 лет существования программы «Московское долголетие» в ней приняли участие 500 тыс. москвичей – и 96% из них отметили улучшение качества жизни.

Местом сосредоточения комфорта и развития своих возможностей для людей пожилого возраста должны стать центры московского долголетия, считает заместитель руководителя сети центров московского долголетия Владимир Каменских. В Москве уже работают 86 центров, а к концу года их число достигнет 120. Об их возможностях и принципах работы он рассказал в ходе панельной дискуссии «Адаптивная



указывает наличие патологий. В практику столичного здравоохранения этот сервис вошёл в 2020 г. – с анализа КТ грудной клетки при подозрении на COVID-19, и на сегодняшний день это самое развитое направление.

В рамках этого эксперимента столичные специалисты разработали методологию по применению ИИ и по его продвижению в практику. Каждый сервис компьютерного зрения проходит через несколько этапов валидации результатов, постоянно мониторируется качество его работы. «Всё это доступно в открытом доступе, всем этим пользуется рынок, наши

ЭКГ ИИ также сокращает время врача, кроме того, эта технология используется, например в павильонах «Здоровая Москва» в парках. Чат-бот на основе ИИ является диалоговым окном при записи пациента на приём к врачу и позволяет сократить время на приёме.

«ИИ помогает врачу. Он не лишает никого работы, он создаёт дополнительные рабочие места, позволяет сократить время на рутину и заниматься более интересными случаями», – резюмировал И. Тыров.

Ирина РЕЗНИК,
внешт. корр. «МГ».

Апокриф гласит, что в оккупированном Париже бесстрашная русская то ли княгиня, то ли графиня издавала газету, которая называлась *Resistance* – «Сопротивление». Другой апокриф рассказывает о панспермии, которой бредил шведский лауреат Нобелевской премии С.Аррениус.

Он полагал, что жизнь на Землю «пришла» в виде микробов, преодолевших «ужасы» космоса. Идею возродил Ф.Крик, не получивший второй Нобелевской премии за расшифровку ген-кода, который почти стопроцентно одинаков для всей флоры и фауны планеты, а также её микромира, поэтому та же кишечная палочка *E.coli* синтезирует протеины человека после внесения в неё его гена. Но даже если откинуть пока ещё не доказанную панспермию, у учёных есть «каменные трубы», представляющие собой бьющие из-под океанического дна термальные источники, вокруг которых «бьёт ключом» жизнь, причём не только одноклеточная. Это свидетельствует о том, что микроорганизмы имеют множество способов и молекулярных механизмов, которые способствуют «самообороне» от самых неожиданных нападений энвиронмента, то есть среды.

А.Флеминга, можно сказать «пристегнули» к двум учёным, один из которых «пробил» за океаном производство пенициллина, который оказался чудодейственным средством против... сифилиса, свирепствовавшего в войсках и наносившего существенный урон живой силе. Всем троим в 1945 г. присудили Нобелевскую премию, и пресса уверяла, что антибиотик был равен 25 дивизиям. Флеминг в своей нобелевской речи предупредил, что неосторожное пользование лекарством грозит непредвиденными последствиями, и уже к началу 60-х годов в мире заговорили о распространении больничных инфекций, которые

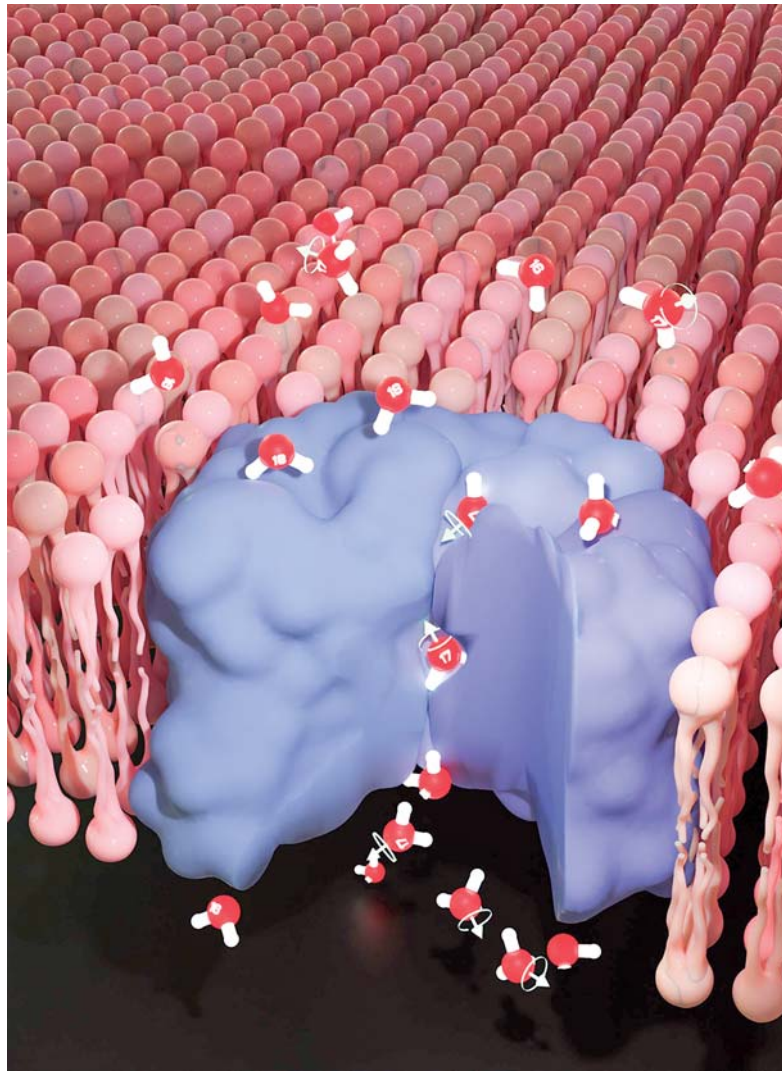
Вывод

Мультирезист

устойчивы к пенициллину и пришедшему ему «на помощь» стрептомицину. Сегодня это мировая проблема, на решение которой брошены огромные средства и учёные «силы».

Известно, что микроорганизмы делят на грамм-положительные и – отрицательные (в память о датчанине Х.Граме). Деление основано на строении их оболочек. У микробов, как и у клеточных митохондрий, две мембраны. В определённых условиях митохондрии «выпускают» из себя белковые ферменты, способствующие клеточной смерти, или апоптозу.

При наличии двух мембран между ними находится периплазма и довольно часто сетчатый слой переплетённых друг с другом пептидогликанов, то есть «осахаренных» пептидов, или цепочек аминокислот. Поверхность той же кишечной палочки, мутант которой болезнетворен, имеет слой вертикально расположенных нитей «осахаренных» жирных молекул, или липополисахаридов (LPS), не пропускающих те же антибиотики к наружной мембране (OM – Outer Membrane). Разработкой средств против LPS заняты умы некоторых учёных, но гораздо большее внимание уделяется молекулярным «помпам» мультилекарственной резистентности (MDR). На втором фронте борьбы с ней находятся ворсинки-пили. Одним из опасных акторов внутрибольничной инфекции является малоподвижный акинетобактер (*Acinetobacter*), не обладающий повышенной кинетикой. Во Франкфуртском университете показали, что его пили легко и быстро приспосабливаются к разным условиям, показывая высо-



Белковая помпа в мембране, розовые сферы – фосфор, от которого отходят «хвосты» жирных цепей-молекул

кую степень диверсификации своих ворсинок. Этому способствует белок клеточной компетенции ComC, который может стать мишенью эффективных лекарств (PG). Современные антибиотики блокируют строительство микробных стенок (как например тот же пенициллин), синтез РНК и белков на рибосомах и т.д. но, можно полагать, впервые учёные Технологического института Джорджи и Королевского колледжа Лондона сумели «подобраться» к каналу протеиновой помпы, выкачивающей из цитоплазмы микроба попавшие туда токсичные молекулы. Оказалось, что помпа использует для своей работы «мотивную» силу протонов (H⁺), а для её включения белковый рецептор Асг, связывающий молекулы анти-септика акрихина, получаемого из угля в виде оранжевого цвета соединения. Авторы ещё 3 года назад писали о выявлении нового химического пространства, через которое лекарства проникают (penetrate) в грам-отрицательные клетки.

Всё перечисленное лишнее подтверждает старую истину, согласно которой биологические проблемы не решить «с насоска». Не будем забывать, что микробы существуют на планете более 3 млрд лет, а наука о них менее 200! Время жизни молекулярной биологии и того меньше, а ведь нам противостоят враги размером один микрон. Но при всём их маленьком «росте» они могут быть смертельно опасны как для нас, так и для друзей наших меньших, а также больших, создающих еду для нас, которых тоже надо защищать. При этом желательно не создавать дополнительные угрозы для здоровья, потому что антибиотиковая резистентность передаётся нам с мясом и другими продуктами животноводства...

Игорь ЛАЛЯЙНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Nature Communications, Nature Chemical Biology, PLOS Genetics, Scientist.

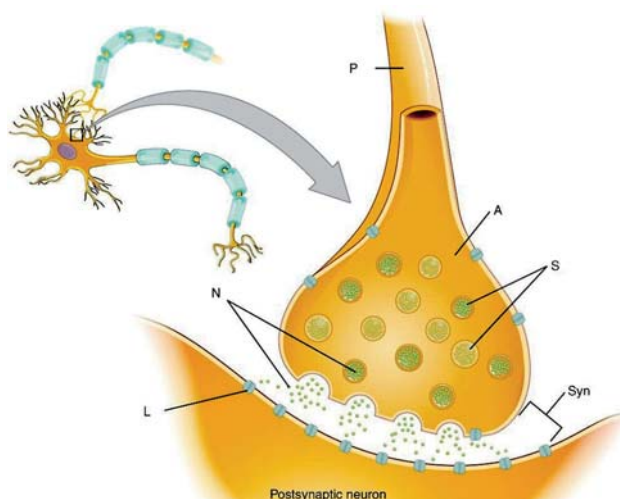
Взгляд

Технический университет Мюнхена в своё время сообщил интересный факт, связанный с сердечными заболеваниями. Он связан с нарушением сна у сердечников, что усугубляет проблему. Бессонница наступает у них из-за нехватки мелатонина, который вырабатывает клетками эпифиза. В Мюнхене выяснили, что снижение активности его клеток связано с недостаточной иннервацией «шишки» внемозговых нейронами верхнего шейного узла. А те подвергаются нейродегенерации (из нейродегенеративных болезней все знают Альцгеймера и Паркинсона)

на) вследствие «атаки» собственных иммунных клеток. Нечто подобное происходит при сахарном диабете 1-го типа и рассеянном склерозе с разрушением изолирующих оболочек нервных отростков аксонов. В баварской столице увидели, что ганглии инфильтрируют мечниковские макрофаги, вследствие чего гибнут нервные клетки ганглия (известно, что чрезмерный иммунный ответ усугубляет тяжесть ковидной инфекции). Авторы опытным путём понизили число макрофагов у мышей, а это привело к восстановлению синтеза мелатонина.

Заслуженная награда

Нервные импульсы не «перетекают» из одной нервной клетки в другую, потому что они разделены не проводящим ионные токи пространством, или щелью. Для этого стимулирующие или подавляющие нервную активность вещества (нейромедиаторы) «упаковываются» в везикулы сферической формы, которые транспортируются по белковым нанотрубочкам внутри нервных отростков. Так происходит трансфер того же адреналина к синапсу, или точке нейронального контакта: нейромедиатор выделяется в щель, на другом краю которой имеются белковые рецепторы. Соединение первого с ними генерирует ионный ток, которых распространяется дальше. Синапсы весьма динамичны, то есть постоянно образуются новые и элиминируются старые. Это свойство нервной системы говорит об её пластичности, которая важна как для обучения, так и формирования и хранения памяти, а также её консолидации, происходящей во сне, расстройство которой нарушает память. При болезни Альцгеймера в межклеточном пространстве накапливаются бляшки из амилоида-бета (А-бета).



Нейрон и его отросток, по которому к синапсу приходит импульс: P – пресинаптический отросток, S – везикулы с нейротрансммиттером, Syn – синаптическая щель, N – нейротрансммиттер, L – белковые рецепторы

Они обладают нейротоксическим действием на отростки, что препятствует нормальной нейропроводимости. В телах

же нервных клеток накапливаются клубки мутантного тау-белка, убивающие тела нейронов (недаром наиболее ранним проявлением болезни являются нарушения памяти). Память, как выяснили в Университете Беркли, находится под влиянием уровня глюкозы в крови, координируемого мозгом во сне.

В Институте нейронаук города Юпитера (США), обнаружили интересное действие инсулиноподобного фактора роста (IGF), стимулирующего деление клеток на пластичность нейронов. Действует он через свой белковый рецептор, и синтез обоих протеинов кодируются генами гипоталамических нейронов, гипоталамус, или извилина морского конька. Действие IGF определяет пластичность в гиппокампе, что очень важно для процессов обучения и формирования памяти.

Иван ЛАРИН.

По материалам Physorg, Cell Reports Medicine, iScience, Nature, Nature Neuroscience, Science, Science Advances, Scientist.

Исследования

Вакцина от «болезни X»

Британские учёные занимаются разработкой вакцин в качестве страховки от новой потенциальной болезни. В правительственном лабораторном комплексе Портон-Даун в Уилтшире более 200 экспертов работают над этим проектом.

Они составили список опасных вирусов животных, которые могут заразить людей и быстро распространиться по всему миру. Но пока неизвестно, какая из этих болезней станет следующей пандемией, поэтому её называют «болезнью X». Журналисты Sky News были допущены на территорию лаборатории, которая находится под контролем Агентства безопасности здравоохранения Великобритании, чтобы увидеть, как проходят исследования в условиях высокой изоляции.

В данный момент учёные мониторят несколько патогенов высокого риска, включая птичий грипп, оспу обезьян и хантавирус, который распространяется через грызунов. Один из первых успехов – разработка первой в мире вакцины против крымско-конголезской геморрагической лихорадки, вызываемой клещами и имеющей высокий процент летальности.

Клинические испытания этой вакцины находятся на ранней стадии, и будут протестированы на 24 добровольцах. Возрастающая глобальная температура способствует распространению болезни, и некоторые путешественники уже вернулись в Великобританию с инфекцией.

На данный момент птичий грипп считается наиболее вероятной угрозой пандемии, и Королевское общество защиты птиц сообщает о большом количестве морских птиц, умерших от болезни H5N1 по всей Великобритании. Агентство по здравоохранению страны начало наблюдение за людьми, находящимися в близком контакте с птицами, чтобы выявить возможные случаи распространения вируса без симптомов.

Игорь НАУМОВ.

По всему миру работодатели должны создавать условия для работающих женщин с маленькими детьми, нуждающимися в грудном вскармливании. Об этом напоминают главы ЮНИСЕФ и ВОЗ по случаю начала Всемирной недели грудного вскармливания.

«За последние 10 лет многие страны добились значительного успеха в увеличении показателей исключительно грудного вскармливания. Тем не менее дальнейший прогресс возможен, когда грудное вскармливание защищают и поддерживают, особенно на рабочем месте», – говорится в совместном заявлении исполнительного директора ЮНИСЕФ Кэтрин Рассел и генерального директора ВОЗ Тедроса Гебрейесуса.

В этом году тема Всемирной недели связана с возможностью вскармливания на рабочем месте. В ЮНИСЕФ и ВОЗ призывают обеспечить соответствующие условия для всех работающих кормящих матерей.

Распространённость исключительно грудного вскармливания за последнее десятилетие увеличилась на 10 процентных пунктов и составила 48% во всём мире. Такие разные страны, как Вьетнам, Кот-д’Ивуар, Маршалловы острова, Сомали и Филиппины, добились значительного увеличения показателей грудного вскармливания, что свидетельствует о том, что прогресс возможен, когда государство защищает, поощряет и поддерживает грудное вскармливание.

Однако для достижения глобальной цели – к 2030 г. увеличить показатель исключительно грудного вскармливания до 70% – необходимо устранить препятствия, с которыми сталкиваются женщины.

Согласно исследованиям, когда

мамы выходят на работу, они реже кормят грудью детей. Эксперты настаивают на том, что эту ситуацию можно и нужно изменить, необходимо лишь позаботиться об условиях для кормления ребёнка в рабочее время, отмечают главы ВОЗ и ЮНИСЕФ.

По их словам, ориентированная на семью политика на рабочем месте, такая как оплачиваемый

отпуск по беременности и родам (МОТ). По её данным, три из десяти женщин репродуктивного возраста в мире, или 649 млн человек, не имеют надлежащей защиты материнства, что не соответствует основным требованиям Конвенции МОТ.

Конвенция по охране материнства предписывает работодателям гарантировать минимальный отпуск по беременности и родам

продолжительностью 14 недель. В этот период женщины должны получать как минимум две трети своей обычной зарплаты.

Как выяснилось в ходе опроса, проведённого специалистами МОТ в прошлом году, реальное положение дел в 82 из 185 стран мира не соответствует стандартам конвенции. Согласно прогнозам, при нынешних темпах реформ для

реализации прав на минимальный отпуск по беременности и родам в этих странах потребуются не менее 46 лет. Это означает, что соответствующая задача Целей устойчивого развития ООН на период до 2030 г. достигнута не будет.

Только в 40 из стран, где проводилось исследование, беременные или кормящие женщины имеют право на защиту от опасной или

Ракурс

Материнское молоко — пища для души младенцев

отпуск по беременности и родам, перерывы на грудное вскармливание и помещение, где матери могут кормить грудью или сцеживать молоко, создаёт условия, приносящие пользу не только работающим женщинам и их семьям, но и работодателям.

Эта политика приносит экономическую отдачу за счёт сокращения числа прогулов, связанных с материнством, а также снижения затрат на найм и обучение нового персонала, отмечают авторы заявления. Недостатки, присущие политике многих стран в отношении услуг по уходу за ребёнком, оставили сотни миллионов работников с детьми без надлежащей защиты и поддержки, в то время как искоренение этой проблемы может создать почти 300 млн рабочих мест к 2035 г.

К такому выводу пришли эксперты Международной организации



вредной для здоровья работы в соответствии со стандартами МОТ. Право на оплачиваемый отпуск для дородовых медицинских осмотров предоставляют только 53 страны. Во многих странах женщины не имеют гарантированного дохода и надлежащих условий для грудного вскармливания.

Эксперты напоминают, что грудное вскармливание обеспечивает новорождённых детей энергией и необходимыми питательными веществами, снижает риск инфекций, а также, по некоторым данным, помогает предотвратить ожирение и хронические заболевания в долгосрочной перспективе.

В ВОЗ настоятельно рекомендуют кормить детей в возрасте до 6 месяцев исключительно грудным молоком. Дети, которые не находятся на грудном вскармливании, в 14 раз чаще умирают, не дожив до своего первого дня рождения.

Гипотезы

Дегенерация жёлтого пятна

С целью разработки лечения дегенерации жёлтого пятна, основной причины слепоты Группа исследователей из различных учреждений, включая Университет Ноттингем Трент и Университет Англии Раскин, попыталась связать нанотехнологии и регенеративную медицину.



Таким образом, учёные придумали инновационный метод культивирования клеток пигментного эпителия сетчатки. Следствие повреждения пигментных клеток сетчатки, дегенерация жёлтого пятна является серьёзной проблемой. Повреждение этих клеток приводит к потере центрального зрения со значительными последствиями, влияющими на социальные, двигательные и психологические аспекты пострадавших. В этих условиях группа исследователей обратилась к нанотехнологиям и регенеративной медицине, чтобы разработать инновационное решение. Они вырастили пигментные эпителиальные клетки сетчатки на разработанном ими инновационном нановолоконном трёхмерном каркасе. Это исследование возможно стало значительным шагом вперёд в борьбе с дегенерацией жёлтого пятна и приведёт к созданию инновационных методов регенеративного лечения. Результаты исследования опубликованы в журнале *Material & Design*.

Центральным элементом этого прорыва является разработка инновационного трёхмерного нанокаркаса. Эта крошечная структура в основном служит опорой для клеток, направляя их поведение

и тем самым способствуя росту. Для разработки каркасов команда использовала полимерные нановолокна, полученные с помощью метода, называемого «электро-спиннинг». Это сложный метод производства чрезвычайно тонких волокон из различных материалов, включая полимеры. Процесс электропрядения включает в себя приложение электромагнитной силы для вытягивания небольшого количества материала в ультратонкое волокно. Полученные таким образом волокна образуют трёхмерную структуру. Последний предназначен для обеспечения условий, способствующих росту клеток.

Тщательный выбор полимеров, используемых для формирования волокон, является одним из ключевых факторов успеха этого процесса. Полимер полиакрилонитрил обеспечивает необходимую механическую прочность каркаса, а гидрофильный полимер джефамин, притягивающий воду, создаёт идеальные условия для адгезии и роста клеток. Такое сочетание позволило воссоздать мембрану, аналогичную той, в которой клетки сетчатки развиваются естественным образом. Поэтому способность этой мембраны воспроизводить естественную среду обитания

клеток сыграла решающую роль в успехе эксперимента. Клетки не только смогли прикрепиться к каркасу, но и были стимулированы к росту, что подтверждает эффективность созданной структуры. Для усиления эффективности каркаса исследователи покрыли 3D-структуру флуоцинолоном ацетонидом, противовоспалительным стероидом. Эти молекулы уменьшают воспаление и одновременно способствуют росту клеток. С помощью этой методики удалось сохранить жизнь клеток в течение как минимум 150 дней.

Предыдущие попытки создать подобный каркас были связаны с использованием коллагена и целлюлозы. Однако в данном случае исследователи остановили свой выбор на полимере, по их мнению, такая «синтетическая» альтернатива более совместима с иммунной системой человека, что делает процесс более жизнеспособным. Успех этого метода заключается также в том, что клетки, выращенные на этом каркасе, ведут себя более естественно, чем клетки, выращенные на других опорах. Это свидетельствует о том, что полимерный каркас более эффективно имитирует биологическую среду, необходимую для развития клеток. Несмотря на многообещающий характер достижений, остаётся ещё много проблем. Вызывает сомнения вопрос биосовместимости с тканями человека. Независимо от обнадеживающих результатов лабораторных исследований, существует большая разница между выращиванием клеток в лабораторных условиях и успешной имплантацией тканевого заменителя в живой организм. Поэтому исследовательская группа сосредоточилась на изучении вопроса об ориентации клеток. Этот этап направлен на изучение важнейшего фактора, влияющего на жизнеспособность клеток. Только после этого этапа можно будет говорить об испытаниях на живых организмах.

Ну и ну!



Фото Инны СЕРГЕЕВОЙ.

Музыка-эмоция-цвет

Как показало новое исследование, мы автоматически связываем музыку с какими-то чувствами, а ещё и с цветом. Музыка наиболее тесно связана с эмоциями: недаром весёлые и оптимистичные мелодии сразу же поднимают настроение, а строгие и торжественные звуки органа погружают в меланхолию. Восприятие музыки, чувства, которые она вызывает, и ассоциация с цветом – отдельная область науки: согласно исследованию Университета Беркли, наш мозг запрограммирован на установление связей между музыкой, эмоциями и цветом.

Так, например, в упомянутом исследовании концерт Моцарта № 1 соль мажор ассоциировался у испытуемых с искрящимися и весёлыми тонами, такими как жёлтый и оранжевый, а печальный Реквием в ре минор – с мрачным

серо-голубым. С помощью специальной палитры было доказано, что люди склонны связывать быстрые мелодии в мажорных тональностях со светлыми и солнечными красками, а медленную и серьёзную музыку – с более глубокими цветами и сероватыми оттенками.

Результаты исследования могут повлиять на творческую терапию или маркетинговые стратегии и использоваться, например, для создания музыкальных визуализаторов. Они также предлагают интересный взгляд на синестезию – смешение ощущений от различных органов чувств. Например, при фонемно-цветовой синестезии прослушивание звуков запускает восприятие цвета. Исследователи также пришли к выводу, что музыка способна преодолевать культурные барьеры: одни и те же классические произведения, исполняемые на органе, у жителей США и Мексики ассоциировались с одними и теми же красками.

Подготовила Юлия ИНИНА.

По материалам New-Science.ru, Material and Design.

Николай Яковлевич родился 8 августа 1923 г. в посёлке Деденево Московской области в семье Евдокии Васильевны и Якова Пименовича Васиных. Отец был служащим, мать – домохозяйкой.

В 1931-1941 гг. учился в московской средней школе № 131.

Война и плен

16 октября 1941 г. Николая Васина мобилизовали и направили на фронт. Он участвовал в боях в районе Волховского прорыва. В конце марта 1942 г. дивизия, где он служил, попала в окружение, из которого удалось выйти. Вскоре вновь окружение. Около 3 месяцев вместе с 12 однополчанами Николай пробирался сквозь леса и болота в надежде перейти линию фронта. Однако добраться до своих не удалось – группа неожиданно столкнулась с немцами. Семь из тринадцати советских воинов было убито, а оставшихся в живых, в том числе Васина, взяли в плен. В Москве родители получили фронтovou повестку: «Ваш сын пропал без вести...». В течение 2 лет не было никаких известий. Все уверились в его гибели. Но родители и сестра молили Бога, чтобы Коля вернулся с войны.

Полтора года он провёл в немецком плену – в концентрационных лагерях. Потерял все зубы, дважды опухал от голода и только чудом ему удалось остаться живым. Был так истощён от голода, что от слабости упал на строительстве дороги. Немецкий охранник спихнул его сапогом в канаву и собрался пристрелить. Однако отвлек внезапный приезд начальства. Он бросился навстречу «высоким гостям», чтобы отдать честь. Это спасло Николаю жизнь. Придя в себя, в холодную январскую ночь 44-го года он ползком добрался до ближайшего хутора. Крестьяне в глухомани Винницкой области, рискуя жизнью своей и детей, скрывали советского солдата. Дни и ночи Коля проводил на сеновале, ожидая прихода Красной армии. Читал от корки до корки старую затрёпанную Библию, оказавшуюся единственной книгой в доме, и думал о том, какое же это счастье – остаться в живых.

В марте 1944 г. село, где прятался Васин, было освобождено. Можно возвращаться в действующую армию. Однако на пути встала преграда – СМЕРШ. Два месяца, которые показались во время войны длиннее вечности, он проходил проверку, постоянно выслушивая обвинения, почему остался жив, а не погиб. И всё же ему разрешили вернуться на фронт. И тогда в мае 1944 г. родители наконец-то получили долгожданную весточку от сына, в ней было только два трижды повторенных слова: «Я жив! Я жив! Я жив!»

День Победы Н.Васин встречал в Праге.

Мединститут

Ещё не будучи демобилизованным, в 1946 г. он с разрешения министра здравоохранения СССР поступил в Первый Московский медицинский институт. Невероятно хотелось жить и учиться, казалось, что всё страшно, что выпало на его долю, осталось позади. Однако первые послевоенные годы были тяжёлыми. Органы НКВД не оставляли Колю в покое. Для них он оставался «бывшим немецким военнопленным», которому можно было звонить в дверь в 3 часа ночи, вызывая на допросы. Родители опять не спали ночами, боясь, чтобы их сын снова не оказался в концлагере – на сей раз в советском. А он, вернувшись после бессонной ночи из НКВД домой, шёл каждое утро на занятия в медицинский институт, не говоря там никому ни слова о том, что его судьба буквально висит на волоске.

Учился Николай блестяще. За 6 лет учёбы в его зачётной книжке были только пятёрки. Уже со 2-го курса он начал увлекаться нервными болезнями, занимаясь в кружке НСО под руководством

Грани

Судьба нейрохирурга

Сто лет со дня рождения профессора Николая Васина

известных профессоров Е.Сеппа и М.Цукер. Тогда же он впервые пришёл в Институт нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, что предопределило выбор будущей специальности. Молодой, талантливый и одержимый страстью к учёбе студент привлёк внимание директора Института нейрохирургии Бориса Григорьевича Егорова, который сыграл решающую роль в профессиональной судьбе Николая.

Хотя он окончил институт с красным дипломом, но распределение, в конечном счёте, определяла комиссия, для которой «испорченная пленом биография» была более существенным фактором, нежели прекрасные способности выпускника. Поэтому его направили в Среднюю Азию. В 1952 г. подобное решение не подлежало обсуждению. Купив билет на поезд и собрав чемодан, он вечером, накануне отъезда, позвонил Борису Григорьевичу, чтобы поблагодарить за всё то доброе, что успел получить от него. Узнав о «распределении», учёный пришёл в бешенство от того, что его любимого и лучшего ученика ссылают в тьму-таракань. Своим мощным басом он безапелляционно заявил Васину: «Ты куда не поедешь! Завтра же сдашь билет. Под мою ответственность. Твоё место в Институте нейрохирургии. И ты будешь работать у меня. Я тебе это обещаю!»

Деятель нейрохирургии

Так Николай Васин с осени 1952 г. начал работать в Институте нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко – первом и единственном месте его соиздательской деятельности. Он всегда с трепетной благодарностью вспоминал всех своих учителей, но особенно выделял академика Б.Егорова, открывшего для него дорогу в нейрохирургию, в большую науку.

У Николая Яковлевича были золотые руки, и он их использовал для главного дела своей жизни – нейрохирургии. Он был удивительно разносторонним в своей хирургической деятельности – не только опухоли и аневризмы головного мозга, но и нейротравматология, и функциональная и стереотаксическая нейрохирургия были в равной мере подвластны ему. Видимо, в этом профессионально преломлялось свойственное ему природное любознательство. Могу с убежденностью сказать: качество васинских операций было очень высоким, ни в чём не уступало качеству операций ведущих нейрохирургов института, исключая, разумеется, те особые хирургические вмешательства, которые составляли предмет личной многолетней специализации ассов нейрохирургии. Но в этом ключе и у него не было конкурентов: взять, например, деструкцию корешка и узла тройничного нерва при неукротимой тяжёлой невралгии.

Он был нейрохирургом международного уровня. Неслучайно беспартийный Васин вместе с Сергеем Фёдоровым и Габиемом Габиевым входил в тройку нейрохирургов института, имевших заграничный паспорт с постоянно открытой визой для вылета в тот же день в любую страну мира, где требуется срочная нейрохирургическая помощь. И он летал: в Латинскую Америку и Южную Азию, Северную Африку и многие страны Европы. Консультировал, оперировал, помогал...

Как учёный Н.Васин был очень талантлив. Им, как исследователем, восхищался крупнейший нейрогистолог профессор Михаил Барон, под руководством которого он выполнил пионерскую работу по кровоснабжению



твёрдой мозговой оболочки (кандидатская диссертация). Как-то Николай Яковлевич заинтересовался паразитарными поражениями центральной нервной системы. Оказалось, что проблема не изучена. И вместе с Григорием Корнянским и Петром Эпштейном он создаёт первое руководство по цистицеркозу, эхинококкозу, шистозоматозу и другой подобной патологии головного и спинного мозга. Вот уже много лет это единственная книга на трудные случаи диагностики и лечения малоизвестных неврологических и нейрохирургических заболеваний.

Н.Васин внёс ценный вклад в развитие нейроонкологии. На уровне возможностей своего времени (полвека назад) он разработал подходы и показания к хирургическому лечению опухолей височных долей – одной из самых распространённых локализаций глиом. На этом материале он блистательно защитил в 1970 г. докторскую диссертацию, а затем издал монографию. Один из последователей Эдуарда Канделя, Васин активно занимался стереотаксической хирургией, овладел сам и обучил коллег прицельному выключению или раздражению определённых мишеней в глубинных структурах мозга, ответственных за насильственные движения, дрожание, повышение мышечного тонуса при паркинсонизме, торзионной мышечной дистонии, детском церебральном параличе.

Профессор Н.Васин – пионер в развитии функциональной противоболевой нейрохирургии в стране. Исходя из концепции многоуровневого формирования болевых синдромов, он предложил систему стереотаксических и пункционных воздействий на периферическую и центральную нервную систему. Был не только идеологом, но прекрасным исполнителем им же модифицированных противоболевых блокад. В конечном итоге, он организовал одно из первых в стране отделение функциональной и стереотаксической нейрохирургии. Николай Яковлевич близко подошёл и к восстановлению в нашей стране психохирургии, разумеется, на новой методической основе. Лишь его преждевременный уход помешал развернуться исследованиям в этом направлении.

Но, может быть, наиболее значительными были достижения профессора Н.Васина в нейротравматологии компьютерной эры. Потребовалось пересмотреть многие из устоявшихся понятий, создать новый язык, современную классификацию, обосновать показания и противопоказания к хирургическому лечению различных субстра-

тов мозговых повреждений. Он, его ученики, его клиника вместе со многими лабораториями института берутся за решение этих актуальных задач. Однако становится также ясным, что, учитывая массовость черепно-мозговой травмы, её социальную и экономическую значимость, усилия должны быть объединены в масштабах страны.

Его доклад вместе с докладом Александра Коновалова на сессии Отделения клинической медицины АМН СССР осенью 1983 г. в Ташкенте послужили толчком и основой для создания отраслевой научно-технической программы С.09 «Травма центральной нервной системы». Среди её главных разработчиков – Н.Васин. Уже после его смерти вышла в свет монография, посвящённая современной диагностике черепно-мозговой травмы.

Николай Яковлевич много сил и времени отдавал журналу «Вопросы нейрохирургии», где в течение 20 лет он был ответственным секретарём. В «Большой медицинской энциклопедии» он состоял редактором раздела «Нейрохирургия». Только благодаря его настойчивости, организаторской и редакторской работе увидело свет двухтомное «Руководство по нейротравматологии» и ряд других изданий.

Непосредственность и основательность

Николай Яковлевич был чрезвычайно любознательным. Что-то детское было в его страсти путешествовать, посещать музеи, театры, базары, пробовать неизвестные плоды, покупать сувениры, коллекционировать...

Когда я впервые побывал у него дома, увидел прекрасные коллекции марок и самоваров. Комнаты были насыщены иконами, картинами, хохломой, гжелью, книгами по искусству. Конечно, была и научная библиотека. Впечатляла ухоженность собранного. Как хватало на всё это хозяина, не представляю. Основательность в нём удивительно сочеталась с непосредственностью. В его характере было то, что называют ренессансным началом: равное восхищение духовными и плотскими сторонами бытия. Коля умел увлечённо работать, широко жить, радоваться вкусной еде.

Стоило сказать: «Есть собор XVII века», «Есть скульптура Мухомовой», «Есть прекрасный вид на стрелку» и т.п., как Николай Яковлевич тотчас отвечал одним словом: «Пойдём!».

Коля всегда хотелось поделиться всем, что он увидел, узнал, заимел. Вот одна характерная деталь. В моём доме среди игрушек и сувениров лежит маленькая изящная корзиночка ручной работы из Боливии – её подарил оперировавший там Коля. И так всегда и во всём. Коля любил делать подарки. Но очень приятно было и ему дарить, ибо его восторг, его такая искренняя непосредственная реакция щедро вознаграждали дарителя. Не забуду, как он радовался, когда мне после долгих усилий удалось достать для него доску с глухой резьбой начала XIX века. Он просто вдохновил меня – не жалеть ни времени, ни сил, ни денег, ничего – для друзей.

Коля любил угощать. Красиво накрывал стол, заботился о соответствии вина закуске, рыбе, мясу. Культура еды у него была высочайшей. По существу, когда Коля ел, он всегда дегустировал.

Мне довелось побывать с Колей в Армении, Азербайджане, Узбекистане, Германии, во многих городах России. Всюду ему нравилось; он таскал меня на рынки, придирчиво пробовав, приценивался, угощался сам и щедро угощал меня. Помню, как он искренне восхищался: в Ереване – эчмиадзинским жертвенным барашком и фаршированными виноградными листьями – далмой, в Баку – шашлыком из осетрины и первой черешней, в Самарканде – пловом с айвой и сладчайшими «дамскими пальчиками», в Галле – жареным на вертеле кабаном и приперченным сырым мясным фаршем, в Новосибирске – тройной ухой и кедровыми орешками...

Последняя беседа

Помню нашу последнюю беседу. Коля отдыхал в Рузе, катался на лыжах, загрипповал. Больной, он всё же приехал в середине февраля 1985 г. на годичную научную конференцию института. Когда делал свой отчётный доклад, было видно, что нездоров. После заседания мы пошли с ним вместе. «Лёня, – сказал он мне, – программу С.09 надо выполнять, но не замалчивайся чересчур, не стремись сделать больше, чем возможно. Будь реалистом и побереги себя». Больше Коли живого не видел. Он возвратился в Рузу в Дом творчества композиторов и там скоропостижно скончался 5 марта.

Вместе с коллективом Института нейрохирургии, где он проработал 33 года, в последний путь его провожали Союз композиторов СССР во главе с Тихоном Хренниковым, многочисленные друзья и спасённые им пациенты.

Профессор Николай Васин ушёл и остался. Остался в свершённом им в жизни и науке, остался в своих книгах, остался в своих учениках, остался в излеченных больных. Остался – в жене Ирине, в дочери Елене, остался в Коленке (став дедом уже после смерти), остался в посвящённой ему симфонии – эпитафии Карена Хачатуряна, остался в посвящённой ему моей монографии «Прогноз течения и исходов черепно-мозговой травмы», остался в своих друзьях...

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
лауреат Государственной
премии РФ.

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

Дом творчества. Переделкино.

Когда движеньем колеса
Фортуна выдала удачу,
На переделкинские дачи
Взор обратили небеса.
И проявился старый дом
С открытой книгой на фронтоне,
И побелённые колонны,
И тень ракиты над прудом.
Здесь вековые деревья
Слились в зелёные чертоги,
Богини мудрые и боги
Творили вечные слова.
Неделя минула, как час.
Светило близилось к закату.
Исчезла юная Эрато...
Был август.
День шестой.
Парнас.

* * *

Август, пора! Переделкино.
Звёздный причал аонид.
Всё ещё недо-разделено,
всё ещё верность хранит.
Сердцу родное пристанище
с музами наедине –
как драгоценности, старится
и возрастает в цене.

* * *

А этим соснам жить и жить,
и оставаться в высях горных...
А мы – мы будем уходить
негромко, медленно, покорно
и, как падение листьев,
безгневно и неотвратимо...
Кем будете воспеты вы?
Кем так болезненно любимы?
А небо сеяло дождём
в канун начертанного часа
и утешало старый Дом
красою Яблочного Спаса.

Жаркий август

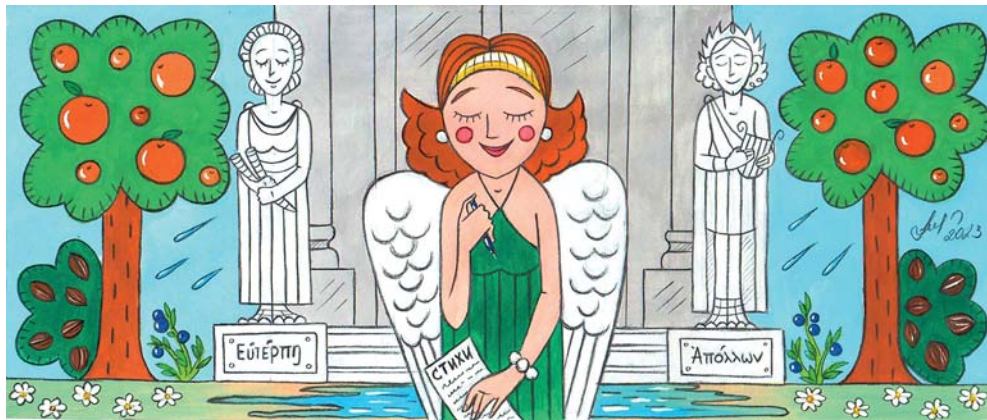
Земля – как холст в морщинах кракелюру.
Сиена, умбра, уголь, терракота...
Размытый ветром дымный контражур.
Великой сухью нас карает кто-то.
И есть за что, и грешен этот свет,
И человек – наипервейший грешник!
Но, Боже правый, подари рассвет,
Где чистый дождь и вымокший орешник!..

Дождь в августе

Какое счастье – дождь!
Меж небом и землёй
Блестящей нитью жаркий воздух вышит.
И всё, что утром было дымной мглой,
Светлеет и живою влагой дышит.
Столпотворенье, плеск и суета,

Поэтической строкой

Дождь в знойном августе — какое счастье!



Весёлый зов к побегу и участию!
Скорей туда, без тувель и зонта!
Дождь в знойном августе – какое счастье!..

* * *

Так долго, неумно, беспробудно
На землю низвергаются потоки,
Что хроники всемирного потопа
Приобретают убеждённость будней.

Так яростно смывает краски август,
Набросок лета, им незавершённый,
Как будто знает, что одна не справлюсь,
Не отрешусь от крон его зелёных.

Лунная соната

В таинственных глубинах пианинных,
В их молоточках, клавишах и струнах
Непредсказуемо, светло, непостижимо
Мне всё еще звучат аккорды Лунной.
Они живут в старинном инструменте,
В душе его, как музыка, бессмертной,
Не уходящим аккомпанементом
Тебе и мне, расставшимся и смертным.
Зелёный август завершён и краток.
Всё больше охры, золота, кармина...
Плывет и льётся вечная соната
В сердцах расстроенных –
моём и пианинном...

* * *

Да полно, был ли этот тёплый месяц?
Что до меня, то получалось – был.

И сколько же дорог, мостов и лестниц
воздвиглось, сколько поломалось крыл
и лет осталось городам и весям,
пока зелёный август наступил!
Запылял, в судьбе накуролесил
и навсегда к тебе приговорил.

* * *

Август, август... Кончается лето.
Синь ещё высока и светла.
Вы летите, как из арбалета
Кем-то пущенная стрела.
Устремленье к возвышенной цели,
Одержимость избавить от зла...
Дай вам Боже, чтоб вы долетели,
Чтоб в пути не устала стрела.

* * *

Под стать осеннему лучу
Тёмно-зелёный сад.
Лишь завтра жёлтую парчу
Набросит листопад.
А нынче мерит озеро
Смарагдовый венок.
И видится твоё лицо
Меж листьев...
Между строк...

* * *

Едва намеченная осень,
В росе примолкшие луга,
Бурёнка вымя важно носит,
Вздыхая круглые рога.

Людмила САНИЦКАЯ

Тиха ромашковая россыпь,
Как россыпь Млечного пути...
На все извечные вопросы
Ответить – поле перейти.

Кружат ромашковые головы –
Белым-бело, светлым-светло.
И все ответы лепестковые
Венчают чётное число.

Август

Полновесным, благосклонным
Яблоком своим имперским,
Как дитя, играешь, август.
Марина Цветаева

Август –
император эпохи по имени Ранняя Осень.
Ещё юный,
ещё не украшенный золотом и медью,
среди шёпота лип
и молчанья торжественных сосен
ты царишь,
одаряя теплом и плодами, и снедью.


Август –
с животворным дыханием
влажной и чистой прохлады
с ароматом и зрелостью
дара Помоны и Флоры,
благодатный, как Рай,
и прекрасный, как образ Эллады,
драгоценность природы
в зелёном, как лето, уборе.

Август –
Продолжайся и шествуй,
помалу шаги замедляя,
Позволяя запомнить
касанием и вдохом, и зреньем,
оставляя нам веру
в возможность покоя и рая,
и надежду дожидаться
поры твоего возвращенья.
Август...

ОБ АВТОРЕ. Л.Саницкая – врач, кандидат медицинских наук, занимается литературой в течение многих лет. Автор десяти поэтических сборников и пяти книг мемуарной прозы. В поэтических сборниках, следуя традициям классической русской лирики, создаёт свой гармоничный мир единения природы и человеческой души.

Она печатает	"Фиделио", перс.	Сундук			Грыжа (прост.)	СКАНВОРД										Адементаин																					
			Фолиант		Действующая армия	Наглец	Отклонения от муз. темпа							Город. пейзаж	Масленок	Гамзатов	Арсенал			Карликовая антилопа	Древнегреч. математик	Карнеол	Сосуд, ладан														
	Пипемидовая кислота	Опера Мессаже						Пойдем! (разг.)	Аптек. единица массы														Коттедж														
			Лицевая кость		Дикий рев	Страна, Африка									Ауха							Путеводитель															
	Буерак	Погруженность в себя				Кулик	Облака									Соединение углерода	Вовсе нет																				
			Работа в поле	Щегольство	Цыганка ...	Палка рыбака			Сырье, пастила		Вдаётся в море											Сойер															
	Достоевский, роман	Удаление влаги				Брусок под полом			... непостижимо																												
Ренуар, картина					Ни ... не видно			Стар. рус. монета																													
Автор Валерий Шаршуков		Мазь для обуви				Стрельбище			Переспрос (прост.)																												
													К А А К Р И											Т	К А Ф Т А Н												
													Э Р А Р	Л	Л	Б	В	Е	К	Л	У	Р	И	О	Р	Л											
													А	Н	А	В	Е	Л	Ь	Б	И	Н	Д	Ю	И	А	С	Л	И	А							
													А	Б	Р	И	С	Р	Я	С	Д	О	Р	Т	У	А	Р	Т	И	Ш	И	Н	А				
													Б	Э	М	А	К	Т	Ф	Е	Н	Е	К	Р	С	О	Т	Е	Г	И	К						
													Б	Е	З	М	Е	Н	А	Ж	У	Р	К	И	В	О	К	Г	Р	Е	М	О	Н	Т			
													А	Н	И	М	Б	Р	И	Б	О	О	П	А													
													К	У	Р	С	И	В	Л	И	О	Н	Р	Е	Л	И	Н										
													Я	К	А	К	О	Р	А	Н	Т	Я	Н	А													

Ответы на сканворд, опубликованный в № 29 от 26.07.2023.

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 – А.ИВАНОВ.

Справки по тел.: 8 (495) 608-86-95. Рекламная служба: 8 (495) 608-85-44.
Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: 129110, Москва, ул. Гиляровского, 68, стр. 1.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения); medgazeta72@mail.ru (электронная подписка); www.mgzt.ru
ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография».
Адрес: 123022, Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр. 1
Заказ № 1830
Тираж 14 009 экз.
Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

