

# Медицинская

27 сентября 2023 г.  
среда  
№ 38 (8107)

# 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](http://www.mgz.ru)

Выступать в роли экспертов по эпидемиологии, не будучи эпидемиологом – опасно для дела.

Стр. 5

На медицинских полях VIII Восточного экономического форума.

Стр. 10-11

Сможет ли человечество одержать победу над болезнью Альцгеймера?

Стр. 12

## Память

# Сердце, парящее в воздухе

## В Москве открыт памятник академику РАН Евгению Чазову



На Новодевичьем кладбище открыли памятник на могиле учёного мирового масштаба, видного государственного и общественного деятеля академика Евгения Чазова. Церемония состоялась в дни проведения Российского кардиологического конгресса. Со словами признательности и благодарности за всё то, что Евгений Иванович сделал для науки, практической медицины и общественной жизни, выступили пришедшие почтить его память многочисленные коллеги, ученики, учёные, врачи.

Памятник выдающемуся кардиологу создал молодой скульптор Филипп Трошин. Он символизирует дело, которому Е.Чазов посвятил всю свою жизнь – трепетное человеческое сердце, парящее в воздухе и как бы быющее при дуновении ветра. Цветовое решение напоминает рентгеновский снимок.

Выступивший на церемонии открытия памятника министр здравоохранения России Михаил Мурашко отметил огромный вклад

академика Е.Чазова в отечественное здравоохранение и мировую науку.

– Евгений Иванович – величина поистине мирового масштаба. Он оставил после себя колоссальное наследие: это вклад не только в кардиологию, тромболитическую терапию, но и в те учреждения, которые сегодня спасают тысячи жизней. Это человек, который основал первый центр медицины катастроф. Сегодня страна, набирая мощь и силу, в том числе в здравоохранении, нуждается в таких «больших» людях, – сказал министр

Генеральный директор НМИЦ кардиологии им. Е.И.Чазова академик РАН Сергей Бойцов рассказал о том, насколько разносторонне одарённым человеком был Евгений Иванович и как много он успел сделать для нашей страны и человечества в целом.

Е.Чазов стал создателем одной из лучших в мире школ кардиологов. Известность и мировое признание ему принесло создание кардиологической службы страны с сетью научно-исследовательских институтов, благодаря чему были спасены сотни тысяч больных с ин-

фарктами и инсультами. Он также организовал работу учреждений по профилактике и реабилитации сердечно-сосудистых заболеваний, инициировал строительство санаторных комплексов, центров реабилитации. По его инициативе в стране появились специализированные кардиологические бригады «скорой помощи», были открыты кардиологические отделения, кабинеты в крупных клиниках, поликлиниках и санаториях.

Академик Е.Чазов всегда был «человеком мира» и выдающимся общественным деятелем, став одним из инициаторов создания и сопредседателем международного движения «Врачи мира за предотвращение ядерной войны». В 1985 г. этому движению была присуждена Нобелевская премия мира.

Журналисты «МГ» помнят Евгения Ивановича и как друга газеты, не раз посещавшего редакцию, выступавшего на страницах издания со статьями и интервью по актуальным проблемам кардиологии.

Игорь НАУМОВ.

## Новые подходы

# 3D-каркас для регенерации костной ткани

Учёные Красноярского научного центра Сибирского отделения РАН разработали полностью биоразлагаемые 3D-каркасы для регенерации костной ткани. Каркасы биологически совместимы, не содержат стимуляторов и позволяют наращивать костную ткань в повреждённом месте. Их можно эффективно использовать в качестве имплантатов для костных дефектов, при этом организм самостоятельно будет восстанавливать собственную костную ткань.

Каркас изготовлен из разрушаемого биоразлагаемого полимера оксипроизводных жирных кислот природного происхождения. Он был синтезирован в Институте биофизики СО РАН при помощи бактерий штамма *Cupriavidus eutroplus*. Из исходного полимера специалисты вытягивали пластиковые «нити», из которых в дальнейшем при помощи 3D-принтера были напечатаны каркасы. Исследование показало, что каркас обладает прочностью, сопоставимой с прочностью костной ткани.

Для оценки биосовместимости при имплантации специалисты заменили каркасами повреждённую область в бедренной кости домашних свиней. Исследование показало, что остеобласты активно заселяли поверхность каркаса, проникали в его структуру. Клетки распространялись по каркасу, покрывали его поверхность и заполняли всё пространство. Это позволи-

ло организму сформировать костную ткань и восстановить анатомическую структуру кости за 5 месяцев. При этом, как отмечают учёные, сам каркас способен медленно – от нескольких месяцев до нескольких лет – разрушаться в организме. Полимер, на основе которого создан каркас, распадается на мономеры масляной кислоты – обычный метаболит всего живого, под воздействием ферментов крови, тканевой жидкости и клеток макрофагов. Это объясняет высочайшую биологическую совместимость этих полимеров.

«Результаты эксперимента и первоначальная оценка остеопластических свойств 3D-каркасов говорят об их перспективности для формирования костной ткани. Разработанные 3D-имплантаты, не содержащие никаких лекарственных препаратов и стимуляторов, обеспечили формирование полноценной и зрелой костной ткани и полное восстановление дефекта. Они пригодны для реконструкции дефектов костной ткани в качестве имплантатов для регенерации дефектов костной ткани человека и перспективны для дальнейших исследований», – рассказала заведующая лабораторией Института биофизики СО РАН профессор Татьяна Волова.

В исследовании также принимали участие специалисты Сибирского федерального университета и ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина».

Сергей ФЁДОРОВ.

## ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

### Анатолий ЮДАНОВ

Главный хирург Минздрава России по Сибирскому федеральному округу, главный врач Новосибирской областной больницы:

По аналогии с федеральными программами борьбы с онкологическими заболеваниями и организации региональных сосудистых центров нужно сформировать подобный проект по развитию хирургической службы.



Стр. 7

**Новости**
**Пациентов передают  
«из рук в руки»...**

В течение нескольких лет на территории Ставропольского края действует программа «За здоровье», в рамках которой врачи разных специальностей ведущих клиник региона выезжают в «сельскую глубинку», причём – не только в райцентры.

Не остался в стороне от этой важной работы и краевой клинический кожно-венерологический диспансер.

– С 2016 г. в этой программе принимают участие и наши врачи, выезжаем каждый месяц, как правило, с онкологами, – рассказала заведующая поликлиническим отделением диспансера Елена Шиханова, врач высшей категории, кандидат медицинских наук. – Предварительно созваниваемся с дерматологами на местах, чтобы они подобрали категории пациентов, которым необходима консультация. На выезде осматриваем примерно 50 человек. У нас в арсенале есть портативное диагностическое оборудование, чтобы дифференцировать новообразования кожи на злокачественные и доброкачественные. За полгода выявили 10 пациентов, которых по программе «Родинка» «из рук в руки» в течение одного дня передали онкологам.

**Роман НАЗАРОВ.**

Ставропольский край.

**Студенты-медики отравились газом**

После отравления бытовым газом в медицинском колледже в Краснослободске за медицинской помощью обратились 37 студентов Краснослободского медицинского колледжа в возрасте от 16 до 20 лет, сообщил глава Мордовии Артём Здунов. Двоих ребят в состоянии средней тяжести пришлось перевезти в Детскую республиканскую клиническую больницу в Саранске.

В Краснослободскую больницу госпитализированы 34 человека. Здесь также работают специалисты из столицы региона, в том числе главный токсиколог Минздрава республики Кирилл Левкин и министр здравоохранения Мордовии Олег Маркин. По их оценке, угрозы для жизни нет, состояние удовлетворительное.

На месте происшествия проведены необходимые исследования и экспертизы. Возбуждено уголовное дело по ч. 1 ст. 238 УК РФ.

**Игорь СОКОЛОВ.**

Республика Мордовия.

**Камень размером с апельсин**

В Щёлковскую больницу Московской области поступил 54-летний мужчина с выявленным ранее камнем в мочевом пузыре. В анамнезе 5 лет назад была травма спины, из-за которой он долгое время был обездвижен. После прохождения реабилитации он начал двигаться. Спустя некоторое время у него появились жалобы на мочеиспускание, и мужчина обратился к врачам. Ему провели обследование, сделали УЗИ и обнаружили камень в мочевом пузыре размером с апельсин.

«Удаление камня такого размера – это сложная в техническом исполнении операция, но всё прошло без осложнений. Благодаря новому оборудованию – лапароскопической стойке для проведения малоинвазивных эндоскопических вмешательств – в нашем урологическом отделении есть возможность проводить такие операции, как удаление кист почек, камней в мочеточнике, выполнение операций на мочевом пузыре и предстательной железе, а также удаление больших камней», – рассказал уролог Александр Панкратов.

Пациенту успешно провели операцию, он уже выписан из больницы, сообщили в подмосковном Минздраве.

**Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.**

**Учим, знаем,  
потому что любим и жалеем**

Очередная – уже четвёртая по счёту – госпитальная школа начала работать в учреждениях здравоохранения Кузбасса. Ребята школьного возраста, которые проходят лечение в детском отделении Новокузнецкого противотуберкулёзного диспансера, сели за парты в импровизированной школе, которую для них создали здесь же, в клинике. Теперь маленькие пациенты, вынужденные по несколько месяцев находиться в стационаре, точно не отстанут по школьной программе от своих одноклассников.

Кемеровская область с 2022 г. включилась в федеральный проект «УчимЗнаем». В правительстве региона сумели верно оценить, насколько важно для детей и подростков, подолгу находясь в больницах, не чувствовать себя оторванными от обычной ученической жизни. И ещё то, насколько психологически важно для них хотя бы на какое-то время забывать о своих недугах и быть не пациентами, а школьниками.

В настоящее время госпитальные школы работают в детском отделении Кузбасского онкологического диспансера им М.С.Раппопорта, детской больнице им. Ю.Е.Малаховского, областной детской больнице им. Ю.А.Атаманова.

Надо отметить, что в госпитальных школах всё по-настоящему: есть парты и столы, классы оснащены интерактивными досками, видеопроекторами, планшетами и стационарными компьютерами. Предусмотрены даже веб-камеры, чтобы ребята могли дистанционно участвовать в олимпиадах и конференциях.

Разумеется, школа не может обходиться без книг, и здесь есть мини – библиотека. А для того, чтобы ребята могли с интересом проводить время после занятий и в выходные, в госпитальных школах есть игры, конструкторы по робототехнике и даже медиастудии.

Уроки проводятся каждый день и длятся от 20 до 40 минут в зависимости от тяжести заболеваний. Работают с учениками-пациентами специально подготовленные педагоги и психологи.

К сожалению, чем дальше от центра страны, тем медленнее субъекты РФ присоединяются к проекту «УчимЗнаем». Например, в Сибирском федеральном округе госпитальные школы организованы лишь в трёх регионах, включая Кузбасс, а в Дальневосточном – только в четырёх.

**Елена СИБИРЦЕВА.**

Кемерово.

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

**Особый случай**

# Борьба за жизнь

## Спасли пострадавшего после нападения медведя

**Команда врачей в Абакане во время многочасовой операции на лице спасла 42-летнего мужчину из Ермаковского района Красноярского края, пострадавшего после нападения медведя во время сбора кедровых орехов.**

– Отчётливо помню, как вышел с утра собирать шишку. Я сразу ушёл в другую сторону от моих друзей. Внезапно на меня напал медведь. Я пытался увернуться, но хищник вцепился и сначала начал грызть руку, а потом взялся за голову. Я боролся за жизнь, отбивался. И неожиданно медведь оставил меня в покое. Потихоньку спустился обратно, позвал на помощь. Дальше – носилки, спасатели, вертолёт, больница, – рассказал пациент.

Санавиацией его экстренно госпитализировали в Республи-



канскую клиническую больницу Хакасии им. Г.Я.Ремишевской. Пострадавший, находясь в сознании, но в крайне тяжёлом состоянии поступил в приёмное отделение, где ему оперативно

провели компьютерную томографию.

Результаты лучевой диагностики показали, что все внутренние органы, мозг и кости черепной коробки пациента не повреждены, однако

серьёзно пострадали кости лицевого скелета: были полностью раздроблены скуловые и кости носа, верхняя челюсть с зубами и нёбом. Выявлены скальпированная рана затылочной области, повреждения слюнной железы, прямой мышцы глаза, лицевого нерва, околоушной области с левой стороны, множественные сквозные раны лица и травмы верхних конечностей.

– Благодаря слаженной работе команды специалистов больницы в составе двух травматологов, двух челюстно-лицевых хирургов, анестезиолога-реаниматолога, нейрохирурга и офтальмолога из Республиканской клинической офтальмологической больницы им. Н.М.Одежкина нам удалось выполнить все поставленные задачи. Мы сохранили пациенту верхнее нёбо, собрали все повреждённые кости лицевого скелета при помощи металлических пластин. Дальнейшие манипуляции были направлены на эстетическую составляющую, чтобы восстановить лицо в первоначальном виде, каким оно было до травмы. Операция длилась 6 часов и считаю, что прошла успешно, – прокомментировал заведующий отделением челюстно-лицевой и пластической хирургии больницы Руслан Меллин.

Врачи отмечают положительную динамику. Пациент находится в сознании и быстро восстанавливается после операции. В ближайшие время его планируют перевести из реанимации в отделение челюстно-лицевой хирургии, где он продолжит лечение. По прогнозам врачей, через 3-4 недели пациент сможет вернуться к привычной жизни, сообщили в Минздраве Хакасии.

**Павел БАЛАГИН.**

**Работают мастера**

## Развивая сосудистую нейрохирургию

**В Астрахани на базе городской клинической больницы № 3 им. С.М.Кирова выполнена реваскуляризация головного мозга у пациента 75 лет с полным закрытием просвета сосуда атеросклеротической бляшкой после инсульта. Ранее в клиниках региона подобных медицинских вмешательств не проводилось.**

Операция состоялась в рамках обучающей программы по развитию сосудистой нейрохирургии, в которой участвует Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова.

Врачи восстановили кровоснабжение ишемизированного участка головного мозга, сформировав низкопоточный шунт с применением микрохирургической техники. Операцию выполнила доцент кафедры фундаментальной нейрохирургии факультета дополнительного профессионального образования РНИМУ им. Н.И.Пирогова, научный сотрудник НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, нейрохирург Наталья Полунина. Ассистировал заведующий нейрохирургическим отделением ГКБ № 3 Евгений Чечухин.

По данным контрольного исследования, шунт функционирует хорошо. Пациент отправится на

дальнейшее восстановление в отделение медреабилитации для пациентов с поражением центральной нервной системы.

Программа по развитию сосудистой нейрохирургии осуществляется под руководством главного специалиста нейрохирурга Министрства здравоохранения РФ Владимира Крылова. В этом году ГКБ № 3 также присоединилась к работе по развитию данного направления в своём учреждении.

В качестве наставника в ГКБ № 3 выступила Н.Полунина.

**Георгий АЛЕКСАНДРОВ.**  
Астрахань.

Ориентиры

# Первый отечественный препарат для лечения рака почки

Минздрав России зарегистрировал первый отечественный воспроизведённый препарат для терапии почечно-клеточного рака (ПКР), разработанный компанией «АксельФарм».

Оригинальный препарат акситиниб был разработан и распространяется на российском рынке иностранной компанией, что создаёт дополнительные риски в случае изменения экономической обстановки или решений, связанных с работой в России. Новый препарат является полностью российским,

прошёл стадии от разработки и создания фармацевтической субстанции до выпуска готовой лекарственной формы на территории России.

Сегодня в стране импортозамещение лекарственных препаратов неразрывно связано с национальной безопасностью, экономическими интересами, качеством здравоохранения и является одной из ключевых задач отрасли. Эта тема приобретает особую актуальность и значимость для того, чтобы обеспечить независимость в производстве лекарств и гарантировать доступ-

ность лекарственных средств населению в любых ситуациях.

Рак почки – крайне распространённое заболевание, которое встречается у 128 человек на 100 тыс. населения. На долю ПКР приходится около 90% всех злокачественных опухолей почек. При этом частота заболеваемости среди мужчин в 1,5 раза выше, чем у женского населения. К сожалению, многие новообразования почек остаются бессимптомными вплоть до поздних стадий заболевания. Это приводит к тому, что больше половины случаев ПКР обнаруживаются случайно во

время обследования пациентов по поводу других заболеваний органов брюшной полости.

Акситиниб является селективным ингибитором рецепторов фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) 1, 2 и 3, то есть рецепторов, которые могут влиять на рост опухоли, сосудистой ангиогенез и прогрессирование рака (распространение опухолей); таким образом акситиниб уменьшает приток крови к опухоли и замедляет её рост.

Препарат выпускается в форме таблеток, покрытых плёночной оболочкой, в дозировках 1, 3, 5, 7 мг. Лекарство показано для лечения распространённого рака почки у взрослых в случае, если ранее назначенный препарат больше не эффективен в предотвращении прогрессирования заболевания, то есть в качестве 2-й линии терапии. Может назначаться как монотерапия, так и при использовании комбинаций на основе данного препарата.

Игорь НАУМОВ.

Осторожно!

## Более заразный вариант коронавируса

Подтип коронавируса пиролы по сравнению с ранее выявленными вариантами более заразен. Об этом сообщили в пресс-службе Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

«Новый вариант коронавируса ВА.2.86 пиролы имеет ряд дополнительных мутаций по сравнению с ранее выявленными вариантами омикрона, и он более заразный, чем его предшественники. В РФ существуют тесты для его выявления, а также препараты для эффективного лечения. Обновлённые вакцины, созданные специально под вариант омикрон, эффективны в плане снижения тяжёлых форм заболевания и числа госпитализаций», – говорится в сообщении Роспотребнадзора.

При этом, как отметили в ведомстве со ссылкой на исследования, проведённые в Китае и Швеции, этот вариант коронавируса не так опасен, как заявляли учёные. Ранее сообщалось, что новый подтип инфекции нашли у заболевших в США, Дании, Израиле, Южной Африке, Португалии, Великобритании и ряде других стран.

Пресс-служба кабмина проинформировала, что в Доме правительства в связи с сезонным ростом заболеваемости ОРВИ, гриппом и COVID-19 временно вводятся дополнительные профилактические меры, включая масочный режим. В то же время оснований для введения масочного режима в России на сегодняшний день нет, заявила глава Роспотребнадзора Анна Попова.

Минздрав поручил регионам в случае необходимости вводить масочный режим для медперсонала. Об этом сообщил журналистам помощник министра здравоохранения России Алексей Кузнецов. «Исходя из эпидемиологической ситуации в конкретных регионах, в случае роста заболеваемости – поручено вводить масочный режим в лечебных учреждениях для медицинского персонала. Это обычная противоэпидемиологическая мера, направленная на защиту здоровья медработников и пациентов», – сказал он.

Также в регионах начата вакцинация против гриппа, гражданам настоятельно рекомендуется её пройти, добавил А.Кузнецов. По его словам, эпидемиологическая обстановка в РФ стабильная, регионам поручено готовиться к сезонному росту заболеваемости респираторными инфекциями.

За неделю заболеваемость коронавирусом в России возросла на 48%, а количество госпитализаций увеличилось на 20,6%, сообщили в оперативном штабе по борьбе с инфекцией. Увеличение числа госпитализаций произошло в 42 субъектах Федерации, в 20 регионах оно выше, чем в среднем по России. Увеличение числа заболевших наблюдается в 70 российских субъектах, в 13 регионах этот показатель выше, чем средний по стране. Были госпитализированы около 2 тыс. человек, что на 20,6% больше по сравнению с предыдущей неделей, выздоровели 7280, скончались 14.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Преодоление

## Телмисартан доступен

Несмотря на прекращение ввоза в Россию лекарства от артериальной гипертензии микардиса, страна полностью обеспечена аналогами отечественного и иностранного производства, сообщили в пресс-службе Росздравнадзора.

«В 2023 г. в гражданский оборот было введено около 3,5 млн упаковок лекарственных препаратов с МНН телмисартан (лекарство от высокого артериального давления и сердечной недостаточности) в дозировках 20, 40 и 80 мг российского и иностранного про-

изводства», – говорится в сообщении.

Отмечается, что всего на сегодняшний день в России зарегистрированы 13 препаратов телмисартана.

Таким образом, российский рынок антигипертензивных препаратов с МНН телмисартан в полной мере ими обеспечен. Росздравнадзор совместно с Минздравом России ведёт мониторинг наличия лекарственных средств на отечественном рынке, сообщили в ведомстве.

В Росздравнадзоре уточнили, что ООО «Берингер Ингельхайм» 13 июля 2022 г. официально уведомила Росздравнадзор о прекращении ввоза на

территорию России микардис (МНН телмисартан) и микардисплюс (МНН гидрохлортиазид+телмисартан) с января 2023 г.

В текущем году данный препарат в гражданский оборот не вводился. По данным ФГИС МДЛП, на сегодняшний день остатки микардиса составляют около 23 тыс. упаковок. Это решение не влияет на доступность препаратов телмисартана для пациентов, подчеркнули в ведомстве.

Ранее в СМИ сообщалось, что в российских аптеках возникла нехватка оригинального препарата микардиса с действующим веществом телмисартан, производством которого занимается германская «Берингер Ингельхайм».

Владимир ЧЕРНОВ.

Криминал

## Погибла сотрудница Роспотребнадзора

Сотрудники правоохранительных органов задержали ранее судимого мужчину, который подозревается в убийстве женщины. Её тело обнаружил в парке на западе Москвы прохожий, который гулял с собакой.

В кратчайшие сроки местонахождение фигуранта установлено. Им оказался 37-летний мужчина, который задержан в порядке ст. 91 УПК РФ. В правоохранительных органах уточнили, что погибшей оказалась начальник отдела кадров столичного управления Роспотребнадзора Наталья Радченко

В ходе допроса задержанный признал вину. Проведена проверка показаний на месте, где он показал следователям, как совершил преступление. По предварительным данным, ранее он не был знаком с потерпевшей, а мотивом убийства явилась внезапно возникшая беспричинная неприязнь к проходящей мимо женщине. Установлено, что мужчина ранее привлекался к уголовной ответственности за совершение тяжкого преступления.

Юрий ДАНИЛОВ.

Ситуация

В Гагаринском районе Саратова напали на сотрудника скорой помощи.

Когда медики вошли в дом, они увидели девушку, подвергающуюся насилию со стороны сожителя. Она попросила сотрудников «скорой» о помощи – вывести её из дома, так как она опасается за свою жизнь.

Медработники сопроводили пострадавшую до машины и начали оказывать ей необходимую помощь. В этот момент разъярённый сожитель в неадекватном состоянии

## Избили врача «скорой»

выбежал из дома и начал избивать врача, депутата гордумы Владимира Новикова, работающего на «скорой» с 2010 г.

В результате у него были диагностированы черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга, ушибы. В состоянии средней степени тяжести его доставили в одну из городских больниц, но он отказался от госпитализации.

Прибывшие на место происшествия сотрудники патрульно-постовой службы задержали 27-летнего гражданина. Устанавливаются все обстоятельства происшествия, проводится проверка, сообщили в Управлении внутренних дел Саратовской области.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

Саратов.

Подписка-2024

ПОДПИСНЫЕ ИЗДАНИЯ

ПОЧТА РОССИИ

Книги  
Газеты  
Альманахи  
Журналы

2024  
1 полугодие

Официальный каталог Почты России на первое полугодие 2024 года  
8 800 100-00-00

Все 6000 изданий (полная номенклатура) представлены на сайте  
podpiska.pochta.ru

### Уважаемые читатели!

Оформить подписку на «Медицинскую газету» можно, воспользовавшись каталогами:

**Подписные издания**

- ✓ Официальный каталог «Почта России» на первое полугодие 2024 г.;
- ✓ Электронный каталог «Почта России».

**Подписные индексы:**

- ПН016** – на год
- ПН014** – на месяц.

- ✓ Каталог периодических изданий – газеты и журналы, первое полугодие 2024 г. («Урал-Пресс»).

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

КАТАЛОГ  
периодических изданий  
газеты и журналы

1 полугодие 2024 года

30 лет со своей прессой!

Избранные издания для бизнеса

По льготным ценам подписаться на «МГ» можно через редакцию, направив заявку по электронной почте: [mg.podpiska@mail.ru](mailto:mg.podpiska@mail.ru); [mg-podpiska@mail.ru](mailto:mg-podpiska@mail.ru).

Справки по телефонам: 8-495-608-85-44, 8-916-271-08-13.

Процесс формирования первичных организаций нельзя назвать простым, хотя он и закономерный. Лечебные учреждения в новых территориях переходят к работе по российским стандартам, готовятся войти в систему ОМС, а значит, и защита прав медицинских работников должна выстраиваться по принятой в стране практике.

В новых регионах страны побывал заместитель председателя профсоюза Владимир Беспяткин. Тесные связи с Луганской и Донецкой народными республиками установлены уже давно, и их вхождение в общероссийское правовое поле идёт быстрее. Сложности возникают в Запорожской и Херсонской областях.

В. Беспяткин в Мелитополе встретился с министром здравоохранения Запорожья Борисом Александровым и его замом Романом Жалобой. Министр пообещал всестороннюю поддержку в создании региональной организации и выразил уверенность, что структурные подразделения профсоюза появятся в каждом лечебном учреждении.

Координацией профсоюзной деятельности в регионе займётся Роман Жалоба – человек с большим опытом административной работы. По его словам, в состав Запорожской областной организации профсоюза предварительно войдут 43 первички.

– Конечно, медицинские работники, с которыми мы встречались, трудятся в особых условиях, – говорит В. Беспяткин. – Да, люди привыкают, что где-то рядом идут боевые действия. В любой момент возможны обстрелы и воздушные тревоги. Считаю, что коллеги в новых территориях – настоящие патриоты. Они понимают, что очень нужны регионам, стране и занимаются лечебной работой в трудных условиях. На них выпадает огромная нагрузка. Специалистов не хватает. На работу пригласили, уговорив вернуться, даже врачей старшего возраста. Большинство опрошенных выступает за создание

Начало

# В особых условиях

## Профсоюз работников здравоохранения РФ создаёт первичные организации в новых территориях

профсоюза. Но найти настоящих лидеров нелегко. Со своей стороны, центральный комитет профсоюза готов предоставить всю необходимую поддержку и ресурсы, чтобы осуществить создание территориальных организаций.

Очень важно, что после формирования первичных и региональных организаций появится возможность заключать коллективные договоры. Все выплаты и социальная поддержка медицинских работников должны оказываться на их основании. В этом случае никакие проверяющие не смогут утверждать, что осуществляются они необоснованно. А значит, не признают их нецелевым расходованием средств. Кроме того, предстоит совершенствовать систему оплаты труда, провести специальную оценку рабочих мест. Без методической и практической помощи профсоюза это займёт очень много времени.

Следующая встреча прошла уже в соседней области. В городе Геничек заместитель лидера профсоюза беседовал уже с министром здравоохранения Херсонской области Артышем Сатом. В переговорах о формировании структуры профсоюза в регионе приняла участие и заместитель министра Елена Борчанинова, а также руководители подразделений министерства, включая начальников правового и финансово-экономического управлений, и другие ключевые должностные лица.

...Есть ситуации, когда материальная помощь требуется незамедлительно. Один из травматологов



Встреча с руководством Министерства здравоохранения Херсонской области

больницы в Херсонщине пострадал во время обстрела многоквартирного дома. Тяжёлые ранения обеих ног. Его эвакуировали в Крым, врачи боролись за жизнь коллеги, но спасти раненого не удалось. Безусловно, в такой трагической ситуации его родным нужна была финансовая поддержка. Профсоюз осуществил разовую выплату в размере 150 тыс. руб. Однако по уставу профсоюза помощь можно оказывать только тем, кто является членом профсоюза. Очевидно и другое, когда приходит беда, лучше объединиться и оказывать помощь

из нескольких источников. В данном случае – профсоюзных: от первичной организации, региональной и центрального комитета.

– Очень важно, чтобы руководителями первичных организаций профсоюза становились люди с горящими глазами, которые готовы работать на благо коллег, а не просто занимать почётные должности, – пояснил В. Беспяткин. – Больницы и поликлиники Херсонщины начинают создавать первичные организации.

В. Беспяткину было задано множество вопросов. Продолжив тему,

зампред рассказал о предстоящем обучении для профсоюзных активистов Херсона и Запорожья, которое пройдёт 9-10 октября в Симферополе и будет посвящено тонкостям организационной и правовой работы. В диалоге также принял участие спецпредставитель ФНПР по связям с профсоюзами на новых территориях Дмитрий Чуйков. Это дало возможность обсудить не только текущую деятельность Федерации независимых профсоюзов России, но и получить важные ответы на вопросы перспективного сотрудничества и взаимодействия между регионами и организациями. Министерство здравоохранения РФ активно помогает профсоюзу в налаживании деловых контактов с Минздравами Херсонской и Запорожской областей.

Природа не терпит пустоты. Если организации профсоюза работников здравоохранения РФ не будут созданы, появятся какие-то другие структуры, деятельность которых вряд ли будет позитивной в непростой обстановке. Кроме того, система защиты интересов и прав медицинских работников должна выстраиваться по лучшим моделям, а не формально, для отчётности или политических игр и кампаний.



Алексей ПИМШИН.

Инициатива

# Попробовали, понравилось, вернёмся!

Итоги очередного летнего трудового сезона студентов «Медицинские кадры – в село!» подвели в Новосибирском государственном медицинском университете. Это совместный проект НГМУ, регионального Минздрава и Новосибирского медицинского колледжа, который реализуется уже второй год, но по-прежнему остаётся уникальным в России.

Как поясняют организаторы, у проекта две цели – тактическая и стратегическая. Тактическая заключается в том, что во время летних каникул студенты мединститута и медколледжа официально трудоустраиваются в центральные районные больницы региона медсёстрами, медбратьями, санитарями. Таким образом, они не только сами получают отличные практические навыки, но и оказывают огромную помощь ЦРБ, которые всегда испытывают потребность в кадрах. Кстати, за работу «помощники» получают настоящую зарплату.

Стратегическая же цель проекта – познакомить будущих врачей, фельдшеров, медицинских сестёр с условиями и возможностями сельского здравоохранения, тем самым привлечь их сюда на работу после того, как они получат дипломы.

По отзывам студентов, впечатления от такой содержательной



летней практики их переполняют. В зависимости от студенческого стажа, молодые люди работали на должностях среднего или младшего медперсонала в поликлиниках, отделениях хирургии, реанимации, первичных сосудистых отделениях, в службе скорой помощи. У каждого из них был наставник, то есть в работе с пациентами молодым коллегам помогали и подстраховывали их опытные сотрудники больниц.

Во время подведения итогов проекта-2023 студенты-медики рассказали, какой именно бесценный опыт они приобрели.

Кто-то работал фельдшером на «скорой» и участвовал в транспортировке из отдалённого села пациента с инфарктом миокарда, которому медики выполнили догоспитальный тромболитизис и больше часа обеспечивали витальные функции во время поездки. Другой студент – будущий стоматолог – уже самостоятельно лечил пациентов с кариесом, восстанавливал эстетику зубов. Третий, насколько позволял объём имеющихся знаний и навыков, в составе хирургической бригады принимал участие в выполнении операций. Четвёртая сидела на

поликлиническом приёме и тоже многому научилась.

Проект «Медицинские кадры – в село!» стартовал в прошлом году, тогда на работу в две районные больницы пожелали устроиться всего 5 студентов мединститута. Этим летом в 24 ЦРБ региона работали уже 82 будущих медика: 60 студентов лечебного факультета, 11 – стоматологического и 11 – педиатрического.

Проректор НГМУ и автор проекта Константин Бакулин высказал надежду на то, что в следующем году идея летней практики в сельских больницах заинтересует ещё больше участников. Но главное – и в вузе, и в министерстве здравоохранения, и в ЦРБ надеются на то, что знакомство студентов с сельской медициной не ограничится одним месяцем работы, что ребята по окончании учёбы захотят хотя бы на год-два-три вернуться туда, где стартовала их профессиональная карьера. К слову, главные врачи центральных районных больниц признались, что и коллективы лечебных учреждений, и пациенты остались довольны молодыми коллегами, которые готовы были выполнять любую работу, даже сложную для них.

Ирина МАТВЕЕВА.

Новосибирск.

Итоги

По итогам текущего года Чеченская Республика входит в топ лучших регионов РФ по первичному выявлению болезни. Об этом сообщили на прошедшей коллегии Министерства здравоохранения республики.

## «Говорящие» цифры статистики

Так, количество проведённых профилактических мероприятий за январь-июнь 1923 г. в сравнении с аналогичным периодом 2022 г. выросло на 12,2%. Кроме того, фактические цифры профилактических медицинских осмотров взрослого населения опережают плановые на 2,9%, показатели углублённой диспансеризации выше целевых на 1,2%, а диспансерного наблюдения – на 11%.

Также значительно выросла динамика частоты первичного выявления болезни системы кровообращения и злокачественных новообразований. В этой связи особенно примечательно, что доля первично выявленных БСК на 100 тыс. населения в республике на 61,7% больше среднероссийских значений.

Вторым вопросом повестки коллегии стали достижения показателей регионального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» Национального проекта «Здравоохранение» в республике в 2023 г.

Рубен КАЗАРЯН,  
соб. корр. «МГ».

Чеченская Республика.

Вот уже неделю ни один выпуск новостей на федеральных и региональных телеканалах и радио, ни одна информационная лента в интернете не обходятся без сообщений о пироле – новом, якобы, невероятно контагиозном варианте коронавируса. Из всех утгов с утра до ночи нам пророчат очередную пандемию. Журналисты наперегонки разгоняют сенсацию, причём, несуществующую. Их мотив понятен – чего не сделаешь ради высоких просмотров, прочтений и цитируемости. О том же, насколько информация о грядущем катаклизме соответствует реальности, популярные СМИ предпочитают не задумываться. В отличие от профессиональных изданий, к числу которых относится «Медицинская газета».

Корреспондент «МГ» выслушала заключения специалистов, мнению которых можно доверять однозначно.

## Не надо паники

Заместитель директора по научной работе ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора академик РАН Александр Горелов сразу расставляет точки над «i»: темпы роста заболеваемости не такие, чтобы говорить о надвигающейся катастрофе.

– Нагрузка на стационары не увеличилась, что является благоприятным моментом. Вспомним дельта-штамм, когда мы ежедневно мониторили количество оставшихся в регионах свободных больничных коек, аппаратов ИВЛ, лекарств и т.д. Сегодня ничего подобного нет, – подчеркнул А. Горелов.

Текущая эпидемическая ситуация выглядит следующим образом. Традиционно наступил сезон подъёма заболеваемости ОРВИ, пока в основном в детских дошкольных коллективах и образовательных учреждениях. Растёт заболеваемость риновирусной, аденовирусной и другими обычными сезонными инфекциями. Кроме того, наблюдается умеренный рост новой коронавирусной инфекции. Если сравнить эпидемическую ситуацию по COVID-19 на 37 неделе 2023 г. с аналогичным периодом 2022 г., сравнение будет в пользу нынешнего года: 11 тыс. заболевших сейчас против 37 тыс. за ту же неделю в прошлом году. Разница несопоставимая.

Согласно данным мониторинговой системы VGARus (национальной базы данных геномных последовательностей вируса SARS-CoV-2), возбудитель коронавирусной инфекции в России сейчас в 100% случаев – омикрон-штамм во всех своих подвариантах: кракен, стелс, кентавр и пр. Новый подвариант омикрон-штамма – пиролла – в сводках не значится.

– Прежде всего, следует пояснить, что пиролла – тоже один из вариантов уже знакомого нам омикрона, он появился в результате 30 мутаций вирусного генома. В России этот вариант пока не выявлен, но он рано или поздно всё равно появится, это очевидно и неизбежно. Основная боязнь его пока нет: судя по имеющейся у нас информации, в плане клинических проявлений инфекция протекает не тяжелее, чем вызванная другими вариантами омикрон-штамма, – говорит заведующая кафедрой вирусологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Елена Малинникова.

Предпосылкой для введения жёстких предупредительных мероприятий – обязательного ношения масок, объявления карантина, а тем более локдауна – в данное время нет, утверждают эксперты. В конце концов, напомнил заместитель директора ЦНИИ эпидемиологии, мы все уже иммунологически не наивны к коронавирусной инфекции, как это было в начале пандемии COVID-19. Каждый человек либо переболел, либо был вакцинирован, а многие успели и то, и другое. Поэтому нет необходимости так эмоционально реагировать и принимать такие экстраординарные управленческие решения в

разработаны для защиты от гриппозной инфекции в текущем эпидсезоне и уже переданы в лечебные учреждения.

– В странах Южного полушария, где эпидсезон по гриппу и ОРВИ проходит раньше, чем в наших широтах, в этом году эпидемия гриппа была ниже по интенсивности, чем в странах Северного полушария в прошлом году. Исходя из этого, надеемся, и у нас эпидемическая ситуация в нынешнем году будет не столь

тяжёлого течения инфекции, – убеждена Елена Малинникова.

Несмотря на благоприятную в целом эпидемическую ситуацию с коронавирусной инфекцией в настоящее время, успокаиваться не надо, учитывая постковидную восьмимесячную иммунологическую яму. Люди, переболевшие COVID-19, начинают часто заражаться респираторными инфекциями, особенно убедительно это доказано на детском населении: дети, переболевшие коронавирусом,

из числа блогеров, домохозяйек и прочих диванных экспертов. Но самое неприятное – в числе таких псевдо-экспертов оказалось немало медицинских работников, не имеющих специализации ни по эпидемиологии, ни по инфекционным болезням. «Засветиться» в СМИ со своей оценкой происходящего и дать рекомендации населению по вакцинации и лечению COVID-19 не считали зазорным акушеры-гинекологи, урологи, лабораторные диагносты, хирурги и врачи иных профилей, далёких от предмета разговора.

К сожалению, история повторяется и теперь, когда средства массовой информации плотно сели на тему пироллы и гриппа и приглашают в качестве собеседника любого человека в белом халате. Так, на днях в эфире федеральной радиостанции весьма известный в стране кардиолог и руководитель крупной клиники по просьбе журналиста охотно и красноречиво прокомментировал информацию о вероятности грядущего инфекционного бедствия. По мнению кардиолога, ношение масок для защиты от вирусов в принципе бессмысленно, а введение маскового режима – это имитация властью заботы о населении. Он полагает также, что сегодня в России нет вакцин, которые эффективны от актуальных штаммов коронавируса. Наконец, отвечая на вопрос, надо ли прививаться против коронавирусной инфекции, уважаемый кардиолог высказал сомнения: болеют повторно и те, кто уже болел, и те, кто прививался. Одним словом, пошёл вразрез с научно-обоснованной позицией сообщества эпидемиологов и инфекционистов, согласно которой вакцинация хоть и не гарантирует на 100 процентов, что человек не заразится, но гарантирует более лёгкое течение болезни и отсутствие осложнений.

Интересно, а как настоящие эксперты в данной области относятся к тому, что собственные оценки ситуации и рекомендации населению публично дают врачи разных специальностей НЕ-инфекционисты и НЕ-эпидемиологи? Насколько корректно подобное участие докторов в том разделе медицины, который не является для них профильным?

– Для меня это неприемлемая ситуация. Я не считаю себя вправе давать рекомендации по ведению родов, например, или профилактике инфаркта. Подобные действия нарушают правила медицинской этики и деонтологии, – ответил на вопрос корреспондента «МГ» академик А. Горелов.

Он подчеркнул, что истинная экспертная оценка эпидемической ситуации делается на основании точных данных, а рекомендации системе здравоохранения и населению даются с позиции доказательной медицины, а не собственных представлений.

Профессор Малинникова поддержала мнение коллеги, сказав, что в период пандемии комментарию таких псевдо-экспертов вызвали массу вопросов у профессионалов. В свою очередь у общественности были справедливые претензии, что в медицинском сообществе нет единого мнения. Не следует допускать подобного впрямь.

– Междисциплинарное взаимодействие очень полезно в науке, когда врачи разных специальностей совместно вырабатывают эффективные подходы к диагностике и лечению той или иной патологии. Но подменять собой инфекционистов, вирусологов и эпидемиологов в клинике или в публичных оценках эпидемической ситуации врачам других профилей всё-таки не следует, – уверена Е. Малинникова.

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

## Острая тема

# Фантазии на тему пироллы

## Эксперты просят не-экспертов не разгонять «волну» коронавируса

ответ на появление новых случаев заболевания коронавирусной инфекцией, будто это происходит впервые.

### Инфлюэнция на горизонте

Согласно еженедельному национальному бюллетеню по гриппу и ОРВИ, который готовит НИИ гриппа им. А.А.Смородинцева Минздрава России, оснований для серьёзных беспокойств, а тем более панических настроений также нет.

Хотя на взгляд невнимательного и склонного к сенсациям человека действительно наступает полнейший апокалипсис. Ведь, как сказано в сводке, на 37-й неделе 2023 г. уровень заболеваемости населения ОРВИ и гриппом в целом по стране повысился по сравнению с предыдущей неделей и был выше еженедельного эпидемического порога на 32,6%. Эпидемические пороги заболеваемости гриппом и ОРВИ по всему населению превышены на 20% в 35 городах. Казалось бы, здесь уже все основания для того, чтобы сочинить и вбросить в СМИ или в соцсети алармистское сообщение.

Однако читаем дальше: «Лабораторными методами на 37-й неделе 2023 г. при исследовании материалов от 3952 больных гриппом и ОРВИ в 41 городе зарегистрировано 3 (0,08%) случая гриппа в двух городах, в том числе 2 случая гриппа А (Санкт-Петербург, Оренбург) и 1 случай гриппа В (Оренбург)».

Три случая заболевания гриппом за неделю на всю страну могут быть основанием для страхов и сенсации в информационном пространстве? Конечно же, нет. Это подтвердила заместитель директора по научной работе НИИ гриппа им. А.А.Смородинцева Дарья Даниленко.

Она отметила, что ситуация по гриппу в России спокойная традиционно для сентября. Всемирная организация здравоохранения прогнозирует начало роста заболеваемости гриппом с 40-й недели года. В этом сезоне ожидается циркуляция и вируса А, и вируса В. Все эти штаммы входят в состав вакцин, которые

агрессивной, – высказала предположение Д. Даниленко.

### Кого и от чего прививать

Кампания вакцинации против гриппа уже началась, и здесь у всех троих экспертов сомнений нет: прививаться необходимо и детям, и взрослым.

– Чтобы мы пережили предстоящий эпидсезон по гриппу спокойно, нужно иметь коллек-

заболевают ОРВИ ежемесячно. У взрослых регистрируются повторные – через три месяца – случаи заболевания COVID-19. Вот что такое иммунологическая яма. Как в неё не попасть? Ответ очевиден – вакцинироваться.

Говоря о важности иммунопрофилактики, эксперты обращают внимание ещё на один феномен – очень высокие риски плохих исходов у лиц с неблагоприятным



тивный иммунитет, который достигается по итогам вакцинации 60% всего населения и 75% в группах риска. В нынешнем году значительная часть людей будет привита уже не трёхвалентной, а четырёхвалентной вакциной против гриппа. В целом переход на четырёхкомпонентные вакцины должен произойти в России к 2025 г., тогда как во всём мире ставят целью сделать это только к 2030 г., – добавил А. Горелов.

Что касается прививки против COVID-19, специалисты советуют не пренебрегать и ею тоже. Хотя и признают, что у учёных и клиницистов ещё остаются вопросы о перекрёстном иммунитете: насколько защита, которая была выработана организмом после ранее перенесённого человеком COVID-19, позволяет облегчить заболевание, вызванное каким-то новым штаммом вируса SARS-CoV-2? И почему вирус может уходить от иммунного ответа? Насколько эффективны конкретно в отношении подварианта пироллы будут вакцины, которые разрабатывались для омикрон-штамма в целом?

– У нас нет ответов на многие вопросы, тем не менее в любом случае вакцинация защитит от

преморбидным фоном при сочетанной респираторной инфекции: грипп и коронавирус, респираторно-синцициальная инфекция и грипп, РС-инфекция и COVID-19, риновирусная инфекция и грипп и другие комбинации возбудителей.

– В связи с существованием таких рисков очень важна вакцинация детей и лиц старше 60 лет от пневмококковой инфекции, что обеспечивает более лёгкое течение всех респираторных вирусных инфекций. Вакцинацию против гриппа и пневмококка можно проводить в один день, – отмечают специалисты.

Также, по словам Е. Малинниковой, одновременно можно вакцинироваться против гриппа и коронавируса, либо, если не получается в один день, придётся сделать это с интервалом в 30 дней.

### Не знаешь – не говори

Шутка про то, что во время пандемии COVID-19 все вокруг стали вирусологами, на самом деле не утрачивает актуальности. В 2020–2022 гг. в стране появилась огромная армия «специалистов» по коронавирусной инфекции и противоэпидемическим мерам

Село Чурапча – центр Чурапчинского улуса – стоит на федеральной дороге Колыма. От Чурапчи до посёлка городского типа Нижний Бестях в 2022 г. завершили ремонт дороги. Теперь она заасфальтирована, до этого была гравийная. Дальше транспортная связь до Якутска идёт через великую реку Лена: летом на моторке или пароме, весной и осенью на судах на воздушной подушке типа «Ирбис». Во время густого ледохода связь прерывается. И только зимой, когда лёд окрепнет, через реку ездят машины.

Весной во время паводков и таяния снега, летом и осенью во время дождей дороги между сёлами размывает, и врачам всё труднее добираться до своих пациентов.

Как работаете медикам в этой обстановке, мы попросили рассказать главного врача Чурапчинской центральной районной больницы Николая СИВЦЕВА.



Передвижной медицинский комплекс на выезде

ных игр, включая национальные и специальные тренинги. Установлена связь со специалистами социальной службы, которым оперативно передаются сведения о пожилых пациентах, остро нуждающихся в социальном уходе.

Деятельность Мугудайской участковой больницы была высоко оценена федеральным центром координации деятельности субъектов Российской Федерации по развитию оказания медицинской помощи по профилю «гериятрия».

– Применяются ли у вас новые технологии?

## Чурапча далёкая и близкая

– Наш район делится на 17 сельских администраций, объединяющих 25 населённых пунктов. Самые отдалённые участки – Алагарский, находится в 100 км от райцентра, Соловьёвский в 90 км, Болугурский и Арылахский удалены на 70 км. Это вроде бы не так далеко, но по распутице или в аномальные северные морозы пойдти доберись. Плотность населения на квадратный километр 157 человек.

– Да, это одна из самых низких в России. Не все хотят жить на Севере...

– Это так. Но тот, кто полюбил Якутию, отсюда уже никогда не уедет. Это же можно сказать и о наших врачах. Медицинское обслуживание населения улуса осуществляет районная больница, 3 офиса врача общей практики, 11 врачебных амбулаторий, 5 фельдшерско-акушерских пунктов, 4 фельдшерских пункта.

В Кындале, Мельджехи, Тее вообще живут по 30 человек. И до каждого жителя надо дойти, ведь это наша обязанность. Терапевтических участков по району 16, в среднем на один участок приходится примерно 925 человек. Правда, идёт снижение количества пациентов на один участок. Это связано с уменьшением числа прикрепленного населения. Общая численность взрослого населения района за 3 года снизилась на 555 человек.

– Сколько пациентов обслуживает участковый терапевт?

– В больнице в среднем более 1400 пациентов, во врачебных амбулаториях 760. За малокомплектными участками закреплено от 280 пациентов.

– Назовите средний возраст жителей улуса? В основном это пожилые люди, которые не хотят уезжать из родных мест?

– Средний возраст мужчин – 36 лет, женщин – 41 год. Правда, есть существенная гендерная диспропорция, как и по всей Российской Федерации. Мужчин у нас в улусе 5482, женщин – 6091. Эта тенденция стабильна в течение последних 10 лет, и с возрастом жителей диспропорция увеличивается.

Убыль населения идёт за счёт снижения рождаемости и миграционного процесса. Но в 2022 г. несколько изменилась в лучшую сторону.

## Ключи получены

– Доехать до 17 тыс. жителей района сложно. Есть ли проблемы с транспортом?

– Частичные. Имеются санитарные автомобили. За последнее время многое сделано для районов Якутии в рамках программы «Модернизация первичного звена здравоохранения». В 2022 г. нам передали передвижной мобильный комплекс на базе «КамАЗ», это почти больница на колёсах. Стало полегче: теперь бригады узких специалистов из ЦРБ обслуживают самые отдалённые наслеги.

Кроме того, мне как главному врачу летом в Якутске торжественно вручили ключи от новых автомобилей «УАЗ» и передвижного рентгенологического комплекса «ФлюМамм» на базе автобуса «ПАЗ». Микроавтобусы «УАЗ» переданы Алагарской и Мындагайской врачебным амбулаториям.

## Наша коллегия

# Ориентация – Север

## Как работаете медикам отдалённого якутского улуса



Глава Якутии посетил стройку 2-й очереди больницы (слева А.Николаев, справа Н.Сивцев)

– Как вы справляетесь с экстренными больными, например, когда срочный вызов на роды?

– Рождаемость в Якутии одна из самых высоких в России. Недавно на свет появился миллионный житель республики. За год в больнице мы приняли 30 родов, причём все дети доношенные и здоровые. Пациентов со сложными диагнозами заранее госпитализируем в перинатальный центр Якутска.

– Наверное, зимой вам приходится сталкиваться со случаями обморожения?

– Сплошь и рядом. Если двигатель автомашины на трассе заглох, а мороз под  $-50^{\circ}\text{C}$ , сами можете представить, что происходит. В особо сложных случаях после оказания первой помощи доставляем пациентов в ожоговое отделение Якутска.

## Комплекс будет достроен

– Происходит в районе строительство новых медицинских объектов?

– Конечно. Ввод модульной врачебной амбулатории запланирован в селе Арылах. Уже закуплено новое оборудование, врачебная амбулатория будет оснащена по всем стандартам. С нетерпением ждём её открытия и жители, и медицинские сотрудники.

Кроме того, идёт строительство второй очереди больничного комплекса в Чурапче. Объект планируется сдать в декабре этого года. Новое здание будет соединено тёплым переходом с работающей больницей.

Сейчас медицинские организации ЦРБ расположены в разных зданиях. С вводом второй очереди Чурапчинская центральная районная больница станет современным больничным комплексом. Осуществится наша мечта – в одном месте будут оказываться все виды медицинской помощи,

«бережливой поликлиники», с понятной отдельной навигацией для пациентов, чтобы не допустить смешивания больных и здоровых, избежать очередей и сократить время получения медицинских услуг. Главное, не сбавлять темпы строительства и ввести вторую очередь больничного комплекса в срок.

Больничный комплекс строится по программе модернизации первичного звена здравоохранения Национального проекта «Здравоохранение». На 2021-2023 гг. на реализацию этой программы Якутия получила из федерального бюджета 6,5 млрд руб.

## Проект «Демография» в действии

– К сожалению, бывает так, что врач не смотрит на пациента, а только заполняет документы...

– Думаю, к нашим медработникам это не относится. Например, Мугудайской участковой больницей у нас заведует специалист с большой буквы – врач-гериатр Марина Петровна Толстоухова. На базе этой больницы в селе Маралай Чурапчинского района 9 лет назад были открыты гериатрические койки. Это было первое гериатри-

– Конечно. Особенно это касается хирургической и реанимационной служб. Мы обновляем оборудование, скоро начнём осваивать технологию интрамедуллярного остеосинтеза стержнями с блокированием при переломах трубчатых костей и проксимального отдела бедренной кости, что очень важно для раннего восстановления пациентов. Уже закуплены инструментари и расходные материалы.

В этом году закуплено оборудование для проведения лапароскопических хирургических вмешательств. После обучения хирургов данной методике запустим его.

## К пациентам едем сами

– Жителям больших городов легко добежать до поликлиник. А если до райцентра 100 км, не всякий поедет в ЦРБ, тем более если серьёзно болен.

– Наша задача – предупредить серьёзные заболевания. Выездной профилактический медосмотр населения проводится по всем сёлам в течение года, как по графику, так и в недели профилактики определённых болезней. В июне мы выезжали в село Хатылы.

Специалисты ЦРБ провели выездной медосмотр на передвижном медицинском комплексе, приуроченный к неделе профилактики рака лёгких. Пациентов осматривали онколог, терапевт, эндокринолог, лор, окулист. Причём это не только необходимые клинические анализы, например онкоскрининг и УЗИ, но и индивидуальные консультации с любым специалистом по просьбе местных жителей. Например, 41 человеку окулисту были подобраны очки.

– Вы можете назвать жизнь на Севере скучной?

– Ни за что. У нас бывает много радостных событий, контактов с коллегами. Наоборот, Север объединяет. Например, в июле прошла 15-я Спартакиада работников здравоохранения заречных улусов, в ней приняли участие команды Чурапчинской, Таттинской, Мегино-Кангаласской, Томпонской, Амгинской, Усть-Алданской центральных районных больниц. Сначала был парад участников в местности Урахалаах. Затем соревнования по волейболу, многоборью, эстафете, национальным видам спорта хабылык, хаамыска. Спартакиада медицинских работников завершилась торжественным награждением победителей соревнований.

Конечно, это не олимпиада, но каждое такое событие приносит радость состязания и встреч. Правильно говорят, что самая большая в мире роскошь – это роскошь человеческого общения.

Беседу вела  
Елена СЛУТИНОВА,  
внешт. корр. «МГ».



Во время операции. Н.Сивцев, операционная сестра А.Беляева, А.Максимов

с соматическими заболеваниями.

В хозблоке будет расположено тяжёлое медицинское оборудование – МРТ, отделение скорой медицинской помощи с отдельным боксом, гаражом и складом.

В новом комплексе будет установлено современное оборудование. Сейчас возведены три этажа здания, завершены работы по утеплению и фасаду, ведутся внутренняя отделка помещений и монтаж вентиляционной системы. Глава Якутии Айсен Николаев поручил нам внимательно отнестись к организации маршрутизации потоков пациентов, выстроить логистику с учётом требований

ческое подразделение в районах республики. Каждый третий пожилой житель села ежегодно получает специализированное лечение. Персонал больницы участвует в реализации регионального проекта «Старшее поколение» нацпроекта «Демография». Особое внимание – профилактике падений и переломов у пожилых. Установлены поручни и опоры в помещениях и коридорах, имеются «тревожные» кнопки вызова над кроватями во всех палатах. В специально оборудованном помещении проходят занятия по лечебной физкультуре. Системно проводятся занятия по улучшению памяти в виде настоль-

**Донельзя назревшие и требующие решения проблемы кадрового и технического обеспечения хирургической службы были в центре внимания участников VIII съезда хирургов Сибирского федерального округа, который состоялся в Кемерово.**

**Динамика незначительная**

Прежде, чем перейти к съезду хирургов СФО, напомним, что в апреле нынешнего года на заседании профильной комиссии Минздрава России по хирургии были представлены итоги службы за 2022 г. В том числе, крупными мазками обозначена ситуация с эндовидеохирургией.

Главный хирург Минздрава России, директор НМИЦ хирургии им. А.В.Вишневского академик РАН Амиран Ревитшвили, говоря об использовании малоинвазивных технологий в экстренной хирургии, привёл следующие данные. Удельный вес лапароскопических операций при остром холецистите в среднем по стране составляет 70%, при аппендиците – 41%, при остром панкреатите – 38%, при перфоративной язве – 13%, спаячной кишечной непроходимости – 8%, а при ущемлённой грыже – всего 4%. Динамика роста этих показателей, начиная с 2019 г., весьма незначительная. Разве что при остром аппендиците лапароскопическое оборудование стали использовать заметно активнее.

Количество лапароскопов за эти же годы увеличилось на тысячу штук (на 20%) и достигло 5886 единиц. На всю страну. Какое количество лапароскопических стоек было бы оптимальным для отечественной лечебной сети, в докладе сказано не было, но из выводов, которые сделаны главным специалистом, нетрудно понять, что 5886 штук явно недостаточно.

Дефицит хирургов, эндоскопистов и анестезиологов в больницах первого и второго уровней ограничивает доступность хирургической помощи. Недостаток видеозондоскопического оборудования и инструментов в больницах второго и третьего уровня снижает качество хирургической помощи. В свою очередь загруженность больниц третьего уровня рутинными операциями и экстренной хирургией сдерживает развитие высокотехнологичной медицинской помощи в регионах, – обозначил актуальность проблемы А.Ревитшвили.

Восполнить недостаток оборудования и расходных материалов для малоинвазивной хирургии, по мнению главного специалиста, можно было бы следующим образом. Во-первых, внести изменения в стандарт оснащения хирургических стационаров, так как он был утверждён ещё Приказом Минздрава России № 922н от 15.11.2012 и давно устарел. В актуальном документе должно быть указание на обязательное наличие видеозондоскопического оборудования в стационарах второго и третьего уровней. Во-вторых, увеличить тарифы на оплату лапароскопических и эндоскопических операций. Наконец, устранить дефицит оборудования для лапароскопических операций, делая ставку на импортозамещение, то есть покупая отечественное.

Уже не в первый раз тогда была сформулирована проблема «малоинвазивной недостаточности» в российской хирургической службе. Но теперь прозвучали конкретные предложения по изменению сложившейся ситуации. Лёд тронулся.

**Повторить не вредно**

На съезде хирургов СФО главный специалист Минздрава России ещё раз вернулся к этой теме и предложил варианты выхода из «лапароскопического тупика»,

**Проблемы и решения**

# «Малоинвазивная недостаточность»

## От разговоров про нехватку оборудования пора переходить к делу

в котором оказалась значительная часть регионов, что говорит о серьёзности намерений.

– Сохраняется недостаток оборудования для эндовидеохирургии в больницах второго уровня, что негативно влияет на качество хирургической помощи в целом. Решение проблемы дефицита оборудования и расходных материалов возможно путём изменения стандарта оснащения хирургических стационаров, который действует с 2012 г., повышения тарифа на лапароскопические операции и главное – увеличением производства отечественного оборудования и расходников, – резюмировал А.Ревитшвили.

Главный хирург России привёл данные о применении лапароскопической техники в экстренной хирургии в разных федеральных округах и отдельно – в Москве. И так, при остром холецистите частота применения лапароскопической техники в среднем по РФ составляет 76% (при этом в ДФО, Уральском, Сибирском и Приволжском округах колеблется от 53 до 60%, максимум в Северо-Кавказском – 83%), а в Москве – 97%.

При остром аппендиците разница заметно усиливается: в среднем по РФ только 41% операций выполняется малоинвазивно (в Дальневосточном, Приволжском, Северо-Кавказском, Южном и Сибирском округах по нарастающей от 19 до 32%, максимум в Северо-Западном – 60%), тогда как в столице – 97,5%.

Наконец, апогей технологической полярности – экстренные операции по поводу перфоративной язвы: среднероссийская доля лапароскопических операций 13%, (от минимальных 3% в ДФО до максимальных 21% в Центральном федеральном округе), в Москве – 56%. Подобный контраст есть и в ряде разделов плановой абдоминальной хирургии.

Главный специалист федерального Минздрава уверен, что, несмотря на такие неравные показатели, увеличение частоты применения лапароскопической техники в экстренной и плановой хирургии является основным вектором развития хирургии повсеместно.

– Представленные цифры, отражающие уровень применения эндовидеохирургического оборудования в стране, наверняка будут использованы для анализа главными хирургами и организаторами здравоохранения субъектов РФ, – высказал надежду А.Ревитшвили.

**Уравнять в правах**

Сложно представить, какие именно шаги в этой ситуации могут предпринять организаторы здравоохранения субъектов РФ, к которым апеллирует главный хирург Минздрава России. Особенно главы минздравов дотационных регионов, где губернатор вынужден, имея весьма ограниченные финансовые средства, принимать сложное решение либо в пользу ремонта дорог и теплотрасс, либо в пользу покупки эндовидеохирургических стоек для стационаров.



Оптимальным выходом, по мнению главного хирурга СФО главного врача Новосибирской областной больницы Анатолия Юданова, стало бы формирование федеральной целевой программы оснащения лечебных учреждений оборудованием для малоинвазивной хирургии.

– По аналогии с федеральной программой борьбы с онкологическими заболеваниями и федеральной программой организации региональных сосудистых центров, которые оснащались по единому стандарту за счёт федерального бюджета, нужно сформировать подобный проект по развитию хирургической службы. В противном случае, если переложить финансовую ответственность на плечи региональных бюджетов, мы никогда не сможем обеспечить равные условия работы всех хирургических отделений и достичь одинаково высоких показателей в оказании хирургической помощи во всех субъектах РФ, – убеждён А.Юданов.

Обращаясь к участникам съезда, главный хирург федерального округа отметил, что в целом результаты работы службы в 2022 г. удовлетворительные. В сравнении с предыдущим годом выросло число прооперированных пациентов, в том числе с использованием малоинвазивных методов, активнее стали оперировать амбулаторные хирурги. В целом по СФО удалось улучшить и качественные показатели: оперативная активность выросла до 57%, послеоперационная летальность снизилась до 4%; госпитальная летальность снизилась до 4,1%. Однако, подчеркнул главный специалист, объёмных и качественных показателей доковидного 2019 г. достичь пока не удалось.

Что касается системных проблем хирургической службы, их главный специалист обозначил чётко и конкретно. Прежде всего, сохраняется дефицит хирургов в большинстве регионов Сибири, а также тревожит недостаточный уровень профессиональной подготовки значительной части специалистов, особенно в больницах первого уровня, расположенных в отдалённых и малонаселённых районах. Объяснение этому простое: выбирать не из кого, очереди из желающих работать в сельском здравоохранении нет.

Вторая загвоздка, мешающая развитию хирургии в целом и малоинвазивной, в частности, – материально-техническое оснащение хирургических отделений во многих медицинских организациях, а именно отсутствие или неисправность эндоскопического оборудования, в первую очередь лапароскопических стоек.

Далее А.Юданов сделал акцент на том, что тарифы на оплату ряда хирургических операций с использованием лапароскопической техники ниже реальной стоимости этих операций. Если преимущественно эндовидеохирургии перед открытыми вмешательствами признаны очевидными и ставится цель максимальное количество оперативных вмешательств выполнять малотравматично, то без адекватной тарификации эта цель недостижима.

– В настоящее время в регионах СФО степень использования новых технологий и методик в хирургии чрезвычайно различна, что во многом зависит от авторитета руководителя хирургической службы, организации подготовки и переподготовки хирургических кадров. Но в основном это зависит от финансовых возможностей конкретного региона. В перспективе условия, в которых работают хирурги не только в Сибири, а вообще по всей стране, должны выравниваться, и существующую разницу следовало бы минимизировать. Именно с этой целью было бы правильным совместными усилиями Российского общества хирургов и Минздрава России разработать федеральную целевую программу по внедрению технологий малоинвазивной хирургии на период 5-7 лет. Желательно сделать это как можно скорее, – подчеркнул А.Юданов.

**Равнение на Белокаменную?**

Итак, подытожим. Дефицит специалистов и нехватка современного оборудования для малоинвазивной хирургии испытывают не только сибирские, но и другие регионы страны за исключением, пожалуй, одного города – Москвы. Безотносительно к данному мероприятию, просто давно хочется узнать: с какой целью в докладах главных специалистов Минздрава России на конференциях статистика Москвы выносятся обособленно от остальных субъектов

Федерации? В качестве немого упрека остальному медицинскому миру страны и в качестве маяка, на который всем следует держать курс, или же наоборот – как иллюстрация злой шутки про то, есть ли жизнь за МКАДом? Судя по различиям в цифрах, её там нет.

Что касается хирургической службы, наверное, объяснить столь существенную разницу в применении хирургии малого доступа между одним городом страны и всеми остальными территориями можно тем, что в этом «особом» городе орган управления здравоохранением ставит перед хирургической службой такую высокую цель, выстраивает оптимальную маршрутизацию пациентов с хирургическими заболеваниями, чётко распределяет зоны ответственности между стационарами разных уровней, требует от врачей регулярно повышать квалификацию и умеет договариваться с фондом ОМС.

Но всё-таки наиболее вероятным объяснением выглядит такое: Москва не имеет проблем с наполнением бюджета здравоохранения и может тратить на медицину, включая приобретение эндовидеохирургической техники, любые суммы без ограничений. Москва привлекает кадры более высокими зарплатами, оставляя другие территории без специалистов. В Москве нет сельских больниц, которые слабо оснащены и где оперируют открытым доступом, чем «портят статистику» технологического прогресса.

Никому и в голову не придёт утверждать, будто хирурги, которые работают ближе к центру страны, умнее и способнее, чем их коллеги в других территориях, они сильнее заинтересованы в освоении и использовании новых технологий. Просто арсенал технических средств в их руках неодинаков, из-за чего, кстати, население страны, вопреки закону, не получает хирургическую помощь одинакового уровня вне зависимости от региона проживания.

Пессимисты скажут, что все разговоры на эту тему бессмысленны. Оптимисты же продолжают надеяться на справедливость и здравомыслие тех, от кого зависит принятие экстерриториальных решений в здравоохранении.

Поддерживая надежды оптимистов, на съезде хирургов Сибири главный специалист Минздрава России А.Ревитшвили сообщил о том, что в РОХ приступили к разработке Программы развития минимально инвазивной хирургии. Пока нет конкретики о статусе этого проекта, будет ли он федеральным или просто модельным для каждого субъекта РФ и ляжет на плечи территорий. Единственное, что известно – ведётся сбор данных о наличии в лечебных учреждениях эндовидеохирургического и роботического оборудования, а также о числе хирургов, владеющих малоинвазивными технологиями. Опросник разослан в медицинские организации, необходимо в срок до 1 октября 2023 г. собрать информацию.

– Без объективного анализа обеспеченности учреждений оборудованием и кадрами мы не сможем поставить перед государством задачу найти решение этих проблем. Реализация такой программы необходима для того, чтобы улучшить показатели лечения в экстренной и плановой хирургии, привлечь молодых специалистов в общую хирургию. Последнее крайне сложно сделать без того, чтобы дать возможность врачам применять современные технологии, включая лапароскопические и роботические, – уверен главный хирург Минздрава.



Елена БУШ,  
обозреватель  
«МГ».

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 35 (2395)

(Окончание. Начало в № 37 от 20.09.2023.)

**Жалобы и анамнез.** Рекомендуется сбор жалоб и анамнеза у всех пациентов, обращая внимание на нарушение менструального цикла (аменорея, ациклические кровяные выделения, олигоменорея, маточные кровотечения различной интенсивности и продолжительности), возраст и др. для верификации диагноза.

Более редкими являются жалобы на боли внизу живота, в грудной клетке, кашель, кровохарканье, головную боль, различные проявления токсикоза беременных, возможны явления тиреотоксикоза. В отдельных случаях пациентки самостоятельно обнаруживают метастазы во влагалище или опухоль в малом тазу, пальпируемую через переднюю брюшную стенку. Учитывается возраст пациентки, так как наиболее часто болезнь возникает у женщин репродуктивного возраста, хотя и может проявляться у пациенток в перименопаузе. Обращается внимание на наличие беременности, завершённой родами, аборт (искусственным или самопроизвольным), в том числе и эктопическим. Опухоль может возникнуть и в период развивающейся беременности. Пациенткам, ранее перенёвшим ПЗ, при любых нарушениях менструального цикла следует определить уровень сывороточного ХГЧ.

**Физикальное обследование.** Рекомендуется всем пациенткам физикальный осмотр для верификации диагноза.

При гинекологическом осмотре часто можно обнаружить увеличение размеров матки, несоответствие срока беременности, дню после родов, размягчение шейки матки. Кроме этого, можно пальпировать опухолевые образования в стенке матки, малом тазу, влагалище (чаще выявляются при осмотре в зеркалах). Патогномичным признаком развития ТБ является наличие у пациентки текалютеиновых кист, часто очень больших размеров. В связи с этим существует риск перекручивания ножки кисты либо нарушения целостности стенки кисты с развитием клиники «острого живота».

**Лабораторные диагностические исследования.** Рекомендуется исследование уровня хорионического гонадотропина (Бета-ХГЧ) у всех пациенток для верификации диагноза.

В норме ХГЧ образуется в синцитиотрофобластических клетках плаценты, что обуславливает высокий уровень гормона у беременных. При этом первый триместр – период формирования, развития и прикрепления плаценты – характеризуется прогрессирующим ростом уровня ХГЧ, а к концу первого триместра (11-12 недель) отмечается постепенное его снижение. Известно, что любое повышение уровня ХГЧ, не связанное с развивающейся беременностью, свидетельствует о возникновении ТО. Диагностическая чувствительность ХГЧ при трофобластической болезни близка к 100%. Наличие у пациенток репродуктивного возраста нарушений менструального цикла и беременности в анамнезе всегда требует исключения ТБ путём определения уровня ХГ в сыворотке крови. Необходимо устанавливать наличие плато или увеличение уровня ХГ в 3 последующих исследованиях в течение 14 дней, что свидетельствует о развитии злокачественной ТО.

**Инструментальные диагностические исследования.** Рекомендуется всем пациенткам ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства, малого таза. УЗИ позволяет обнаружить как первичную трофобластическую опухоль матки, так и наличие метастазов во влагалище или брюшной полости. В 20% наблюдений первичная опухоль в матке отсутствует.

УЗИ должно выполняться в день обращения пациентки.

Не рекомендуется добиваться получения морфологического материала с помощью повторных выскабливаний полости матки или биопсий опухолю.

Повторные выскабливания матки, биопсия опухоли могут привести к кровотечению, перфорации органа и выполнению неоправданных хирургических вмешательств, ухудшающих прогноз заболевания.

Рекомендуется всем пациенткам рентгенологическое исследование органов грудной полости с целью выявления метастазов. Оптимальным методом диагностики метастазов в лёгких является компьютерная томография.

Исследование должно выполняться в день обращения пациентки при подозрении на ЗТО.

Рекомендуется проводить магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга с контрастированием пациенткам с выявленными метастазами в лёгких в целях определения распространённости опухолевого процесса и планирования алгоритма лечения.

При рецидивах опухоли пациенткам с метастазами в лёгких и/или других органах дополнительно выполняется позитронно-эмиссионная томография, совмещённая с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ) для топической диагностики резистентной опухоли и выбора тактики лечения.

**Иные диагностические исследования.** Рекомендуется всем пациенткам выполнить патологоанатомическое исследование соскоба полости матки, цервикального

## Трофобластические опухоли Клинические рекомендации

канала для морфологической верификации диагноза.

Исследованию подвергаются удалённые при выскабливании полости матки ткани, а также материал, полученный в результате предшествующих различных хирургических вмешательств.

### Лечение

Назначение и применение лекарственных препаратов, указанных в клинической рекомендации, направлено на обеспечение пациента клинически эффективной и безопасной медицинской помощью, в связи с чем их назначение и применение в конкретной клинической ситуации определяется в соответствии с инструкциями по применению конкретных лекарственных препаратов с реализацией представленных в инструкции мер предосторожности при их применении, также возможна коррекция доз с учётом состояния пациента.

**Лечение ПЗ.** Рекомендуется вакуум-аспирация эндометрия ПЗ с контрольным разделением диагностическим выскабливанием полости матки и цервикального канала в условиях акушерско-гинекологического стационара с обязательным патологоанатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала матки.

Не рекомендуется выполнять эвакуацию ПЗ путём гистеротомии. Это увеличивает риск метастазирования. Пациенткам с реузотрицательным фактором и ЧЗП необходимо вводить антирезус-иммуноглобулин.

Химиотерапия после эвакуации пузырного заноса не проводится.

Показанием к химиотерапии может служить только развитие персистирующих ТО, подтверждённое динамическим увеличением сывороточного уровня ХГЧ. Лечение планируется в соответствии с риском резистентности.

**Тактика при ЧПЗ и развивающейся беременности.** Очень редко встречается сочетание ПЗ с развивающейся беременностью (бихориальная беременность, патология плаценты и др.) и требует совместного ведения пациентки онкологом и акушером-гинекологом.

Рекомендуется проводить мультидисциплинарный подход к ведению пациенток при ЧПЗ и развивающейся беременности: акушера-гинеколога и онколога – специалиста в области лечения ТО.

Возможно пролонгирование беременности при определённых условиях: исключены пороки развития плода, установлен нормальный карิโอтип плода, умеренные акушерские риски, оформлено юридическое согласие женщины, нет признаков малигнизации и др.

**Лечение злокачественных ТО.** Лечение пациенток с ЗТО необходимо начать в кратчайшие сроки. Время обследования и начала лечения в специализированных отделениях по лечению ЗТО может составлять менее 48 часов. Отсрочка лечения может значительно ухудшить прогноз болезни.

Любые хирургические вмешательства у пациенток с ЗТО до начала химиотерапии, в том числе с диагностической целью, ухудшают результаты лечения ЗТО.

**Консервативное лечение.** Основным методом лечения пациенток с ЗТО считается

противоопухолевая лекарственная терапия. Адекватная химиотерапия позволяет достичь полного выздоровления абсолютного большинства пациенток без применения дополнительных методов лечения. Лечение пациенток ЗТО проводится только в специализированной клинике (региональный трофобластический центр), располагающей всеми современными возможностями диагностики, и проводится врачами, обладающими опытом лечения данного заболевания.

Рекомендуется планирование химиотерапии 1-й линии для пациенток с ЗТО следующим образом для оптимального подбора режима терапии:

1. Подсчёт суммы баллов по шкале FIGO-ВОЗ (по результатам обследования).

2. Определение группы риска резистентности: 6 и менее баллов – низкий риск, 7 и более – высокий риск.

3. Выбор режима химиотерапии в соответствии с группой риска.

Рекомендуется проведение стандартной химиотерапии первой линии, режим которой определяется группой риска возникновения резистентности опухоли по шкале FIGO для достижения излечения.

пертов в лечении ЗТО (очно, дистанционно с помощью телемедицины).

**Лечение пациенток с церебральными метастазами.** Лечение пациенток с церебральными метастазами следует проводить только в экспертной клинике, имеющей положительный опыт и все необходимые условия для диагностики и лечения.

Рекомендуется противоопухолевое лечение пациенткам начинать в 1-е сутки от момента установления диагноза. При высоком риске рекомендуется стандартная химиотерапия 1-й линии с учётом рекомендаций невролога.

До начала лечения необходимо провести совместный консилиум с неврологом или нейрохирургом для оценки неврологического статуса пациентки и коррекции симптоматической терапии. При возникновении резистентности опухоли рекомендуется проведение консилиума с участием экспертов в лечении ЗТО (очно, дистанционно с помощью телемедицины).

**Хирургическое лечение**

Показания к хирургическому лечению:

- кровотечение из первичной опухоли или метастаза, угрожающее жизни пациентки

- перфорация опухолью стенки матки
- резистентность первичной опухоли (при неэффективности стандартной химиотерапии 1-й и 2-й линий и отсутствии отдалённых метастазов)

- резистентность солитарных метастазов опухоли (при отсутствии первичной опухоли и метастазов в других органах, наличии условий для одномоментного удаления всех резистентных очагов и возможности проведения химиотерапии после операции).

Рекомендуется проводить пациенткам хирургическое лечение для достижения излечения:

- органосохраняющую гистеротомию с иссечением опухоли в пределах здоровых тканей у пациенток репродуктивного возраста при резистентности;

- резекцию поражённого органа с резистентным метастазом в пределах здоровых тканей (возможно, эндоскопическим путём).

Хирургические вмешательства на матке следует выполнять лапаротомным доступом в целях абластики и предупреждения метастазирования высокоагрессивной опухоли.

### Реабилитация

Каких-либо методов специальной реабилитации для пациенток ТО не существует. Реабилитационные мероприятия осуществляются в соответствии с общими рекомендациями.

**Реабилитация после хирургического лечения**

*1-й этап реабилитации*

Рекомендуется всем пациенткам тактика fast track rehabilitation («быстрый путь») и ERAS (early rehabilitation after surgery – ранняя реабилитация после операции), включающая в себя комплексное обезболивание, раннее энтеральное питание, отказ от рутинного применения зондов и дренажей, ранняя мобилизация пациенток уже с 1-2 суток после операции не увеличивает риски ранних послеоперационных осложнений, частоту повторных госпитализаций. Тактика fast track rehabilitation уменьшает длительность пребывания в стационаре и частоту послеоперационных осложнений.

Рекомендуется всем пациенткам раннее начало выполнения комплекса лечебной физической культуры (далее – ЛФК) с включением в программу аэробной, силовой нагрузок и упражнений на растяжку, не увеличивающих частоту послеоперационных осложнений, улучшающих качество жизни.

Рекомендуется всем пациенткам применение побудительной спирометрии, подъём головного конца кровати, раннее начало дыхательной гимнастики и ранняя активизация пациенток, способствующие профилактике застойных явлений в лёгких в послеоперационном периоде.

Рекомендуется всем пациенткам ранняя активизация, назначение антикоагулянтов с профилактической целью и ношение компрессионного трикотажа, способствующие профилактике тромботических осложнений в послеоперационном периоде у онкогинекологических пациенток.

Рекомендуется всем пациенткам лечение болевого синдрома в послеоперационном периоде, который имеет междисциплинарный характер и, помимо медикаментозной коррекции, включает в себя физическую реабилитацию (ЛФК), лечение положением, психологические методы коррекции боли

(релаксация), чрескожную электростимуляцию, акупунктуру.

Рекомендуется всем пациентам проведение сеансов медицинского массажа начиная со 2-х суток после операции, уменьшающих интенсивность болевого синдрома, беспокойство, напряжение, улучшая качество жизни.

Рекомендуется всем пациентам проведение психологической коррекции и методик релаксации в послеоперационном периоде, позволяющих снизить кратность обезболивания и улучшая качество жизни у онкогинекологических пациентов.

#### 2-й этап реабилитации

Рекомендуется пациенткам с ожирением и ведущим малоподвижный образ жизни после комплексного лечения опухолей матки проведение ЛФК и снижение веса, являющиеся самостоятельными факторами, ухудшающими качество жизни пациенток, приводя к дистрессу. Сочетание силовых нагрузок, аэробных, упражнений на растяжку значительно улучшает качество жизни пациенток, позволяет контролировать вес.

Повышенный уровень физической активности значительно улучшает качество жизни и выживаемость пациенток.

#### 3-й этап реабилитации

Рекомендуется всем пациенткам здоровый образ жизни, ежедневная физическая нагрузка позволяющая контролировать такие клинические проявления болезни, как депрессия, слабость, а также проводить профилактику сердечно-сосудистых осложнений и остеопороза, у пациенток после комбинированного лечения злокачественных новообразований.

Рекомендуется всем пациентам работа с психологом, методики релаксации, гипнотерапия, информирование пациентов о болезни, улучшающие качество жизни пациенток после комбинированного лечения опухолей женской репродуктивной системы.

Также (при отсутствии противопоказаний) проведение периодических курсов медицинского массажа значительно улучшающих качество жизни у онкогинекологических пациенток, уменьшая слабость, депрессию. При нарушении мочеиспускания упражнения для укрепления мышц тазового дна, Biofeedback-терапия, тиббиальная нейромодуляция, электростимуляция мышц тазового дна и промежности, направленные на коррекцию функциональных нарушений органов малого таза, профилактику физической и психической инвалидизации.

**Реабилитация при химиотерапии.** Рекомендуется всем пациенткам ежедневное выполнение комплекса ЛФК в процессе комбинированного лечения и после его окончания, приводящего к увеличению мышечной силы, улучшающего работу сердечно-сосудистой системы, уменьшающего опасность развития тревоги и депрессии, слабости, тошноты, рвоты, болевого синдрома, улучшающего настроение. Повышение уровня физической активности положительно влияет на сексуальную функцию.

Рекомендуется всем пациенткам дозированная, постепенно нарастающая физическая нагрузка, улучшающая переносимость химиотерапии у пациенток с онкогинекологическими заболеваниями.

Применение аэробной нагрузки на фоне высокодозной химиотерапии повышает уровень гемоглобина и эритроцитов и снижает длительность лейко- и тромбоцитопении.

Для уменьшения слабости и депрессии на фоне химиотерапии рекомендуется всем пациенткам проведение ЛФК. Сочетание ЛФК с психологической поддержкой (нейропсихологическая реабилитация) в лечении слабости и депрессии на фоне химиотерапии более эффективно, чем только медикаментозная коррекция.

Рекомендуется всем пациенткам проведение курса шведского лечебного массажа (при отсутствии противопоказаний) в течение 6 недель для уменьшения слабости на фоне комбинированного лечения. Упражнения на тренировку баланса, выносливости и силовые упражнения, активная ходьба для коррекции полинейропатии. Применение физиотерапевтических методов для лечения периферической полинейропатии: низкоинтенсивной лазеротерапии и/или чрескожной электростимуляции (20 минут в день 4 недели). Низкоинтенсивная лазеротерапия для профилактики мукозита полости рта на фоне химиотерапии. Применение криотерапии кожи головы, позволяющей проводить профилактику алопеции на фоне химиотерапии. Выполнение комплекса ЛФК, для снижения частоты развития кардиальных осложнений на фоне химиотерапии.

#### Профилактика

Рекомендуется подвергать диспансерному наблюдению онкологом всех пациенток после удаления ПЗ: еженедельное исследование сывороточного уровня ХГЧ до получения 3 последовательных отрицательных результатов, затем 2 раза в месяц первые

3 месяца, далее – ежемесячно до года, второй год – раз в 2 месяца, третий год – раз в 3-4 месяца для профилактики рецидивов.

При возникновении плато, или увеличении уровня ХГЧ после ПЗ, или персистенции сывороточного ХГЧ более 16 недель необходима консультация онколога\врача-акушера-гинеколога для определения тактики дальнейшего ведения пациентки. Пациенткам, ранее перенёвшим ЗТО, в дальнейшем после родов необходимо исследовать сывороточный ХГЧ через 2, 4 и 6 недель.

Рекомендуется выполнять УЗИ органов малого таза через 2 недели после эвакуации ПЗ, и далее – в зависимости от динамики уровня ХГЧ для профилактики рецидивов.

Рекомендуется выполнять рентгенографию лёгких через 2 недели после эвакуации ПЗ, далее – в зависимости от динамики ХГЧ для определения тактики дальнейшего ведения пациентки.

Рекомендуется контрацепция в течение года после нормализации уровня ХГЧ, предпочтительнее гормональные контрацептивы для системного (перорального) применения, которые следует назначать только после нормализации уровня ХГЧ и восстановления менструального цикла, для предотвращения беременности.

Рекомендуется обязательная контрацепция после окончания лечения для пациенток с I-III стадией – не менее года, с IV стадией – не менее 2 лет для предотвращения беременности.

Рекомендуется ведение менограммы для всех пациенток, перенёвших ЗТО, не менее 3 лет после окончания лечения для профилактики рецидивов.

#### Организация оказания медицинской помощи

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается онкологом и иными специалистами в центре амбулаторной онкологической помощи либо в первичном онкологическом кабинете, первичном онкологическом отделении, поликлиническом отделении онкологического диспансера.

При подозрении или выявлении у пациента онкологического заболевания терапевты, онкологи участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-специалисты, средние медицинские работники в установленном порядке направляют пациента на консультацию в центр амбулаторной онкологической помощи либо в первичный онкологический кабинет, первичное онкологическое отделение медицинской организации для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Консультация в центре амбулаторной онкологической помощи либо в первичном онкологическом кабинете, первичном онкологическом отделении медицинской организации должна быть проведена не позднее 5 рабочих дней с даты выдачи направления на консультацию. Онколог центра амбулаторной онкологической помощи (в случае отсутствия центра амбулаторной онкологической помощи онколог первичного онкологического кабинета или первичного онкологического отделения) организует взятие биопсийного (операционного) материала, а также организует выполнение иных диагностических исследований, необходимых для установления диагноза, включая распространённость онкологического процесса и стадию заболевания.

В случае невозможности взятия в медицинской организации, в составе которой организован центр амбулаторной онкологической помощи (первичный онкологический кабинет, первичное онкологическое отделение), биопсийного (операционного) материала, проведения иных диагностических исследований пациент направляется лечащим врачом в онкологический диспансер или в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь пациенткам с онкологическими заболеваниями.

Срок выполнения патологоанатомических исследований, необходимых для гистологической верификации злокачественного новообразования, не должен превышать 15 рабочих дней с даты поступления биопсийного (операционного) материала в патологоанатомическое бюро (отделение).

При подозрении и (или) выявлении у пациента онкологического заболевания в ходе оказания ему скорой медицинской помощи таких больных переводят или направляют в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь пациенткам с онкологическими заболеваниями, для определения тактики ведения и необходимости применения дополнительных других методов специализированного противоопухолевого лечения.

Онколог центра амбулаторной онкологической помощи (первичного онкологического кабинета, первичного онкологического отделения) направляет больного в онко-

логический диспансер или в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь пациенткам с онкологическими заболеваниями, для уточнения диагноза (в случае невозможности установления диагноза, включая распространённость онкологического процесса и стадию заболевания, онкологом центра амбулаторной онкологической помощи, первичного онкологического кабинета или первичного онкологического отделения) и оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Срок начала оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи пациенткам с онкологическими заболеваниями в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь пациенткам с онкологическими заболеваниями, не должен превышать 14 календарных дней с даты гистологической верификации злокачественного новообразования или 14 календарных дней с даты установления предварительного диагноза злокачественного новообразования (в случае отсутствия медицинских показаний для проведения патологоанатомических исследований в амбулаторных условиях).

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается онкологами, радиотерапевтами в онкологическом диспансере или в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь пациенткам с онкологическими заболеваниями, имеющих лицензию, необходимую материально-техническую базу, сертифицированных специалистов, в стационарных условиях и условиях дневного стационара и включает в себя профилактику, диагностику, лечение онкологических заболеваний, требующих использования специальных методов и сложных уникальных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

В медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь пациенткам с онкологическими заболеваниями, тактика медицинского обследования и лечения устанавливается консилиумом онкологов и радиотерапевтов с привлечением при необходимости других специалистов. Решение консилиума врачей оформляется протоколом, подписывается участниками консилиума врачей и вносится в медицинскую документацию пациента.

Показания для госпитализации в круглосуточный или дневной стационар медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь по профилю «онкология», определяются консилиумом онкологов и радиотерапевтов с привлечением при необходимости других врачей-специалистов.

**Показаниями к госпитализации в медицинскую организацию в экстренной или неотложной форме являются:**

– наличие осложнений онкологического заболевания, требующих оказания специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной форме;

– наличие осложнений лечения (хирургическое вмешательство, лучевая, лекарственная терапии и т.д.) онкологического заболевания.

**Показаниями к госпитализации в медицинскую организацию в плановой форме являются:**

– необходимость выполнения сложных интервенционных диагностических медицинских вмешательств, требующих последующего наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара;

– наличие показаний к специализированному противоопухолевому лечению (хирургическое вмешательство, лучевая терапия, в том числе контактная, дистанционная и другие виды лучевой терапии, лекарственная терапия и др.), требующему наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара.

**Показаниями к выписке пациента из медицинской организации являются:**

1. Завершение курса лечения или одного из этапов оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара при условии отсутствия осложнений лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях.

2. Отказ пациента или его законного представителя от специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара, установленной консилиумом медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь при условии отсутствия осложнений основного заболевания и/или лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях.

3. Необходимость перевода пациента в другую медицинскую организацию по соот-

ветствующему профилю оказания медицинской помощи. Заключение о целесообразности перевода пациента в профильную медицинскую организацию осуществляется после предварительной консультации по предоставленным медицинским документам и/или предварительного осмотра пациента врачами-специалистами медицинской организации, в которую планируется перевод.

**Медицинские процедуры, которые могут быть оказаны в рамках первичной специализированной медицинской помощи (т.е. амбулаторно) под контролем онколога:**

1. Гинекологический осмотр.
2. УЗИ брюшной полости, малого таза.
3. Взятие мазков с шейки матки.
4. Аспирационная биопсия эндометрия (по показаниям).
5. Лабораторная диагностика (клинический, биохимический анализ крови, исследование маркеров крови).

**Показания к направлению пациента в другую медицинскую организацию:**

– исполнение клинических рекомендаций призвано максимально повысить качество оказываемой медицинской помощи пациентам в различных клинических ситуациях. Если в медицинской организации отсутствует возможность проводить рекомендуемый объём медицинской помощи (например, отсутствует возможность проведения процедуры биопсии сторожевого лимфатического узла), рекомендуется воспользоваться системой маршрутизации в другие медицинские организации, в том числе за пределы субъекта Федерации, в том числе в федеральные центры, имеющие соответствующую оснащённость и кадры;

– клинические рекомендации не позволяют описать всё многообразие реальной клинической практики и охватывают лишь наиболее частые и типовые клинические ситуации. Если практикующий врач или медицинская организация сталкивается с клинической ситуацией, не имеющей соответствующего отражения в настоящей клинической рекомендации (нетипичное течение болезни, необходимость начала противоопухолевой терапии при выявлении противопоказаний к ней, прогрессирование на фоне применения рекомендуемых видов лечения и т.д.), рекомендуется воспользоваться системой телемедицинских консультаций или маршрутизации в национальные медицинские исследовательские центры для уточнения тактики лечения. Выявление или обострение сопутствующей патологии, не относящейся к профилю данного учреждения, препятствует проведению данного этапа лечения (острый инфаркт миокарда, острые нарушения мозгового кровообращения и др.).

Лечение ЗТО существенно отличается от лечения других злокачественных опухолей и должно проводиться только специалистами, прошедшими подготовку по лечению ЗТО. Отсутствие специальной подготовки приводит к существенному ухудшению результатов лечения. Лечение ЗТО проводится в отделениях, располагающих всеми организационными возможностями такого лечения: наличие полного спектра противоопухолевых препаратов, применяемых для лечения ЗТО, и возможность госпитализации пациенток в фиксированный заранее день. Обязательна консультация со специалистами специализированного отделения, в том числе используя возможности телемедицины, при невозможности направления пациенток в специализированное отделение в связи с тяжестью состояния.

**Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания.**

Не применяются любые модификации стандартных режимов химиотерапии в связи с отсутствием препаратов или невозможностью проведения лечения точно в срок. Модификации режимов – несоблюдение доз противоопухолевых препаратов и сроков лечения – являются самыми неблагоприятными факторами, влияющими на исход заболевания, приводя к развитию резистентности ЗТО.

**Лев АШРАФЯН,**  
заместитель директора Национального  
медицинского исследовательского центра  
акушерства, гинекологии и перинатологии  
им. В.И.Кулакова Минздрава России,  
директор Института  
онкогинекологии и маммологии,  
академик РАН.

**Людмила МЕЩЕРЯКОВА,**  
ведущий научный сотрудник отделения  
онкогинекологии НИИЦ онкологии  
им. Н.Н.Блохина Минздрава России,  
доктор медицинских наук.

**Аполлон КАРСЕЛАДЗЕ,**  
заведующий отделом патологической  
анатомии НИИЦ онкологии  
им. Н.Н.Блохина Минздрава России,  
доктор медицинских наук, профессор.

Восточный экономический форум ежегодно проводится в кампусе Дальневосточного федерального университета (ДФУ) на острове Русский близ Владивостока. В этом году в течение четырёх дней он собрал свыше 7 тыс. участников из 62 стран.

Форум проходил под девизом «На пути к сотрудничеству, миру и процветанию». Программа была разделена на 6 тематических блоков: «Международное сотрудничество в изменившемся мире», «Логистика перемены», «Дальний Восток за 10 лет: что получилось и что нужно сделать?», «Технологическое развитие как гарантия суверенитета», «Дальний Восток будущего», «Образование и воспитание как основа независимости».

Вопросы медицины и здравоохранения практически не были упомянуты на пленарной сессии с участием Президента РФ Владимира Путина и вице-президента Лаосской Народно-Демократической Республики Пани Ятхоту. Из более ста сессий Восточного экономического форума здравоохранению были посвящены четыре.

### Лекарственный суверенитет

Модератором сессии «Глобальная система лекарственной безопасности. Защита здоровья в многополярном мире» был руководителем экспертного совета по вопросам регулирования обращения лекарственных средств и медицинских изделий Комитета Государственной Думы по охране здоровья Александр Петров. По его словам, ежегодный рост лекарственного обеспечения составляет 15%. Вместе с тем, 20% иностранных лекарственных средств исчезло с полок аптек. Нужен полный цикл производства лекарств, но из-за отсутствия фармзаводов и квалифицированных кадров более 10 фармзаводов простаивают. Количество производимых страной антибиотиков составляет 1% от того количества, что было в советский период.

Первый заместитель министра здравоохранения РФ Виктор Фисенко призвал ужесточить отпуск лекарств по рецептам. В списке жизненно важных лекарств (ЖВЛ) находится около 800 международных непатентованных наименований, получение которых гарантировано государством. Он также предложил «законодательно ввести ответственность человека за своё здоровье».

«Мы лелеем патернализм и инфантилизм», – заявил заместитель полномочного представителя Президента РФ в Дальневосточном федеральном округе и бывший участковый педиатр Григорий Куранов. Каждый должен отвечать за себя и нести полную ответственность за своё здоровье, а задача государства – воспитывать человека с детского сада.



Вид на бухту Золотой Рог и Золотой мост во Владивостоке

### Деловые встречи

# Владивосторг

## На медицинских полях VIII Восточного экономического форума

Как писали классики, «спасение утопающих – дело рук самих утопающих». Его поддержала выступившая в дискуссии главный врач Центра эндокринного здоровья и репродукции «Примавера» и президент некоммерческого партнёрства «Союз медицинских организаций и врачей Приморского края» Александра Мухотина: «В любом госучреждении должен быть инструктор по здоровому образу жизни». Необходимо снизить лекарственную нагрузку на человека и избежать полипрагмазии.

Заместитель директора по реализации федеральных проектов НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина Тигран Геворкян сообщил, что десятая часть рынка лекарств приходится на онкологические препараты, что составляет 350 млрд руб. ежегодно. По его словам, государство все взятые обязательства выполняет, все клинические показатели достигаются, но для достижения лекарственного суверенитета необходимы мобилизация фармпроизводства, научные разработки, координация министерств и кооперация научных центров. Для уменьшения экономических затрат Минздравом России проводятся совместные торги по медоборудованию и совместные торги регионов. К сожалению, промышленная ипотека в фармпроизводстве не работает.

Старший вице-президент по инновациям фонда «Сколково» Кирилл Каем заявил о гигантском шаге вперёд в отечественной фарминдустрии: число патентов увеличилось на 40% по сравнению с 2022 г. Лекарственные средства разрабатывают у нас около 300 стартапов, но, как известно, не более 2% новых молекул выживает на ранних стадиях. Минздрав ждёт готовый препарат, а бизнес не хочет вкладываться на

предшествующих этапах. Частные компании не поддерживают доклинические испытания. Иностранцы прекратили клинические испытания в РФ и, по словам Каема, «это только цветочки, ягодки впереди». Президентом РФ поставлена задача производить в стране 90% препаратов из списка ЖВЛ. Рассчитывать нужно только на собственные силы.

Об этом же говорил на бизнес-диалоге «Россия – Индия» генеральный директор Евразийской федерации онкологии и председатель совета директоров Евразийского совета по исследованию рака Сомасундарам Субраманиан. По его словам, в обеих странах не хватает сегмента поддержки исследовательских проектов, а инновационные препа-



На сессии по приоритетам здравоохранения

На сессии выступил генеральный директор Ассоциации европейского бизнеса Тадзио Шиллинг, напомнивший аудитории, что практически ни одна зарубежная фармкомпания с российского рынка не ушла, санкции на медизделия и лекарственные средства не вводились. Он призвал максимально осторожно относиться к вопросам патентной защиты лекарств и продолжать диалог с иностранными инвесторами. Комментируя это выступление, В.Фисенко сказал, что к принудительному лицензированию препарата мы прибегли один-единственный раз. «Пусть не знает ваша хата/Ни врача, ни адвоката», – завершил сессию Г.Куранов.

Директор инвестиционного департамента Российского фонда прямых инвестиций Азер Мамедов, выступавший на сессии «Приоритеты развития здравоохранения: инновационные технологии и персонализированная медицина» упомянул вакцину «Спутник V», которую быстро вывели на глобальный рынок. За рубежом было отправлено более 400 млн доз этой вакцины от ковида, зарегистрированной в 71 стране. Достигнута договорённость с индийскими инвесторами (компания «Софам») о строительстве в Мурманской области завода по производству фармзаводов. На первом этапе он будет производить 1,3 млрд единиц лекар-

ственных средств в год. Об этом же говорил на бизнес-диалоге «Россия – Индия» генеральный директор Евразийской федерации онкологии и председатель совета директоров Евразийского совета по исследованию рака Сомасундарам Субраманиан. По его словам, в обеих странах не хватает сегмента поддержки исследовательских проектов, а инновационные препа-

раты разрабатываются на Западе. Чтобы вывести новый препарат на рынок, надо вложить от 500 млн до миллиарда долл. Председатель правления Ассоциации фармацевтических производителей Евразийского экономического союза (ЕАЭС) Алексей Кудрин, выступивший в режиме онлайн, рассказал о системе отслеживания фармзаводов и поставках отечественных фармпрепаратов за рубежом, а также затронул необходимые меры господдержки.

### Индустрия здоровья

Модератором сессии о приоритетах здравоохранения была главный редактор телеканала «Доктор» телеведущая Эвелина Закамская. Сессия открылась выступлением вышеупомянутого В.Фисенко, назвавшего приоритетом отечественного здравоохранения персонализацию. Далее заместитель председателя Государственной Думы РФ Ирина Яровая призвала реанимировать приказ 1954 г. о школьных врачах. Сейчас школьный врач подчиняется Минобру, а не Минздраву. Реагируя на это предложение, В.Фисенко сказал о необходимости решения возникающих финансовых проблем. О кадровых проблемах даже не упоминалось.

Заместитель руководителя Федерального медико-биологическо-

го агентства России Игорь Борисевич поделился опытом создания сводных отрядов по оказанию первичной медицинской помощи и диспансеризации, цифровых здравпунктов на предприятиях, а также проведения предсменных и послесменных медосмотров.

Генеральный директор АО «РЖД-Медицина» Елена Жидкова напомнила, что Сибирь и Дальний Восток занимают более 60% территории страны, но проживает там лишь 4% населения. Если в Европейской части России плотность населения 26 человек на 1 км<sup>2</sup>, то за Уралом этот показатель составляет 1,15. Отсюда особенности здравоохранения. В компании РЖД передвижные медицинские комплексы ставят на рельсы, развивается телемедицина и совершенствуются носимые устройства – браслеты, мини-холтеры, смартфоны, передающие информацию по телефону.

Руководитель АНО «Навигатор медицины» Олеся Мишина отметила, что у бюджетных лечебных учреждений нет маркетинга и рекламы, а информация на сайтах редко обновляется. В результате как врачи, так и больные недостаточно информированы о имеющихся возможностях медицинской помощи. Этот пробел может быть восполнен с помощью «Навигатора помощи» – ресурса для поиска лечебных учреждений в рамках системы ОМС по 10 специальностям. За 5 месяцев ресурс посетило около 50 тыс. человек. Многие лечебные учреждения имеют квоты, но им не хватает пациентов, и



Саша из Москвы с бионическим протезом

15% населения ведёт здоровый образ жизни. Это число можно увеличить с помощью телемедицины и дистанционного мониторинга.

Тему продолжил сооснователь и председатель совета директоров ООО «Доктор рядом» Максим Чернин, предложивший термин «здоровостроительство». Вместо индустрии болезни должна быть индустрия здоровья, перемещающая людей в правую часть шкалы. Надежды возлагаются на управление данными и искусственный интеллект. При поддержке Департамента здравоохранения Москвы разработана система сбора анамнеза с помощью бота, который занимает 1,5 минуты, причём система делает это лучше, чем врач. Более того, бот определяет, к какому врачу направить больного. Сейчас апробируемый в столице проект тестируется в других регионах. Таким образом экономится 30-35% времени врача.

Как отметил на сессии по территориальному планированию в здравоохранении (см. ниже) исполнительный директор Центра индустрии здоровья ПАО «Сбербанк» Виктор Ушаков, искусственный интеллект помогает в принятии врачебных решений. Разработан цифровой сервис «ТОП-3», помогающий врачам ставить предварительный диагноз по жалобам пациента. Врач перечисляет симптомы пациента, полученные на первичном приёме. Затем математическая модель на основе нейронных сетей анализирует эти данные и сравнивает с аналогичными анамнезами из базы. Наконец, система выдает три наиболее вероятных из 265 диагнозов по МКБ-10. К концу года «ТОП-3» добавят в электронную медицинскую карту москвича. Недавно «Сбер» представил чат-бота GigaChat – собственную версию ChatGPT, где в базовом функционале – сдача экзамена на врача общей практики. Таким образом, создаётся цифровой профиль больного, позволяющий быстро анализировать его состояние. Например, фотоплетизмография способна определить более 20 показателей по зрачку. Конечно, цифра не заменит врача, но может существенно улучшить его работу. Перефразируя слова известной песни, «нам цифра строить и жить помогает».

### Удовлетворённый пациент

Модератором сессии «Суверенитет в области биологической безопасности: боремся вместе или каждый сам за себя?» была руководитель Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека – главный государственный санитарный врач РФ Анна Попова. «Пандемия показала, что пренебрежение эпидемиологическими и биологическими рисками может дорого обойтись экономике», – заявила она, призвав извлечь из этого уроки. Эпидемиологические риски будут нарастать из-за скученности населения, транспортных потоков и доступности генетических технологий для конструирования новых вирусов («гаражная генетика»).

Модератором сессии «Территориальное планирование в системе здравоохранения» была директор Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России Ольга Кобякова. Речь шла о «точной настройке системы здравоохранения» – планировании инфраструктуры, кадрах и ресурсах. Ежегодно в амбулаторном звене регистрируется более миллиарда обращений граждан. По словам одного из участника дискуссии, «как театр начинается с вешалки, так и система здравоохранения начинается с первичного звена». Вездесущий В.Фисенко упомянул «Программу лидерства первичного звена здравоохранения», рассчитанную на 5 лет. Ежегодные расходы по ней составляют 100 млрд руб. В 2025 г. планируется построить более 6 тыс. объектов

первичного звена и 8 тыс. объектов капитально отремонтировать. Все ФАПы имеют фармлицензию, то есть работают как аптеки.

Заместитель председателя правительства Приморского края – министр здравоохранения края Анастасия Худченко сообщила, что в крае строится 13 новых объектов – поликлиники, ЦРБ, модульные конструкции для амбулаторной помощи. С этого года в каждом ФАПе продаются лекарства. Если раньше медицинской помощью было удовлетворено 19% населения, то сейчас – почти половина. Осуществляется взаимодействие между частной и ведомственной системами здравоохранения.

Начальник Департамента здравоохранения Чукотского автономного округа Елена Дроздова рассказала об оказании медицинской помощи в самом северо-восточном регионе страны. Площадь Чукотки составляет более 720 км<sup>2</sup>, а население – 47 тыс. человек (0,07 чел. на 1 км<sup>2</sup>). Все 43 медицинские организации объединены в одно юрлицо – Чукотскую окружную больницу. В тундре работает



Главное здание кампуса ДВФУ

750 оленеводов, медицинская помощь которым оказывается мобильными бригадами. Медосмотры проводятся на перевалочных базах.

«От руководителя зависит всё», – заявил заместитель председателя правительства Сахалинской области Владимир Ющук. Поставлена цель увеличить к 2030 г. среднюю продолжительность жизни на Сахалине до 80 лет. «Японцы этого добились, а мы чем хуже?» – задал он риторический вопрос. Сейчас на острове длиной около 1000 км с населением полмиллиона человек имеется 24 компьютерных томографа, создана круглосуточная служба интерпретации снимков. Работает 75 ФАПов. В.Ющук призвал любить людей и «достигать результата без гордыни и обмана». Любимый человек может попасть в течение 2 дней на поликлинический приём к терапевту и в течение недели – к узкому специалисту. В рамках программы госгарантий (по ОМС) помощь оказывают частные клиники, но «выковыривать изюм из булки» (т.е. ограничиваться лёгкими и прибыльными видами медпомощи) они не могут. Границы между поликлиниками и медицинскими бригадами стёрты – если в поликлинике более 7 дней недоступен узкий специалист, то он туда отправляется из другого лечебного учреждения. Таким образом обеспечивается 100% доступность медицинской помощи меньшим числом врачей (всего в регионе их 2700). Кадровая проблема решается с помощью рекрутингового агентства для здравоохранения и договоров с частными кадровыми агентствами.

Как отметил В.Фисенко, происходит перераспределение функций с врача на средний медперсонал и людей без медицинского образования. Он надеется, что это повысит удовлетворённость населения медпомощью. А удовлетворённый больной доверяет врачу и выполняет его советы (т.е. становится комплаентным).

### Легко ли быть киборгом?

На набережные бухты Аякс на территории кампуса ДВФУ в дни работы форума открылась «Улица Дальнего Востока», где были представлены все 11 регионов – их природа, промышленность, культура, история, кухня. Приморский край демонстрировал также пионерские разработки новых лекарств и медицинских материалов. К сожалению, большинство представленных проектов заморожено (из-за отсутствия финансирования). Кроме того, были открыты павильоны Министерства спорта РФ, корпорации по развитию Дальнего Востока и Арктики, корпорации «Туризм.РФ», «РЖД», «Дом сокола» и Министерства промышленности и торговли РФ. В последнем внимание корреспондента «МГ» привлек стенд с протезами ООО «Моторика». Компания занимается разработкой и выпуском функциональных протезов рук и технологий для реабилитации людей с инвалидностью, а также созданием сообщества пользователей современных

средств реабилитации. Около стенда познакомился с красивой девушкой Сашей из Владивостока. Она родилась с врождённой аплазией левой руки на уровне предплечья. Вышла замуж, родила ребёнка. Работает фотографом. Никто не говорил ей о возможных современных протезов и способе их бесплатного получения. Только после 30 лет у неё появился активный тягловый протез предплечья. Протез управляется с помощью тяг: функция схвата осуществляется за счёт натяжения специальных тросов при сгибе локтевого сустава. При разгибании сустава пальцы протеза разжимаются. Другая кибер-леди из Москвы, ставшая актрисой, демонстрирует бионический протез предплечья, управление которым происходит с помощью ЭМГ-датчиков, а схват кистью выполняется пятью небольшими мощными электродвигателями. В идеале, рассказывает Саша, нужно иметь несколько протезов для выполнения разных функций, поскольку у каждой модели есть свои преимущества и недостатки. Она мечтает о бионическом протезе, который стоит несколько миллионов рублей. Комиссия не согласовала такой протез. Девушки размышляют о том, как было бы здорово, если через протез можно будет чувствовать и прикосновение. Они ждут результатов исследования, которое проводят «Моторика», ДВФУ и Сколтех. Саша берёт у посетителей стенда интервью для фильма о будущем протезирования и о возможном будущем homo cyberneticus. Во время «Московского марафона» корреспондент «МГ» видел человека с протезом ноги, обгонявшего других участников забега.

Владивосток часто сравнивают с Сан-Франциско. И город, и форум оставили восторженное впечатление.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,  
корр. «МГ».

### Новые подходы

## Контроль – это надёжность и порядок

**Лаборатория проблем стерилизации Инжинирингового центра Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова Минздрава России совместно с ООО «Медистех» разработала систему «Медис. Контроль». Это программно-аппаратный комплекс, предназначенный для контроля процесса оборота медицинского много-разового инструментария и его стерилизации в медицинских учреждениях.**

Новая автоматизированная система не только позволит повысить уровень надёжности стерилизационных мероприятий, но и обеспечит профилактику инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП). Разработка уже получила свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ. Сейчас ведётся подготовка к апробации комплекса в ряде медицинских центров.

Заведующая лабораторией проблем стерилизации Анна Кустова рассказала о том, какие проблемы поможет решить «Медис. Контроль». «По данным Роспотребнадзора, в России ежегодно регистрируется около 0,7-0,8 случая ИСМП на 1000 госпитализированных. Помимо прямой передачи инфекции от человека к человеку, частым путём распространения возбудителей ИСМП является и непрямо кон-

такт – это механический перенос возбудителей опосредованно, например через одежду, предметы и, что интересовало именно нас, через многооборотный медицинский инструментарий, который используется и при хирургических вмешательствах, и при осмотрах. Так что значимость дезинфекционно-стерилизационных мероприятий здесь выходит на первое место», – отметила А.Кустова.

Также современный программно-аппаратный комплекс незаменим в условиях несовершенных форм контроля процесса стерилизации медицинского инструментария. И, наконец, это поможет при нарушении технологических процессов и стандартов обработки инструментария, которое приводит к повышенному проценту брака и выводу из оборота инструментов.

Как прогнозируется, внедрение автоматизированной системы отслеживания оборота медицинского инструментария в медицинских организациях обеспечит идентификацию и инвентаризацию инструментов; прослеживаемость истории использования каждого инструмента на протяжении всего срока службы; мониторинг процессов, происходящих в центральных стерилизационных отделениях в режиме реального времени; автоматизированное заполнение протоколов учёта стерилизационных мероприятий.

Иван АЛЕКСАНДРОВ.

### Проекты

## Дистант, да не тот

**Учёные из Центра когнитивных исследований и нейронаук Томского государственного университета в скором времени дадут ответ на вопрос, как сделать онлайн-образование интересным и главное – эффективным. Речь идёт не только о разного рода коммерческих курсах «для общего развития», но и о дистанционном формате обучения в высших учебных заведениях, в том числе, медицинских.**

Переход на онлайн-обучение был вынужденным в период пандемии COVID-19. Не секрет, что многие медицинские вузы по окончании пандемии сохранили часть своих образовательных программ в удалённом формате, предоставив возможность студентам прослушивать заранее записанные преподавателями лекции или участвовать в семинарах, которые преподаватель проводит «на удалёнке», возможно, даже с территории другой страны. В то же время не существует никаких регламентов и закреплённых норм, по которым должно строиться и оцениваться дистанционное обучение.

Как узнать, эффективен ли такой формат в принципе и в отдельных его конструкциях? Томские специалисты – психологи и лингвисты – с помощью нейрооборудования измеряют психофизиологические данные, а именно разные реакции обучающихся во время просмотра видео-лекций и выполнения заданий.

– Полученные данные планируется использовать для разработки рекомендаций о том, каким должно быть онлайн-образование и как именно составлять программы для «дистанта». По большому счёту, мы изучаем взаимодействие биологического и технологического, то есть возможности человека в новом цифровом мире. Делаем это, измеряя психофизиологические показатели, которые дают нам

понимание того, как люди воспринимают ту или иную информацию, – поясняет директор центра «НейроТомск» кандидат филологических наук Мария Толстова.

Исследователи отслеживают у участников проекта, которые в это время просматривают программы дистанционного образования, направление взгляда, определяют, какие эмоции они испытывает, определяют силу этих эмоций, анализируют когнитивную нагрузку, измеряя биоэлектрическую активность в разных областях головного мозга. По словам учёных, задача проекта – создать новую модель прогнозирования поведения человека, которая основана на нейроданных его восприятия дистанционных образовательных программ.

Авторы проекта анализируют разные обучающие курсы: и успешные, то есть получившие высокие оценки студентов, и менее популярные. Необходимо понять, что именно заставляет человека остаться на курсе, а что раздражает, не нравится, провоцирует прервать обучение. Ожидается, что к концу текущего года будет завершён сбор психофизиологических данных и начнётся их трактовка, а уже в следующем году, наконец, в стране появятся подробные экспертные рекомендации для вузов, преподавателей и иных создателей онлайн-курсов.

Сам Томский государственный университет практикует дистанционное образование в течение уже 25 лет и, как до сих пор полагают в вузе, постоянно совершенствует свои онлайн-курсы. По завершении данного научного проекта станет понятно, насколько обоснована эта уверенность. Впрочем, и другим учебным заведениям весьма полезно будет оценить свои обучающие интернет-продукты через призму нейронаук.

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

– Анна Николаевна, в чём социально-медицинская значимость заболевания?

– Болезнь Альцгеймера представляет собой нейродегенеративное заболевание, которое характеризуется малозаметным началом, неуклонным прогрессированием расстройств памяти и познавательных функций. Это заболевание является одной из важнейших проблем современного общества и вносит значительный вклад в инвалидизацию людей, а также влияет на качество их жизни. Социально-медицинская значимость болезни подчёркивается тем, что это заболевание считается лидирующей причиной деменции (около 60-70% всех случаев), наличие которой приводит к нарушению профессиональной деятельности, трудностям в общении с другими людьми и снижению социальных контактов, сложностям в выполнении бытовых дел. Но самое важное, что с течением времени состояние человека ухудшается, он не может самостоятельно выполнять ежедневные гигиенические процедуры, одеваться, перестает ориентироваться в пространстве, узнавать родственников. Болезнь может передаваться по наследству или возникать спонтанно. В случае спонтанного возникновения в основе развития заболевания могут лежать различные факторы риска или их совокупность, которые запускают патологические механизмы.

– Какова статистика заболеваемости болезнью Альцгеймера в России?

– По данным Всемирной организации здравоохранения, во всём мире деменция диагностирована примерно у 55 млн человек. Ожидается, что к 2050 г. число таких пациентов возрастёт до 152 млн. Так как болезнь Альцгеймера – это основная причина развития деменции, с каждым годом отмечается неуклонный рост числа пациентов с данным заболеванием. В России нет единой базы данных по заболеванию. Однако было проведено исследование на одной ограниченной территории РФ, результаты которого позволили составить предположение о числе пациентов с болезнью Альцгеймера в целом по стране. По приблизительным подсчётам, это 1,2-1,4 млн человек. При этом прогнозируется, что число больных с деменцией в 2035 г. в России достигнет 2-3,6 млн человек.

Чаще всего этим заболеванием страдают люди пожилого (60-74 года) и старческого возраста (75-90). Однако всё чаще дебют болезни наблюдается в более раннем возрасте, около 5% случаев приходится на социально и профессионально активных людей (40-50). Каждые 5 лет после 65-летнего возраста риск развития болезни Альцгеймера удваивается. В течение года для различных возрастных групп он составляет: 65-69 лет – 0,3%, 70-74 – 0,6%, 75-80 – 0,9%, 80-84 – 2,3%, 85-89 – 4%, старше 90 лет – 6,9%.

– Считается, что полное исцеление от этого заболевания пока, к сожалению, невозможно. Но существуют же эффективные методы профилактики?

– К основным методам профилактики относится коррекция факторов риска развития болезни Альцгеймера, таких как повышение уровня артериального давления, увеличение глюкозы в крови, повышение уровня холестерина, нару-

Недавно отмечался Всемирный день борьбы с болезнью Альцгеймера. Заболевание, описанное немецким психиатром и неврологом Алоисом Альцгеймером, является одной из распространённых форм приобретённого слабоумия. С каждым годом отмечается непрерывный рост числа пациентов с деменцией. А грядущие масштабы возможной эпидемии и вовсе утраивают. В условиях неуклонного старения населения поиск инновационных подходов к лечению этого заболевания становится одной из актуальнейших задач человечества.

О том, как предупредить, временно замедлить прогрессирование болезни Альцгеймера и возможно ли с помощью лекарственных препаратов и когнитивной стимулирующей терапии полностью излечиться от столь грозного недуга, мы попросили рассказать руководителя отдела когнитивных нарушений Федерального центра мозга и нейротехнологий ФМБА России, невролога, доктора медицинских наук, профессора, врача высшей категории Анну БОГОЛЕПОВУ.

## Наши интервью

# Глобальная проблема, глобальные затраты

## В состоянии ли человечество одержать победу над болезнью Альцгеймера?

шение ритма сердца и т.д. Важное значение имеют регулярное наблюдение у медицинскими специалистами и приём правильно подобранных лекарственных средств. Во многих исследованиях было показано благоприятное влияние когнитивного тренинга, активной интеллектуальной деятельности, регулярных физических упражнений, соблюдения средиземноморской диеты с включением в рацион морепродуктов, фруктов и овощей на длительность сохранения познавательных способностей и общее функциональное состояние. Также участие в социальных мероприятиях и поддержание социальных контактов относится к методам профилактики снижения познавательных функций, а следовательно, и болезни Альцгеймера. Безусловно, что отказ от вредных привычек также играет большую роль.

Ещё одним значимым методом профилактики заболевания является раннее выявление и замедление прогрессирования с использованием доступных методов лечения. Также существенное значение имеет улучшение осведомлённости населения о когнитивном здоровье.

– Испытывают ли специалисты трудности с диагностикой?

– Для постановки диагноза необходимо использовать комплексный подход: сбор жалоб и анамнеза как у пациента, так и у его родственников, оценка соматического статуса, проведение неврологического осмотра, нейропсихологическое обследование с оценкой состояния познавательных функций, оценка активности пациента в повседневной жизни, методы лабораторной и инструментальной диагностики. Наиболее значимыми из инструментальных методов обследования являются магнитно-резонансная томография и позитронно-эмиссионная томография головного мозга. Важное значение имеет дифференциальная диагностика болезни Альцгеймера, в частности, поиск других возможных причин развития деменции, при

наличии которых познавательные нарушения могут быть полностью обратимыми.

– Расскажите о современных методиках лечения, применяющихся в вашем центре. Насколько они эффективны?

– В Федеральном центре мозга и нейротехнологий ФМБА России работает отдел когнитивных нарушений, который специализируется на изучении познавательных функций и заболеваний, вызывающих расстройство когнитивных процессов, в том числе болезни Альцгеймера. Специалистами отдела осуществляется нейропсихологическое тестирование с оценкой когнитивных функций и эмоционально-аффективных расстройств, проводится индивидуальный подбор терапии с использованием доступных и эффективных лекарственных препаратов, направленных на замедление прогрессирования заболевания, что способствует более длительному сохранению умственной и физической активности пациентов в повседневной жизни.

Также в центре используются разнообразные и современные реабилитационные методики, которые ранее доказали свою эффективность: проводятся занятия с нейропсихологом (когнитивный тренинг), логопедические занятия, индивидуально подобранные комплексы лечебной физкультуры для тренировки координации и поддержания физической активности, тренировка мелкой моторики на аппарате с биологической обратной связью Pabla.

– По вашим наблюдениям, в настоящее время отмечается ли омоложение этого заболевания? Если да, то почему?

– Молодые люди, действительно, могут заболеть. Это так называемая ранняя, или пресенильная форма болезни, при которой заболевание развивается в возрасте до 65 лет. Так, в 5% случаев она может возникнуть уже после 40-45 лет, чаще всего в таких случаях носит наследственный характер.



жизнь пациента. Такие люди требуют круглосуточного наблюдения в связи с тем, что у них имеется нарушение передвижения, что в случае отсутствия двигательной активности может приводить к наличию пролежней и присоединению инфекционных заболеваний. В случае сохранения движения у таких людей увеличивается риск падений и переломов. Кроме этого, им требуется помощь в кормлении, одевании, выполнении гигиенических процедур. Таким образом, забота близких родственников и опекунов может оказывать существенное влияние на увеличение

Случаи возникновения её ранее 40 лет встречаются и описаны в мировой литературе, однако их мало.

– Какова продолжительность жизни пациентов с последней стадией болезни?

– Последняя стадия болезни Альцгеймера – это стадия выраженных когнитивных нарушений или деменции. В основном, прогноз устанавливается именно на этой стадии заболевания, когда нарушения памяти и другие клинические симптомы уже не оцениваются ни пациентом, ни его родственниками как возможные признаки «нормального» старения. В литературе представлены разные данные относительно продолжительности жизни в эту стадию – в среднем, около 8 лет. Однако это условно, так как не всегда понятно, через какой период от развития заболевания установлен диагноз. Следует отметить, что чем позже диагностируется заболевание, тем короче продолжительность жизни пациента. Сегодня медицина располагает препаратами, замедляющими прогрессирование болезни, и, соответственно, чем раньше начат их приём, тем более эффективно лечение.

Также следует подчеркнуть, что всё индивидуально и на выживаемость пациента влияет большое количество факторов, которые могут ухудшать состояние больного, а также увеличивать скорость прогрессирования заболевания и приводить к сокращению продолжительности жизни. К таким факторам относятся наличие сопутствующих заболеваний, отсутствие регулярного приёма необходимых лекарственных препаратов, снижение физической, социальной и умственной активности больного. Последняя стадия болезни подразделяется на деменцию лёгкой, умеренной и тяжёлой степени. На стадии тяжёлой деменции особую значимость как фактор, влияющий на продолжительность жизни, приобретает качество ухода за больным со стороны родственников, их степень вовлечённости в

продолжительности жизни пациента на стадии тяжёлой деменции.

– Бывали ли в мировой практике неординарные случаи, в частности, исцеления от болезни?

– В настоящее время большое число исследований посвящено поиску эффективной терапии, направленной на лечение болезни. Однако сегодня мы можем только замедлить прогрессирование заболевания, уменьшить выраженность некоторых клинических проявлений. Как мы уже говорили, некоторые формы болезни могут передаваться по наследству. Так, наследственные формы составляют 10% от общего количества пациентов. В основном наличие патологических генов отмечается у пациентов с ранним началом заболевания (до 65 лет).

– Насколько высок шанс появления у потомков заболевания?

– Риск развития болезни у потомков достаточно высок, особенно если мы говорим о наследственных формах, когда присутствует генетическая патология. В том случае, если у ближайшего родственника была спонтанная форма заболевания, когда причина остаётся чётко не установленной, риск развития болезни у потомков также повышен. Однако в любом случае значительную роль играет состояние здоровья самого человека, его образ жизни и профилактика факторов риска. Эти факторы риска включают отсутствие физической активности, ожирение, несбалансированное питание, курение, употребление алкоголя, сахарный диабет и артериальную гипертензию в зрелом возрасте. Другие потенциально изменяемые факторы риска включают депрессию, низкий уровень образования, социальную изоляцию и отсутствие когнитивной активности. Так, по данным журнала Lancet 2020 г., до 40% всех случаев развития деменции можно избежать при условии коррекции изменяемых факторов риска.

Беседу вёл  
Александр МЕЩЕРСКИЙ.

## Акценты

ФМБА России и Госкорпорация «Росатом» подвели промежуточные итоги реализации совместного проекта по улучшению качества и доступности медпомощи в «атомных» городах в 2023 г.

Делегация Федерального медико-биологического агентства во главе с руководителем Вероникой Скворцовой приняла участие в расширенном заседании управляющего совета по проекту

# Точка особого внимания

«Совершенствование качества и доступности медицинской помощи в городах присутствия предприятий Госкорпорации «Росатом». Обсуждены основные результаты реализации совместного проекта и перспективные планы развития.

В.Скворцова отметила, что качество работы системы здра-

воохранения ФМБА России на территориях присутствия ГК «Росатом» является точкой особого внимания. В августе 2021 г. дан старт совместному проекту по совершенствованию качества и доступности медицинской помощи в «атомных» городах. При этом, с 2021 г. ФМБА участвует в реализации всех программ Националь-

ного проекта «Здравоохранение», в том числе федеральных проектов «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации», «Борьба с онкологическими заболеваниями», «Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи», «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация»

(с 2022 г.), «Борьба с сахарным диабетом» (с 2023 г.).

Особый акцент глава агентства сделала на развитии промышленного здравоохранения и формировании сети центров промышленной медицины, которая уже внедрена в семи городах «Росатома» и будет масштабирована до 2027 г. на всю страну (в дальнейшем будут открыты 54 центра промышленной медицины).

Георгий АЛЕКСАНДРОВ.

Взгляд

# Пусть поспят

Сон всегда интриговал людей, достаточно вспомнить Ф.Гойю с его «Сон разума порождает чудовищ». Учёные не могли до последнего времени понять «историческое значение» сна, в котором человек проводит треть жизни, и лишние которого порождает самые нежелательные отклонения как в физиологии, так и психике.

Известно, что во время сна образуются глимфатические каналы, благодаря чему выводятся разные вещества, в том числе и токсические, которые накапливаются за день. Сотрудники Токийского университета сообщили, что всё тело регулирует переход ко сну, за что отвечают три гена. Протеины первых двух «работают» в эндоплазматическом ретикулуме (ЭПР), на рибосомах которого идёт синтез белков. В течение дня белковые цепи теряют правильную, или природную 3D-форму (конформацию), что очень плохо. В ЭПР указанные протеины участвуют в деградации утративших форму протеинов, направляя их в протеасомы, имеющие форму бочки, в полости которой и осуществляется расщепление.

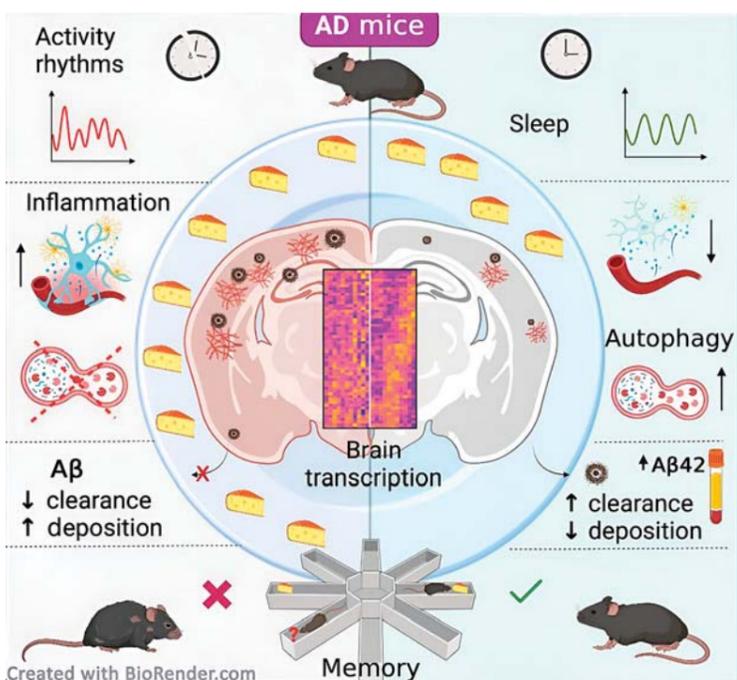
Третий «сонный» ген, на который обратили внимание японцы, кодирует фермент синтеза РНК аминокислоты метионина, включающей её в белковую цепь (транспортная РНК). ЭПР есть в каждой клетке тела, поэтому авторы полагают, что именно он регулирует отход ко сну, во время которого клетки избавляются от накопившегося «хлама» с помощью фермента киназы (PERK – Protein ER Kinase). С ними не согласна команда исследователей из университетов Бонна и Еврейского в Иерусалиме, а также Оксфорда. Авторы обращают внимание на варианты электрической активности мозга, регистрируемые с помощью ЭЭГ, называя их «сцепленными» с фазами сна. Электрическая активность нейронов отражает обработку информации, внутримозговую коммуникацию и консолидацию памяти. С последним согласны сотрудники Медицинского института в городе Эшберн, также считающие, что во сне «укрепляются» память и обучение. В Мичиганском университете ещё два года назад показали, что лишние сна ведёт к «саботажу» формирования новой памяти клетками гиппокампа.

Мозг во сне также восстанавливает гомеостаз глюкозы, что очень важно для его работы. Авторы статьи из Университета Беркли ссылаются на коллег из Университета Негев, которые обращают внимание на нарушение сна у детей с аутизмом. Аутистический спектр расстройств характеризуется также нарушениями работы желудочно-кишечного тракта, который воздействует на мозг. Можно вспомнить спонгиозную энцефалопатию, вызываемую поступлением в мозг прионов. Последние не расщепляются протеазами, накапливаются и убивают нейроны (как это происходит при нейродегенеративных заболеваниях). И без прионов у людей с «раздражённым» кишечником (IBS – Irritable Bowel Syndrome) отмечаются беспокойность и депрессия. В Колумбийском университете Нью-Йорка в опытах с мышами показали, что синуклеин взаимодействует с иммунными протеинами на поверхности клеток. Результатом взаимодействия стало появление у животных кишечных расстройств, которые характерны для болезни Паркинсона.

В «Дневнике фокса Микки» С.Чёрного его «герой» отмечает, что мыши всё время едят. Но он был не совсем прав, мыши тоже спят. Сон спасает их от переедания и связанной с ним патологии мозга, проявляющейся в утере памяти (как при болезни Альцгеймера). В Калифорнийском университете Сан-Диего подвергли мышей циркадной модуляции – регуляции их суточного ритма с обязательным сном. Авторы назвали такой подход временным ограничением кормления (TRF – Time-Restricted Feeding). Обязательный сон сказался наилучшим образом на состоянии мышей, у которых приостановились нейродегенерация, связанная с накоплением амилоидных бляшек, мозговое воспаление и улучшилась память (см. рис.). Может, следует обязать людей с риском развития нейродегенеративных состояний спать больше?

**Игорь ЛАЛАЯНЦ,**  
кандидат биологических наук.

По материалам  
**Cell Metabolism,**  
**Cell Reports Medicine, Genome**  
**Medicine, Irish Journal of Medical**  
**Science, Neuron, Nature Neuroscience,**  
**PNAS, Scientist.**



Слева показано возрастание кишечного воспаления, отсутствие аутофагии клеток, увеличение отложений амилоида (А-бета) у мышей во время бодрствования, а справа нормализация этих параметров во время сна

Лицензированный учебный центр НМО в России  
«МЕДСТАНДАРТПРОФ»

- АККРЕДИТАЦИЯ
- ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПЕРЕПОДГОТОВКА
- ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ

Выдаем документы установленного государством образца с внесением в ФИС ФРДО. Доставка документов по адресу в течение 3-х рабочих дней.



8 (800) 550-08-61

medstandartprof.ru

\* 2000Р скидка на программу обучения



Открытия

## Новый антибиотик справится с супербактериями

**Устойчивость некоторых микроорганизмов к антибиотикам – серьёзная проблема современного здравоохранения. Учёные возлагают надежду на новый антибиотик клоквибактин, разработка которого ведётся специалистами нескольких стран. Благодаря необычному механизму действия этот препарат, полученный из ранее неизученных бактерий, способен разрушать даже супербактерии, устойчивые ко всем известным антибиотикам.**

Лекарственное средство было обнаружено и изучено учёными из Утрехтского университета в Нидерландах, Боннского университета в Германии, Немецкого центра инфекционных исследований, Северо-Восточного университета в Бостоне и NovoBiotic Pharmaceuticals в Кембридже.

«Поскольку клоквибактин был выделен из бактерий, которые ранее нельзя было вырастить в лаборатории, патогенные бактерии прежде не сталкивались с таким антибиотиком и не успели развить устойчивость к нему», – говорит Маркус Вайнгарт, исследователь химического факультета Утрехтского университета.

Исследователи выделили клоквибактин из песчаной почвы в Северной Каролине и изучили его с помощью устройства iChir, разработанного в 2015 г. и позволяющего культивировать микроорганизмы, которые ранее не могли быть выращены. Этот метод позволил им вырастить «бактериальную тёмную материю» – так называемые некультивируемые бактерии, к которым принадлежат 99% микроорганизмов.

В 2020 г. с помощью этого устройства был разработан тейксобактин – один из первых по-настоящему новых антибиотиков за последние десятилетия и эффективный против грамположительных бактерий. Механизм действия тейксобактина аналогичен работе клоквибактина.

В статье Cell исследователи рассказали о нескольких механизмах действия клоквибактина. Новый антибиотик успешно лечил мышей, инфицированных супербактерией золотистого стафилококка. Клоквибактин проявлял антибактериальную активность в отношении широкого спектра грамположительных патогенов, включая устойчивый к метициллину золотистый стафилококк, резистентные к даптомицину и ванкомицину штаммы золотистого стафилококка, а также трудно поддающиеся лечению устойчивые к ванкомицину фекальные энтерококки.

Препарат действует не на одну, а на три молекулы, необходимые для построения бактериальных стенок: C55PP, липид II и липид IIIWTA, которые образуются различными путями биосинтеза клеточных стенок. Клоквибактин связывается с пиррофосфатной частью этих предшественников.

Клоквибактин обволакивает пиррофосфат, как плотная перчатка, образуя клетку, которая окружает цель, говорит Вайнгарт. Именно этот механизм действия и дал клоквибактину его название, которое происходит от греческого слова klovi, означающего клетку.

Уникальностью механизма действия клоквибактина является то, что он связывается только с неизменной частью клетки – пиррофосфатом, который является общим для предшественников клеточной стенки. Таким образом, бактериям гораздо

труднее выработать устойчивость к препарату. «На самом деле, в наших исследованиях мы не наблюдали никакой резистентности к клоквибактину», – подтверждает Вайнгарт.

После связывания молекул мишенной антибиотик аккумулируется в крупные фибриллы на поверхности бактериальных мембран. Эти фибриллы стабильны в течение длительного времени, что гарантируют изолированность молекул-мишенной до тех пор, пока это необходимо для уничтожения бактерий.

Клоквибактин нацелен на клетки бактерий, но не на клетки человека, поэтому учёные не ожидают значительных побочных эффектов от нового антибиотика.

«Поскольку эти фибриллы образуются только на мембранах бактерий, а не на мембранах человека, они, вероятно, также являются причиной того, что клоквибактин избирательно повреждает бактериальные клетки, но не токсичен для клеток человека», – отмечает учёный.

На очереди – исследования нового антибиотика на пациентах. В случае успеха врачи получат долгожданный препарат для борьбы с бичом современного здравоохранения – супербактериями, устойчивыми ко всем современным видам антибиотиков.

В 2019 г. 4,95 млн смертей во всём мире были связаны с устойчивостью бактерий к противомикробным препаратам. Если эта тенденция сохранится и не появятся новые препараты для лечения бактериальных инфекций, то, по оценкам, к 2050 г. 10 млн человек будут ежегодно умирать от инфекций, устойчивых к противомикробным препаратам.

**Кира МАРИНИНА.**

По материалам Cell.

За рубежом

## Микроботы предотвратят эпилептические припадки

**Учёные разрабатывают инновационное средство для лечения заболеваний головного мозга, таких как эпилепсия, – это инъекции микроботов (мобильных роботов), которые могут обнаруживать и предотвращать судороги. Микроботы размером около десятой доли миллиметра имплантируются в мозг и управляются с помощью небольшого переносного устройства.**

По словам исследователей из Университета Глазго, боты смогут

отслеживать электрическую активность, что позволит обнаружить начало припадка и контролировать его с помощью нейростимуляции.

Проект, получивший название CROSSBRAIN, возглавляют учёный из Римского университета Тор Вергата, профессор Никола Тоски и профессор Хади Хайдари из Университета Глазго. Микроботы планируется разработать в ближайшие четыре года.

«Внутри мозговой ткани нейроны взаимодействуют посредством сигнальных механизмов,

включая химические, термические и электрические. Известно, что многие патологические состояния мозга, такие как эпилептические припадки или панические атаки, непосредственно связаны с нарушением электрической активности мозга», – поясняет профессор Тоски.

В таких случаях для начала эффективного лечения необходимы своевременное распознавание и оперативная терапия. Однако на сегодняшний день почти нет технологий для точного и избирательного управления мозговой активностью в терапевтических целях.

**Марина КЫН.**

По материалам Medical Daily.

## Гипотезы

Правильно «слезть»  
с антидепрессантов

Обзор, проведённый Кокрейновским содружеством, показал, что существующие исследования различных схем отмены антидепрессантов не позволяют судить о том, как делать это правильно.

Часто антидепрессанты принимают длительно. Обычно это 6-12 месяцев после улучшения состояния или в течение 2 лет. Однако многие люди принимают их дольше, указывают авторы обзора. От 30 до 50% назначений антидепрессантов для длительного приёма происходит без показаний, подкреплённых доказательствами. Учёные напоминают, что их ненужное назначение может сопровождаться побочными эффектами. Кроме того, доказательно обоснованных подходов безопасной отмены антидепрессантов после длительного приёма до сих пор не разработали.

Новый обзор охватил данные 33 рандомизированных исследований, в которых участвовали почти 5 тыс. человек. Участники примерно трети из них прекращали пить антидепрессанты резко, остальные снижали дозу постепенно.

Снижение дозы обычно не занимало более 4 недель. В то же время, указывают авторы обзора, Британская коллегия психиатров с целью увеличения безопасности рекомендует уменьшать дозу анти-



депрессантов перед прекращением приёма в течение нескольких месяцев и даже лет.

Авторы обзора пишут, что имеющиеся исследования не позволяют сделать вывод, как безопасно завершить длительный приём антидепрессантов. Это связано с тем, что качество представленных на сегодняшний день доказательств невысокое.

«Как врач общей практики, я в первую очередь вижу, как многие люди борются, чтобы прекратить принимать антидепрессанты. Более 1000 исследований посвящены тому, как начать приём антидепрессантов, и только 33 исследования мира касались того, как его пре-

кратить. Определённо, эта область знаний требует немедленного внимания», – сказала Эллис Ван Лееувен из Гентского университета, ведущий автор обзора.

«Также мы хотели бы привлечь внимание к тому, что симптомы синдрома отмены антидепрессантов часто могут ошибочно принимать за рецидив болезни. Синдром отмены не говорит о рецидиве, он может свидетельствовать о том, что требуется более медленная отмена препарата перед полным прекращением приёма», – сказал доктор Тони Кендрик из Саутгемптонского университета, соавтор обзора.

Леонид БЕНЦКИЙ.

## Ситуация

Опухоль яичка  
оказалась туберкулёзом

Китайские врачи описали случай туберкулёза у мужчины, который не жаловался ни на что, кроме увеличения левого яичка. Изначально у пациента подозревали опухоль этого органа, однако гистологический и микробиологический анализ удалённой железы однозначно подтвердил туберкулёзную инфекцию органа.

В прошлом веке на долю туберкулёза урогенитального тракта приходилось до половины всех случаев внелёгочных форм этой болезни, однако в XXI веке это первенство

перешло к туберкулёзу костей и суставов.

К Кэ Сяо из Больницы Юго-Западного медицинского университета обратился 42-летний мужчина с жалобами на безболезненное увеличение левого яичка в течение 2 месяцев. При этом он не отмечал повышенной температуры тела, ночной потливости, потери веса, у него не было жалоб со стороны дыхательной системы или мочевого аппарата.

При осмотре врач отметил увеличенное и твёрдое левое яичко. Магнитно-резонансная томография малого таза показала дольчатое

образование в нём. Анализ на сывороточные опухолевые онкомаркеры оказался отрицательным. Из-за опасений по поводу злокачественной природы новообразования мужчине удалили поражённое яичко, в котором при осмотре отметили участки некроза. Гистопатологическое исследование показало гранулематозное воспаление с казеозным некрозом и кислотоустойчивые палочки. ПЦР-исследование выявило микобактерию туберкулёза.

Компьютерная томография грудной клетки не выявила лёгочной патологии. Пациенту назначили 9-месячный курс противотуберкулёзной терапии, и через год он был здоров.

Юлия ИНИНА.

По материалам The New England Journal of Medicine.

## Бывает и такое

Как показали многочисленные исследования, около трети людей на планете чувствуют себя никому не нужными. Одиночество влечёт за собой повышенный риск развития психических заболеваний, ожирения, слабости и ранней смерти. Вред от этой внутренней пустоты врачи считают даже большим, чем от курения.

Но в США и Японии нашли технологический выход – надо всего-навсего создать роботов-компаньонов с искусственным интеллектом. Такие андроиды смогут пожилым людям и лекарство при надобности вколоть, и беседой развлечь, и по хозяйству помощь оказать. К тому же создание таких домашних роботов – это новая сфера бизнеса, сулящая многомиллиардные прибыли.

Пока общество готовят к повсеместному внедрению роботов-компаньонов с помощью СМИ. Так, недавно в журнале Science Robotics вышла научная статья,

## Эпидемия одиночества

подготовленная группой учёных из Университета Дьюка (США). В этом материале утверждается, что роботы-компаньоны, оснащённые искусственным интеллектом, помогут одиноким людям чувствовать себя лучше, станут незаменимыми помощниками в быту и медицинском обслуживании и даже будут «ещё одним членом семьи». Для начала, призывают авторы статьи, правительствам развитых стран мира нужно определить правила, по которым будут создаваться и обучать такие машины.

Тут может помочь недавно разработанная шкала «эффективности роботов для спасения людей от одиночества». Она называется Co-Bot-I-7. Проанализировав данные, учёные пришли к выводу, что искусственный интеллект действительно может стать другом для одиноких людей. Исследо-



вание пациентов показало, что дружелюбные андроиды помогают уменьшить стресс и даже способствуют заживлению кожи после незначительной раны. А встроенный в «мозг» человекоподобного робота ChatGPT, основанный на

## Выводы

Учёные из Массачусетского технологического института разработали новый способ диагностики рака на основе простого анализа мочи и наночастиц. Анализ мочи проводится с помощью полоски бумаги.

различных ферментов, которые экспрессируются в опухолях. Учёные также обнаружили, что, расширив подход к использованию микрофлюидного устройства для анализа образцов, в одном образце можно различить по меньшей

Наночастицы  
помогут в раннем  
выявлении рака

«Мы стремимся внедрять инновации для повышения доступности технологий в странах с низким и средним уровнем ресурсов. Данный способ диагностики является примером недорогих технологий, которые позволяют провести быстрый и ранний скрининг с помощью доступных средств», – сказала Сангита Бхатия, одна из авторов исследования.

Методика на основе наночастиц позволяет обнаружить различные раковые белки, определить тип опухоли, а также оценить то, как она реагирует на лечение.

Наночастицы сконструированы таким образом, что при взаимодействии с опухолью выделяют короткие последовательности ДНК, которые выводятся с мочой. Анализ этих ДНК-«штрих-кодов» может выявить отличительные особенности опухоли конкретного пациента.

Исследование, проведённое на мышах, показало, что наносенсоры можно использовать для определения активности пяти

мере 46 различных штрих-кодов ДНК.

Команда исследователей из лаборатории Бхатии обнаружила это свойство наносенсоров после многих лет работы над синтетическими биомаркерами для ранней диагностики рака. Натуральные биомаркеры редко встречаются в природе. Синтетические биомаркеры действуют, усиливая небольшие изменения в клетках, которые происходят из-за начинающегося роста опухолей.

Завершилась первая фаза клинических испытаний, которая показала безопасность диагностического анализа для пациентов. Этот вид анализов может быть использован не только для выявления рака, но и для ответа на вопрос, насколько хорошо опухоль пациента реагирует на терапию и не рецидивировала ли она после лечения, считают исследователи.

Марина КЫН.

По материалам Nature Nanotechnology.

## Ракурс

Куда деть  
непригодные вакцины?!

Более 100 млн доз вакцин от коронавируса в Испании признаны непригодными из-за устаревшей формулы.

Кампания по вакцинации против ковида начнётся в стране в последнюю неделю сентября. Желая привиться будут вводить новые формулы, адаптированные к вариантам коронавируса, преобладающим сейчас в мире. Таким образом, более 100 млн доз препаратов, которые были приобре-

тены Испанией в последние годы, теперь устарели.

Точные затраты на эти препараты неизвестны. Как пишет издание, Минздрав страны закладывал на вакцины в бюджет на 2021 и 2022 гг. более 2,2 млрд евро.

4 июля правительство Испании объявило об окончании пандемии COVID-19 в стране и отменило обязательное ношение масок.

Эмилия ИНГИНА.

По материалам El País.

В одной из серий антиутопии вдова заказала себе робота-копию умершего мужа, а потом заперла и оставила его томиться на чердаке, как сломавшийся пылесос, когда поняла, что робот-суррогат, а не настоящая замена живого человека.

Но пока что авторы идеи стартапа по созданию домашних роботов в США полны энтузиазма. Они даже провели масштабный опрос среди врачей. В исследовании приняли участие 307 медиков из Европы и США. При этом 69% опрошенных докторов согласились с тем, что социальные роботы могут потенциально улучшить психическое здоровье пациентов. Также 70% врачей считают, что страховые компании должны покрывать стоимость роботов-компаньонов.

Не исключено, что роботов-компаньонов через несколько лет начнут включать в медицинскую страховку, как, например, трость для людей с нарушением движения или протезы для инвалидов.

Инга КАТАРИНА.

Профессор Михаил Салазкин – крупный нейрохирург – родился 23 (по старому стилю) ноября 1903 г. в Касимове Рязанской губернии.

Становление

Его отец был городским головой, пользовался уважением граждан и был избран депутатом Государственной Думы. Семья переехала в Санкт-Петербург.

Михаил учился в Тенишевском училище. В первые послереволюционные годы попал в Крым, где сменил несколько работ – помощник киномеханика, рабочий сцены театра и др. В 1924 г., наконец, окончил среднюю школу и поступил на медицинский факультет 1-го МГУ. Оттуда на 3-м курсе был вместе с группой переведён на медфак 2-го МГУ, который окончил в 1929 г. Был призван на военную службу врачом артиллерийского полка.

В 1931 г. уволен в запас. Поступил на работу на кафедру патологической анатомии и физиологии института. Но спустя год вновь призван в армию.

В 1938 г. Михаила Аркадьевича зачисляют в аспирантуру Института нейрохирургии, определяющую его профессиональную судьбу.

Великая Отечественная

Грянула Великая Отечественная война. И уже в июне 1941 г. капитан М.Салазкин на передовой – начальник нейрохирургической группы отдельной роты медицинского усиления (ОРМУ) на Юго-Западном фронте.

Осенью 1941 г. в окружении под Киевом попадает в плен. Работает хирургом в госпитале для советских военнопленных. Весной 1942 г. бежит из плена и направляется к линии фронта. Но его ловит немецкая жандармерия. Он называет себя чужим именем. Его посылают в лагерь для военнопленных на тяжёлые работы. Михаил Аркадьевич столь искусно симулирует рассеянный склероз, что даже берлинские профессора не смогли его разоблачить (а может быть просто не пожелали). После поражения под Сталинградом, когда немцы стали эвакуировать советских военнопленных с Украины в Германию, Салазкина погрузили в эшелон.

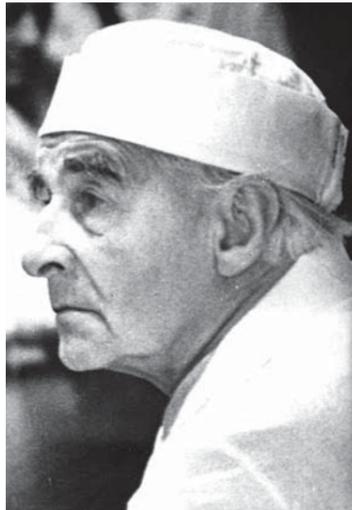
Имена и судьбы

# Симуляция, спасшая жизнь

## 120 лет со дня рождения нейрохирурга Михаила Салазкина

По пути вместе с большой группой военнопленных он взломал дверь вагона. И они выпрыгнули на ходу. Претерпев много мятарств и пробуждав более 1000 километров по немецкому тылу, Михаил Аркадьевич, наконец, вышел к нашим войскам в момент взятия ими станции Лозовой близ Харькова.

В сентябре 1943 г. после тщательной проверки в СМЕРШе, его полностью восстановили в офицерских правах. Направили на 1-й Белорусский фронт начальником нейрохирургической группы ОРМУ. Затем он стал помощником главного хирурга фронта по нейрохирургии. Завершение войны застало капитана медицинской службы М.Салазкина в Германии, где он ещё полтора года служил в группе советских оккупационных войск. Орден Красной Звезды и набор медалей венчают воинские заслуги Михаила Аркадьевича.



Как хирург и организатор пользуется известностью и доверием – недаром его назначают руководить разными отделениями: травматологическим, сосудистым, опухолевым. Охотно растит учеников.

Его часто направляют для консультаций за границу – Монголию, Алжир, Италию, Индию. Но, конечно, самой важной и длительной стала его годичная командировка в Китайскую Народную Республику. В 1959-1960 гг. Михаил Аркадьевич организует в Пекине 70-коечное нейрохирургическое отделение в госпитале советско-китайской дружбы. Много оперирует сам и, главное, учит своему мастерству китайских коллег, за что награждается благодарственной медалью.

Директора Института нейрохирургии Борис Егоров, Александр Арутюнов, Александр Коновалов, совершенно разные по стилю руководства, с одинаковым уважением относятся к Михаилу Аркадьевичу. Это свидетельствует не только о высокой его приспособляемости, но и о присущих ему полезных для дела качествах.

Однако годы берут своё. В 72 года Михаил Аркадьевич оставляет заведование клиникой и переходит на положение консультанта, а затем и на пенсию. Ему 75. Но здесь наступает страшное – деменция, и в этом постоянно усугубляющемся состоянии он доживает последние годы.

Мой наставник

Работать вместе с Михаилом Аркадьевичем мне довелось, когда я проходил аспирантуру в отделении восстановительного лечения профессора Юлия Коновалова. Коммуникабельный, отзывчивый, улыбчивый и деловой, – таким был Михаил Аркадьевич в общении. Его легко можно было и спросить, и попросить. Отвечал и объяснял всегда доброжелательно. Старший хирург клиники, он отвечал за оперативную деятельность, много оперировал сам и охотно учил других.

Во время хирургических вмешательств от него исходило спокойствие и уверенность. Он имел опыт удаления сложных опухолей прозрачной перегородки мозга, изучение которых я избрал в качестве темы своей кандидатской диссертации. После успешной защиты мне рекомендовали подготовить монографию по топографо-анатомической классификации, клиническим синдромам, диагностике и течению этих труднодоступных глубинных внутрижелудочковых опухолей. Их особенность – огромные размеры к моменту их клинической манифестации (я образно их называл «сердце в мозгу», за форму, напоминающую карточное сердце).

Материал института был уникальным, правда, с колоссальной послеоперационной смертностью. Естественно, нужен был нейрохирург для полноценности книги. Попросил Михаила Аркадьевича. Он сразу согласился написать

хирургическую главу. Я подготовил текст, иллюстрации, но, увы, Михаил Аркадьевич тянул, пока не затянул настолько, что монография потеряла свою актуальность, да и меня захватили иные проблемы. Это никак не испортило наших дружеских отношений. И когда я оказался ответственным за только что созданный в Горьком межобластной нейрохирургический центр – моих молодых коллег надо было предметно учить, обратился за помощью к моим московским наставникам и друзьям нейрохирургам. Среди них, конечно, был и Михаил Аркадьевич.

Он тут же прилетел в Горький. Проконсультировал и прооперировал несколько подготовленных больных. Это была школа, такая необходимая в становлении волжских нейрохирургов. Мы ещё много-много раз встречались, и я слышал интересные рассказы о работе нейрохирурга, расширявшие мой профессиональный кругозор.

\* \* \*

Тех, кто знал Михаила Аркадьевича – остались единицы. Память о нём бережёт наш музей. Здесь хранятся материалы о жизни и судьбе нейрохирурга, висит его портрет. В документальных моих фильмах к юбилеям Института нейрохирургии «Надежда», «Служение» и «Восхождение» всегда рассказываю о героической стойкости и находчивости Михаила Аркадьевича в Великую Отечественную войну, особенно, когда он попал в плен, дважды бежал и искусно симулировал рассеянный склероз...

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

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

Рядом с нами

Торжественное открытие мемориальной доски в память о враче Наталии Костровой, погибшей в Запорожской области, состоялось в посёлке Медведово Республики Марий Эл.

Доска установлена на здании педиатрического отделения Медведовской центральной районной больницы, которое сейчас носит имя педиатра Н.Н.Костровой, выполнившей свой профессиональный и гражданский долг и оставившей след в сердцах жителей Марий Эл.

Наталия Николаевна исполняла обязанности заведующего детским

# Останется в памяти навсегда

поликлиническим отделением ЦРБ. В декабре 2022 г. она возглавила мобильную бригаду педиатров Марий Эл, командированную для проведения медосмотров детей на новых территориях России.

7 декабря 2022 г. в Запорожской области при следовании бригады к месту работы произошло ДТП, в результате которого пострадала марийские врачи и погибла Н.Кострова.

Орден Пирогова, которым она награждена посмертно – заслуженная награда доктору, так много сделавшему за свою недолгую жизнь.

– Наталия Николаевна, когда потребовалось, встала в единый строй защитников нашей Родины, – сказал на открытии мемориальной доски глава Республики Марий Эл Юрий Зайцев. – Её жизнь – для всех нас пример любви к своей работе, детям, которых она лечила, и просто пример честного служения Родине. Уверен, что память о ней будет долгие годы жить в наших сердцах.

Профессия стала для Наталии Николаевны любимым делом, истинным призванием, счастьем и смыслом жизни. Это просто огромная удача для родителей маленьких пациентов – доверять здоровье детей грамотному, увлечённому, влюблённому в свою работу врачу.

Она была не только высокопрофессиональным специалистом, образцом служения своему делу, но и достойным гражданином своей страны, обладающим смелостью, высочайшей ответственностью, патриотизмом, стремлением выполнить долг до конца.



Мемориальная доска, установленная на здании поликлиники, где работала Наталия Николаевна, будет напоминать о честно выполненном долге гражданина России, о профессиональном подвиге врача, о достойном жизненном

пути хорошего человека, который должен остаться в памяти современников.

Ольга БИРЮЧЕВА,  
внешт. корр. «МГ».

Республика Марий Эл.



Первое, что меня удивило в первый же мой приезд «за бугор», удивило прямо не сходя с трапа самолёта – оказывается, у них на асфальте тоже есть трещины. Ну дела, ребята! А мы-то думали...

Много позже, уже с кой-каким туристическим опытом, дефилирую по Хельсинки, по центральной улице, вечерет, у парадных дверей в фешенебельный бар стоит, покачиваясь, молодой финн, мочится на цоколь белокурая бестия... Мутно поглядывает голубыми глазами на прохожих, старательно делающих отрешённый вид. Закончил, потряс... (Меня, в том числе). Зашёл обратно в заведение, со всей очевидностью, договорился... «Что это, Бэрримор?», – сам собой выскочил в мозгу хрестоматийный вопрос. Ведь в любом кафе наверняка имеются укромные места с двумя нулями на дверках. Тогда, что же это всё-таки было? Эпатаж, пьяный пофигизм? Ну, не на столько он был и пьян, как нарколог отвечает. Приступ неодолимого эксгибиционизма? Так фундамент здания вовсе не обязательно для этого подмывать. Или это форма выходящего за рамки приличий «безбашенного» протеста? Против чего, господи! В уютной полусонной чистенькой Финляндии?! Не нашлось ответов.

Спасибо, потом русскоговорящий гид объяснил – чисто в стране не потому, что финны генетически не способны на свинячить, все здесь воспитаны в духе чеховской Мисюсь, и поголовно оттопыривают мизинчик, берясь за ложку. Просто дворницкая служба работает по диаметрально противоположному принципу, нежели в русской пословице (полагаю, нет нужды напоминать её читателю).

Сворачиваю в осенний скверик – опа! – на лавочке недвижно сидит темнокожий мужчина. В Хельсинки! В ноябре! Задолго до многомиллионных «афро-африканских» волн миграции через несчастный остров Лампедуза, что между Тунисом и Сицилией!

Сидит. В толстой вязаной шапочке, пальто с чужого плеча, носом уткнулся в три мотка шерстяного драного шарфа вокруг шеи. Гипнотизирует обувную картонку в ногах, с мелочью в ней. Непостижимо! Неужели вести образ жизни праздного её созерцателя здесь комфортнее, чем дома в тёплой Африке? Ведь там ещё и дармовые бананы с кокосами на пальмах круглый год колосятся, только руку протянуть. И виды первозданной природы куда как приятнее, чем чахлые берёзки в серых каменных джунглях. Притом – без унижительных для человеческой души надежд на жалкое подавание, что бы там ни толковали психологи про менталитет профессиональных попрошайек. Ну, как говорится, каждый сам кузнецик своего счастья...

Ироничной строкой

# Иду по Копенгагену...

Новелла из книги «Руссо туристо»

Вообще-то в Финляндию и Данию занесло меня случайно. Как-то не тянуло раньше в Европу северных широт, а тут командировка подвернулась, грех отказываться.

Поскольку программа служебной поездки не предусматривала пустопорожних шатаний, решил заявиться в Копенгаген за свой кошт на денёк пораньше – глянуть, по-быстрому, на скандинавские чудеса с красотами. Заодно решил, в познавательных же целях, переночевать разик в хостеле, а то в турпоездках всё по отелям, да по отелям, пусть и двух-трехзвёздным, но сервис всё равно на уровне. Про хостелы был малость наслышан и начитан, мнения, как водится, разные. Учёл. Прагматично выбрал хостел средней ценовой категории поближе к историческому центру и метро.

Прилетел рано утром, добрался, получил комплект прекрасного постельного белья в запаянном целлофане и номер комнаты, где, как первый туда заселяющийся, мог выбрать любую койку на свой вкус. Ключа от комнаты не дали, замков в дверях не держат, но предложили ключ от персонального металлического рундука для ценных вещей, который привинчен к полу в изголовье кровати. Ключ не взял, решил, что на небрендовое исподнее в поклаже вряд ли кто-то покуется. Прошёлся по хостелу, обнаружил десяток дортуаров разной вместимости, в конце коридора – душ и туалеты в стиле унисекс.

В комнате были три двухрусные кровати с занавесками. Выбрал у стены на первом ярусе, застелил постель крахмальной простыней, вставил в пододеяльник одеяло, чтобы не мучиться вечером по возвращении на ночлег, не тревожить (святая простота!) будущих соседей. Задвинул под койку дорожную сумку, отправился гулять.

После Италии восторгнуться нечем, хотя это моё сугубо личное мнение. Центро-стори-ко (ит.) Копенгагена – среднее арифметическое сотен европейских городов. Оттуда вышел на какой-то широкий проспект. Дома в линеечку, фасады уже не прятные, как в старом городе, унылое техно сплошь, голимый кубизм. Занудобилось перейти на другую сторону проспекта. Подошёл к светофору у пешеходной зебры, за которым сразу – велосипедная дорожка, затем собственно проезжая часть. Стою, жду как вкопанный, типа,



реальный европеец. Загорается зелёный человечек, делаю шаг на велосипедную дорожку, и в ту же секунду периферическое зрение ловит движуху слева. Рефлекторный поворот к угрозе, «остановись мгновенье, ты прекрасен!» На меня несётся на велике деваха, смотрит в мобилу, крутит педали. Дистанция – метр, прятаться поздно...

Успеваю выставить вперёд руки, поймать руль. Толчок, «...ноги шире, три-четыре...», сажусь верхом на переднее колесо, как школяр-хлопик на козла в спортзале. Машинально трясусь ободранном обо что-то на руле пальцем, смотрю на светофор – уж не внезапная ли у меня манифестация дальтонизма? Деваха синхронно поворачивает голову к светофору. Фонтан извинений, лепет оправданий на английском. Шальную мысль о полиции задушил в зародыше, не хватало полдня потратить на протокол из-за ссадины на пальце и грязных джинсов, с неясным, в конечном счёте, исходом в плане торжества справедливости. Высказал всё, что о ней думаю на русском. Уложился в одно слово. Каюсь, в сердцах переборщил с экспрессией. Высвободил из парковки в моём паху переднее колесо её велика, поспешил на нужную мне сторону, пока не покраснел зелёный человечек...

Ох уж эти наши мифы о культуре Запада, их самодисциплине и законопослушности! На самом

деле – те же суетность, скарденность и самомнение, как и всюду. Только всё это напомажено, припудрено, и белозубо напоказ улыбается. Приглядишься, а золотце-то на золотом миллиарде – сусальное, не вздумайте поскрести. Хотя архитектура местами у них – это да! Преимущественно эпох Средневековья и Возрождения – поклон их предкам за созидательный энтузиазм.

Иду, значит, по Копенгагену, не отпускает меня праведное возмущение, переживаю за испачканные в деликатном месте джинсы и поруганные гражданские права. Прогулялся, называется, и некому ни счёт выкатить, ни душу излить. И тут... Вот она – награда за злосключения! На второстепенной улочке в спальном районе – целый ряд художественных инсталляций в металле. Сразу заценил тщедушного человечка, несущего на подгибающихся ногах у себя на загривке громадный земной шар. Невольно пришла на память строфа великого Рильке: «Тащить всю тяжесть бытия земного, и выронить в растерянности, чтоб... сойти в уединенный горьком в...» Полный текст стихотворения рекомендую к прочтению в переводе Константина Богатырёва, называется «Уход блудного сына».

Но поразила другая фигура. Поразила почти до ступора. В тонущей лодке стоит человек, в одной руке держит

нож, в другой – самому себе отрезанную голову. В свете творящихся сегодня в западном обществе дел – провидческая композиция, на мой взгляд. Прямо-таки зауважал я скандинавский стрит-арт, браво, ваятель! Браво, мэри!

Стемнело. В комнате все койки оказались уже занятыми, за задрнутыми занавесками светились гаджеты. Принял душ, устроился в своём отсеке. После дня на ногах мечталось расслабиться. Щас! В минибудуаре рядом с моим коротала ночь дама африканских кровей, трудноразличимого впотьмах возраста, размера плюс два сайза. От заката до рассвета периодически проверяла что-то в своём сундуке для ценных вещей, пытая, шуршала целлофановыми пакетами, в промежутках между ревизиями тыкала в кнопки смартфона, не удосужившись отключить звуковое сопровождение клавиш. Говорят, у некоторых народов практиковалась попытка – на темя связанного пленника часами капала вода. Тот самый случай. Капля за каплей (есть такие звуки в настройках смартфонов, пропади они пропадом!) влетали в мозги, сопровождая каждый тычок её пальца в экран. И ничего не поделаешь – расовая толерантность, понимаешь. Интересно, соседи взаправду дрыхнут, или тоже прикидываются? Только настойчивость моего личного Морфея, в конце концов, спасла психику от срыва.

Наутро, с тяжёлой головой, но без возражений согласился с научной максимой, что отрицательный результат в эксперименте тоже результат. Нет, к соотношению цена/качество в сервисе и к санитарии мест общего пользования в хостеле – никаких претензий. Но, если вы любитель спокойного сна после дневной беготни, вам не сюда.

Что, резюмируя, можно сказать о датчанах? Похоже, слишком они далёкие потомки викингов, осибаритилась нордическая кровь, лишь сувенирные магнитики напоминают о славных временах конунгов. И водка у них картофельная, деревенский вкус. Что до Дании, то, как писал поэт Николай Заболоцкий (по другому, правда, поводу) – «И нечем ей прельстить воображенья». В общем – на любителя Европа.

**Юрий КУБАНИН,**  
психиатр-нарколог,  
психотерапевт.

Новосибирск.

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 – Т.КОЗЛОВ.

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

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

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

E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения); medgazeta72@mail.ru (электронная подписка); www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 3010181040000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская

газетная типография».

Адрес: 123022, Москва,

ул. 1905 года, д. 7, стр. 1

Заказ № 2340

Тираж 14 009 экз.

Распространяется

по подписке

в Российской Федерации

и зарубежных странах.

