

Медицинская

10 ноября 2023 г.
пятница
№ 44 (8113)

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

Новые технологии обучения для территорий, не имеющих медицинских вузов.

Стр. 4

Перекинуть мост между детской и взрослой хирургией.

Стр. 10

Как идёт цифровая трансформация здравоохранения – об этом говорили участники III Международного саммита «Цифрайтмед».

Стр. 11

Инициатива

Стремится каждый, достигаем вместе

Таков лейтмотив Всероссийского конгресса медицинских сестёр, состоявшегося в Санкт-Петербурге



Каждую осень со всех концов страны слетаются специалисты сестринского дела в Северную столицу на свой традиционный форум, отличающийся масштабностью и актуальностью обсуждаемых тем. На сей раз он был посвящён первичному звену здравоохранения и молодёжной политике. Оба вопроса неразрывно связаны между собой. Ведь без притока молодых кадров развитие первичной помощи невозможно.

Сплав опыта и молодости

Состоялся честный, открытый и смелый разговор о перспективах сестринского дела, о роли и месте медицинской сестры в системе координат современного здравоохранения, о технологиях, проектах, удачах и проблемах. Атмосфера была настолько заряженной, наполненной энергией, что порой аж искрило.

Научная программа содержала доклады, постерные сессии, мастер-классы, а торжественная – награждение победителей Всероссийского

Молодые специалисты делятся мыслями о будущем профессии

конкурса Ассоциации медицинских сестёр России (ПАМС) на лучший видеосюжет о деятельности медработников первичного звена, чествование лучших специалистов, медицинский квиз, приветствия почётных гостей и, конечно, выступления артистов. В форуме приняли участие 730 человек: медицинские сёстры, лаборанты, фельдшеры, акушерки, работающие на ФАПах, в поликлиниках, консультациях, больницах. Присутствовали и представители медицинского сообщества зарубежных стран (Казахстана, Кыргызстана, Белоруссии), поделившиеся своими достижениями.

Кстати, Санкт-Петербург неслучайно стал традиционным местом встречи медицинских сестёр. Вся история сестринского дела тесно сопряжена с этим городом. Почти 170 лет назад здесь была создана Крестовоздвиженская община – по сути, первый коллектив медицинских сестёр в истории мировой медицины, как утверждалось на форуме. А 31 год назад родилась и заявила о себе общероссийская ассоциация медицинских сестёр, объединяющая на сегодняшний день

150 тыс. специалистов сестринского дела. Именно она взяла на себя труд защищать профессиональные интересы своих членов, генерировать новые идеи, добиваться перемен во благо пациентов.

– Конгресс – это образовательная площадка, где мы встречаемся, обучаемся, общаемся, получаем заряд энергии. В каждом регионе есть много того, чего нет в другом. И обмен опытом, знаниями способствует улучшению качества оказания помощи, – сказала, открывая форум, бессменный президент Ассоциации медицинских сестёр России, безусловный авторитет в сестринском сообществе Валентина Саркисова.

– Встреча настоящих профессионалов – не только обмен опытом, но и совместный поиск решений наиболее актуальных проблем и задач, – добавил начальник отдела организации первичной медико-санитарной помощи Минздрава России Павел Щёголев, приветствуя участников конгресса от имени министерства.

(Окончание на стр. 6-7)

Ситуация

Акцент на гриппе

Выступая в рамках «правительственного часа» в Совете Федерации, руководитель Роспотребнадзора Анна Попова дала чёткие ответы на вопросы, крайне важные для медработников.

Так, по информации главного санитарного врача, к настоящему времени ситуация по гриппу и ОРВИ после небольшого сентябрьского подъёма стабилизировалась, каждую неделю регистрируется примерно одно и то же число заболевших – от 700 до 800 тыс. человек.

– Тяжесть течения заболеваний пока не вызывает особой озабоченности. Не растёт летальность, связанная с острыми респираторными вирусными инфекциями – ни ОРВИ, ни гриппом, ни коронавирусом, – отметила А.Попова.

По результатам мониторинга виден растущий удельный вес риновирусов, парагриппа и потихоньку «подрастает» грипп, в первую очередь штамм А(Н3N2) (так называемый гонконгский). Вместе с тем регистрируются единичные, но тоже «растущие» случаи заболевания гриппом А(Н1N1) (пандемическим свиным), а это значимый риск. Также выявлены случаи гриппа В.

Если говорить отдельно о COVID-19, в настоящее время идёт вторая волна инфекции более высокая, чем первая, которая была в сентябре. За неделю регистрируется 35-36 тыс. случаев заболевания, это в два раза больше, чем месяц назад. В России циркулируют все варианты омикрон-штамма коронавируса.

– Больше 30% заболевших приходится на три субъекта РФ – Москву, Московскую область и Санкт-Петербург. Волна поднимается здесь и дальше будет распространяться по всей стране, – предупреждает А.Попова.

В целом сегодняшняя ситуация с сезонными респираторными инфекциями, гриппом и COVID-19 расценивается главным санитарным врачом уже как начало эпидемии. По оценке А.Поповой, все противоэпидемические мероприятия в субъектах РФ выполнены. Количество инфекционных коек в стране достаточное, в том числе для того, чтобы больных с пневмонией госпитализировать в специализированные инфекционные стационары, а не общесоматические.

– Есть требование Роспотребнадзора по тестированию всех пациентов с проявлениями респираторной инфекции на COVID-19 и грипп, чтобы не путать эти два заболевания, сегодня столь схожих по клинике, и назначать правильное лечение. Регионы должны выполнять это требование, но пока выполняют не полностью, – указала А.Попова.

Прививочная кампания против гриппа завершится в конце ноября. Сейчас иммунная прослойка составляет более 40% населения. Это, по словам главы Роспотребнадзора, ещё недостаточно, но темпы вакцинации внушают оптимизм.

Что касается вакцинопрофилактики COVID-19, то при любой инфекции прививаться нужно тогда, когда существует риск для жизни и здоровья.

– От сегодняшнего варианта коронавируса риски осложнений, значимых для популяции, высоких показателей госпитализации, смерти таковы, что мы не требуем и не предлагаем иммунизироваться от COVID-19 в этом эпидсезоне. Будут изменения вируса – у нас все платформы готовы, начнём делать актуальные вакцины и предлагать привиться. Пока делаем акцент на прививке против гриппа, – подытожила А.Попова.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ

Андрей ФЁДОРОВ



Генеральный секретарь
Российского общества хирургов,
доктор медицинских наук:

Верховный суд признал клинические рекомендации обязательными к исполнению, вопрос закрыт! Это единственный документ, который даёт нам уверенность в юридической правоте наших действий.

Стр. 5

Новости

К трём памятным датам

В Воронеже состоялась конференция «Актуальные вопросы сердечно-сосудистой хирургии. Современные подходы в лечении ИБС и нарушений ритма сердца», посвящённая 105-летию Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н.Бурденко, 25-летию отделения кардиохирургии № 2 – хирургического лечения ишемической болезни сердца, нарушений ритма и проводимости сердца Воронежской областной больницы № 1 и 40-летию первой операции аортокоронарного шунтирования в Воронеже.

По видеосвязи к участникам конференции обратились главный хирург Минздрава России академик РАН Амиран Ревишвили и ректор ВГМУ им. Н.Н.Бурденко профессор Игорь Есауленко. Воронеж собрал более 600 участников из многих регионов страны. Среди гостей мероприятия – академики РАН Баграт Алякян (Москва), Геннадий Хубулава (Санкт-Петербург), Сергей Попов (Томск), член-корреспондент РАН Иван Скопин (Москва), профессора Виктор Лазаренко (Курск), Юрий Шнейдер (Калининград) и другие.

Ведущие специалисты в области кардиохирургии, кардиологии, аритмологии обсудили современные подходы в лечении ишемической болезни и нарушений ритма сердца, способы борьбы с кровотечениями и минимизацию рисков в коронарной хирургии. В ходе конференции прошёл научный онлайн-обмен с коллегами из Лейпцига.

Особо были отмечены результаты работы возглавляемого главным сердечно-сосудистым хирургом Центрального федерального округа, руководителем кардиохирургического центра Воронежской областной клинической больницы № 1, профессором Сергеем Ковалёвым отделения кардиохирургии № 2 – хирургического лечения ишемической болезни сердца, нарушений ритма и проводимости сердца: за 25 лет здесь проведено более 22 тыс. операций, включая 7 тыс. изолированного коронарного шунтирования, около 500 – при сочетанной патологии, выполнены установка 9 тыс. имплантируемых антиаритмических устройств, более 45 тыс. коронарографий, свыше 16 тыс. коронарных ангиопластик и стентирований.

– Обмен опытом с ведущими специалистами страны позволит нам ещё больше продвигаться в решении задачи минимизации риска для пациента, – сказал Сергей Алексеевич.

Геннадий НИКОЛОВ.

Воронеж.

Новое слово в лечении

Восстановление повреждённых суставов – одна из острых медицинских задач. В зоне риска находятся молодые активные люди: не только спортсмены, но и все, кому приходится испытывать тяжёлые физические нагрузки.

Для решения этой проблемы есть многообещающий подход – применение клеточных технологий, позволяющих компенсировать потерю функционально активных клеток в зоне повреждения ткани, вызывающих эффективное заживление.

Исследователи лабораторий трансляционной биомедицины и клеточной биологии Федерального научно-клинического центра физико-химической медицины им. Ю.М.Лопухина ФМБА России разработали оригинальную технологию создания хондросфер – имплантатов, которые можно ввести больному и укрепить хрящевую ткань. Хондросферы создаются на основе хондроцитов, которые берутся у пациентов при биопсии.

Результаты доклинических исследований на иммунодефицитных мышцах, которым имплантировали препарат подкожно, подтвердили его безопасность. Эффективность препарата продемонстрирована на модели кроликов, которым препарат вводили внутрь сустава с предварительно повреждённой хрящевой тканью.

В настоящий момент готовятся досье для получения разрешения на проведение клинических исследований 1-2 фазы. Планируется дальнейшая доработка нового препарата. Исследователи рассчитывают, что инновационный препарат станет новым словом в лечении артроза суставов.

Александр ГЕОРГИЕВ.

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

Выставки

Как было, как стало
и как будет

Масштабная экспозиция Минздрава России продемонстрировала последние достижения отечественной медицины

Уникальная экспозиция Минздрава России «На службе здоровья!», открывшаяся в День народного единства на ВДНХ в рамках масштабной выставки-форума «Россия», рассказывает об инновационных технологиях, которые уже внедрены в отечественное здравоохранение и которые будут внедрены в будущем. Она охватывает три ключевых принципа управления здоровьем: «Формируем», «Сохраняем», «Поддерживаем». Тренажёры высокой степени реалистичности позволяют научиться оказывать первую помощь, принимать роды и реанимировать человека.

Первый заместитель министра здравоохранения России Владимир Зеленский и ректор Сеченовского университета Пётр Глыбочко дали старт экспозиции. Она представляет путь, который прошла отечественная медицина к сегодняшнему дню.

«Мы хотели показать, как было, как стало и как будет. Начинаем с истории, демонстрируем технологии, которые сейчас внедрены



ны четыре экспозиционные зоны – «Левое предсердие», «Левый желудочек», «Правое предсердие», «Правый желудочек», вход оформлен в виде сосуда. Здесь можно измерить артериальное давление, уровень сахара в крови, долю жировой ткани в теле (импедансометрия), возраст сосудов (измерение скорости пульсовой волны – сессионно)

и имеет несколько режимов, имитирует дыхание и даже может кричать, а также тренажёр для отработки навыков реанимации новорождённого (российская открытая реанимационная система «ОРС – BONO»). Здесь же можно попрактиковаться в хирургии и сделать лапароскопическую операцию.

С правой стороны экспозиции расположилась зона «Медицина катастроф», где студенты университета обучают всех желающих оказанию первой помощи. Там же установлен реанимобиль с тренажёром-симулятором и можно научиться реанимировать человека, в том числе с использованием VR-технологий. Сам реанимобиль имеет три режима скорости (городская среда, межгород и бездорожье) и имитирует оказание медпомощи в дороге. В зоне научных достижений можно вывесить на экран срез человеческого органа и в режиме реального времени изучать гистологию.

Площадка знакомит с ключевыми достижениями национальной системы здравоохранения. Среди них – 175 современных перинатальных центров, 9 новых онкоцентров, 79 новых региональных гериатрических центров.

Выставка Минздрава России продлится до апреля 2024 г. Организаторы обещают, что будут удивлять новыми лекциями, гости смогут узнать о состоянии здоровья, поучаствовать в мастер-классах и пополнить свой багаж знаний.

Игорь НАУМОВ.



в российском здравоохранении, показываем науку и наше будущее – как ближайшее, так и отдалённое, – отметил в своём приветственном слове В.Зеленский. – Самое главное, нам хотелось удивить нашей экспозицией и воодушевить, потому что медики – это новые супергерои. И мы хотели, чтобы все гордились нашей страной и российским здравоохранением, которое на самом деле одно из лучших в мире».

Экспозиция следует главным принципам сохранения здоровья – «формируем, сохраняем, поддерживаем». Как отметил П.Глыбочко, символично, что этот павильон спланирован в форме сердца. «Экспозиция очень информативная: здесь можно увидеть своими глазами, чего достигло наше российское здравоохранение к этому дню, и важно, что и студенты медицинских вузов, в том числе Сеченовского университета, и гости выставки могут увидеть новейшие технологии и попробовать на практике, что значит быть врачом».

Выставка символизирует высокоэффективную самодостаточную систему, подобную сердцу человека. Площадь выставочного павильона – 524 м². В нём созда-

и попасть на осмотр врача общей практики с оценкой рисков (сессионно).

Первый замглавы Минздрава вместе с ректором обошли павильон и осмотрели историческую зону, зоны «Формируем», «Сохраняем», «Поддерживаем», где размещены тренажёры высокой степени реалистичности. Это в том числе тренажёр-симулятор для отработки навыков при-



Медицинская газета

АКЦИЯ!

«МГ» через редакцию

С 4 октября по 15 ноября проходят недели льготной подписки. За это время можно получить максимальную скидку в размере 10% на редакционную подписку. К сожалению, услуги почты, полиграфии, хозяйственные расходы возрастают. И как бы ни хотелось сделать газету более доступной – это непросто, но мы стараемся.

Оставить заявку на оформление подписки можно по следующим адресам электронной почты:
mg.podpiska@mail.ru,
mg.podpiska@mail.ru

Контакты издательского отдела «МГ»:
8 (495) 608-85-44, 8 (916) 271-08-13.

Однако

Приняли и забыли?

Давно стали очевидными странности правоприменительной практики. Есть федеральные законы, которые вроде бы приняты для решения важной задачи по здоровьесбережению нации, но реализовать их либо изначально невозможно, либо никто и не пытается это делать. Например, Федеральный антитабачный закон № 15 от 2013 г. нарушается на каждом шагу: любая остановка общественного транспорта, платформы железнодорожных станций, подъезды жилых домов как были, так и остаются местами для курения. Так же незаметен результат действия поправок, которые внесены Госдумой в этот закон в апреле 2023 г. и запрещают рекламу вейпов, их продажу несовершеннолетним. «Парящих» и курящих подростков не становится меньше, скорее наоборот. При этом антиреклама потребления никотинсодержащей продукции не появилось вообще.

По просьбе «МГ» ситуацию прокомментировал заместитель председателя Комитета Госдумы по охране здоровья кандидат медицинских наук Алексей Куринный:

– Согласен, правоприменительная практика – главный критерий состоятельности любого нормативного акта. Сам неоднократно видел, что магазины, торгующие вейпами, не соблюдают установленные правила: открытые прилавки, яркая неоновая реклама товара, хотя всё это уже запрещено законом. На мой официальный запрос

надзорные органы пришёл ответ, что там руководствуются постановлением Правительства России № 336, согласно которому запрещено проводить внеплановые проверки предприятий торговли без серьёзных оснований, которыми являются смерть покупателя либо причинение тяжкого вреда его здоровью. В крайнем случае

внеплановая проверка возможна по прямому решению Президента, председателя Правительства России или его заместителей, прокурора.

Я уже несколько раз выступал по этому поводу на разного рода заседаниях и личных встречах с чиновниками, предлагал снять мораторий на проверки торговых точек и производственных площадок, товары или услуги которых так или иначе связаны с возможным причинением вреда здоровью людей и экологии. Есть основания надеяться, что соответствующие изменения, касающиеся алкоголя и табака, будут приняты. В целом же действительно защита интересов предпринимателей и забота о доходах бюджета в этом плане часто первостепенны.

Также мне непонятна логика непоследовательных решений: декларируем борьбу с пьянством и стремление к оздоровлению населения, в то же время вновь разрешаем продажу пива на ста-

дионах, и часть депутатского корпуса активно поддерживает данное предложение. И это на фоне роста потребления алкоголя в стране по итогам 2022 г. и фактического отсутствия социальной рекламы о вреде алкоголя, курения, энергетиков, неправильного питания, низкой физической активности.

Медицинская социальная реклама практически исчезла, если не считать картинок на пачках сигарет, на которые уже никто из курильщиков не обращает внимания. Реклама вейпов, энергетиков и безалкогольного пива есть, а антиреклама этих товаров нет. Реклама безрецептурных препаратов приобрела невиданные масштабы, а контрреклама о вреде самолечения что-то не видно.

Эту работу необходимо возрождать, причём, на том языке и в тех формах, которые «зайдут» молодёжи и подросткам. А заниматься социальной рекламой в сфере охраны здоровья должны не структуры, подконтрольные какому-либо чиновничьему ведомству, а общественные организации, выигрывая соответствующие гранты.

Беседу вела Елена БУШ, обозреватель «МГ».

Современные
технологии

Браслет безопасности

Новосибирская областная клиническая больница внедряет технологию идентификации пациента с помощью цифрового браслета. Это один из элементов обеспечения безопасности и качества медицинской помощи – той идеологии, которая сегодня активно реализуется в Российской Федерации и многих других странах. Цель – предупредить любые теоретически возможные инциденты в лечебном учреждении, которые могут произойти, если одного пациента случайно принять за другого.

Первое подразделение больницы, где начала работать система двойной идентификации пациентов – областной перинатальный центр. Как пояснил начальник отдела информационных технологий Новосибирской областной клинической больницы Александр Пронин, сначала в приёмном отделении перинатального центра данные паспорта пациентки заносятся в бумажную историю болезни и электронную медицинскую систему, затем здесь же на принтере распечатывается идентификационный браслет из тончайшего пластика, который надевается на руку пациентки. Цифровые браслеты новорождённых крепятся на кровати и куветы, в которых лежат малыши. На браслет нанесены фамилия, имя, отчество пациента и два штрих-кода. Первый штрих-код – это номер электронной истории болезни пациента, второй – номер его электронной амбулаторной карты. В истории болезни отражается вся информация о лечении, которое пациент проходит в стационаре, а в амбулаторной карте – результаты диагностики.

– Перед проведением консультации врача или любой манипуляции – забор крови, УЗИ или рентген, выдача лекарств, хирургическое вмешательство и пр. – доктор или медсестра спрашивают у пациентки фамилию, имя, отчество, а затем сканируют данные с браслета. Данные должны совпадать. Точно так же по браслету идентифицируется каждый новорождённый перед проведением всех процедур, – говорит А.Пронин.

За год во все отделения областной больницы, включая перинатальный центр, поступает на госпитализацию в экстренном и плановом порядке 70 тыс. человек. Среди них бывают, в том числе однофамильцы и даже полные тезки, люди с нарушениями слуха и речи, в бессознательном состоянии, без документов, иностранцы, дети без сопровождения родителей. Чётко идентифицировать каждого из пациентов и обеспечить его безопасность позволит цифровой браслет.

Сегодня уже 100% пациентов перинатального центра идентифицируются с помощью браслетов-паспортов. На отработку этой цифровой технологии потребовалось полгода. По расчётам IT-специалистов учреждения, внедрение системы тотальной идентификации пациентов главной больницы региона должно завершиться до середины 2024 г.

Елена СИБИРЦЕВА.

Новосибирск.

Тенденции

Инновационная вакцина против новой коронавирусной инфекции «Конвасэл», разработанная по поручению руководителя ФМБА России Вероники Скворцовой коллективом учёных и технологов Санкт-Петербургского научно-исследовательского института вакцин и сывороток ФМБА России, производится на новой высокопроизводительной технологической платформе.

По данным Министерства здравоохранения РФ и осуществляемого ФМБА России мониторинга применения вакцины «Конвасэл», на конец октября 2023 г. привито 60 322 человека. Заболеваемость COVID-19 среди привитых не превышает 0,13-0,18% (то есть из 540 человек может заболеть один), что подтверждает высокую эффективность в защите от новой коронавирусной инфекции. При этом у вакцинированных не зарегистрировано тяжёлых форм заболевания.

Субъединичная рекомбинантная вакцина против COVID-19 «Кон-

Инновационная вакцина

васэл» является первой в мире зарегистрированной вакциной, основанной на применении компонентов нуклеокапсидного белка вируса SARS-CoV-2, который мало подвержен мутационным изменениям. Это делает вакцину универсальной для различных штаммов коронавируса. При этом нуклеокапсидный белок вируса SARS-CoV-2 обладает самой высокой иммуногенностью в отношении клеточного и гуморального иммунитета, начиная с ранних стадий инфицирования, и отличается высокой консервативностью.

Результаты клинического исследования показали, что вакцинация препаратом «Конвасэл» приводит к 100%-ной выработке высоких титров специфических антител класса иммуноглобулина G к белку N, специфического клеточного иммунитета, формированию специфических центральных клеток памяти, а также развитию выраженной ан-

тителозависимой цитотоксичности. Таким образом, вакцина включает разные механизмы иммунной защиты и препятствует развитию коронавирусной инфекции. В рамках клинических наблюдений доказано, что иммунитет к вирусу SARS-CoV-2 после однократной вакцинации «Конвасэл» сохраняется не менее года, чего не обеспечивает ни одна существующая в мире вакцина.

Созданные специально для производства новой вакцины мощности цеха рекомбинантных препаратов Санкт-Петербургского НИИ вакцин и сывороток позволяют производить до 3 млн доз вакцины в месяц, что может полностью обеспечить потребность системы здравоохранения и вовремя провести вакцинацию пациентов из групп риска.

Федеральным медико-биологическим агентством реализован кластерный подход, который позволил привлечь к совместной

работе по созданию «Конвасэл» площадки ведущих научных центров ФМБА России – Санкт-Петербургского НИИ вакцин и сывороток, Центра стратегического планирования и Института иммунологии, что дало возможность создать инновационную вакцину против COVID-19 в кратчайшие сроки.

Напомним, что регистрационное удостоверение вакцины «Конвасэл» получено в марте 2022 г. и уже в июне вакцина включена во временные методические рекомендации Министерства здравоохранения РФ «Порядок проведения вакцинации взрослого населения против COVID-19». В марте 2023 г. Минздрав России утвердил однократную иммунизацию вакциной и расширил показания к её применению для взрослых людей старше 60 лет.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Подписка-2024

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.

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

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

Тихоокеанский государственный медицинский университет (ТГМУ) во Владивостоке отметил 65-летие. Наш корреспондент Болеслав ЛИХТЕРМАН побывал на юбилее и встретился с его ректором, членом-корреспондентом РАН Валентином ШУМАТОВЫМ. Он окончил alma mater в 1981 г., семь лет спустя стал заведующим кафедрой анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи, а в 2007 г. – ректором.

– Валентин Борисович, могли бы вы выделить какие-то этапы развития вашего вуза?

– Каждый ректор, каждая команда внесла в развитие вуза определённый вклад. В 1956 г. образовался медицинский факультет университета, два года спустя он выделился в самостоятельную организацию – Владивостокский медицинский институт. Тогда был только лечебный факультет, на котором училось 100 человек (по 50 на каждом курсе). Дальний Восток активно развивался, и нужны были специалисты. Невозможно было восполнить потребность в кадрах, направляя сюда врачей из центральных регионов. Основные преподаватели были командированы из Ярославля, в том числе профессора (муж и жена) Мотавкины. Они образовали научно-педагогические школы.

Особенности текущего периода – в развитии материально-технической базы. Был построен новый корпус площадью 19,5 тыс. м², введены новые лаборатории, аудитории и открыт симуляционный центр, что повысило качество образовательного процесса. Открыты новые образовательные программы, получено отдельное финансирование на научные исследования. В этом году госзадание у нас было 508 студентов, а мы набрали 1200 учащихся всех категорий – от школьников до магистрантов. Помимо лечебного дела, по программе специалитета мы готовим по педиатрии, медико-профилактическому направлению, стоматологии, фармации, медицинской биохимии, имеется военно-учебный центр. Есть институт дополнительной профессиональной подготовки, ординатура по 34 направлениям.

В 2022 г. стали участниками программы стратегического академического лидерства «Приоритет-2030», что не только открывает перед нами возможности в реализации новых амбициозных планов, но и накладывает на нас ответственность за их воплощение в жизнь.

– Изменилось ли качество подготовки врачей?

– Мы постоянно работаем над тем, чтобы качество подготовки специалистов повышалось. Мир не стоит на месте: появляются новые технологии (информационные, образовательные, медицинские). А поскольку задача вуза – подготовка такого специалиста, который может в этом мире меняться технологиями работать, мы активно внедряем новые технологии в образовательный процесс. Приближаем молодых специалистов к месту их будущей работы ещё во время обучения в вузе. Например, у нас очень тесные взаимоотношения с Министерством здравоохранения Сахалинской области. И в рамках нашего взаимодействия студенты, обучающиеся по договорам о целевом обучении с Минздравом региона или проживающие на Сахалине, на 5-м-6-м курсе проходят практическую подготовку на базе медицинских организаций Сахалинской области. Регион-ориентированная подготовка – это новая технология обучения для территорий, не имеющих медицинских вузов. Всё это делается ради повышения качества подготовки.

– Вуз входит в научно-образовательный медицинский кластер Дальневосточного федерального округа и байкальского региона «Восточный»...

– Научно-образовательные медицинские кластеры изначально сформированы Минздравом России из подведомственных ему образовательных организаций высшего образования. В НОМК «Восточный», координатором которого является ТГМУ, изначально входили Дальневосточный и Иркутский государственные медицинские университеты, Амурская и Читинская государственные медицинские академии. Затем к кластеру присоединились две организации дополнительного образования – ин-

ская школа, созданная профессором Н.Мотавкиной. Известна хирургическая школа профессора В.Шапкина, ученика Сергея Юдина. Сегодня активно сотрудничаем с институтами Дальневосточного отделения РАН. Химики выделяют биологически активные вещества из морепродуктов, а мы их испытываем на доклиническом и клиническом уровне. У нас есть совместные гранты. Математики разрабатывают технологии искусственного интеллекта и поддержки принятия врачебных решений.

– Какие вы видите перспективы развития?

– Как я уже говорил, сегодня вся деятельность университета направлена на его трансформацию в соответствии с программой развития университета в рамках программы «Приоритет-2030». Прежде всего, ТГМУ – это университет, ориентированный на потребности Дальнего Востока. Мы нацелены на проактивный формат профориентационной деятельности, который позволит повысить интерес абитуриентов к медицинским

– У нас очень сильная и сплочённая управленческая команда. Именно благодаря командной работе мы порой принимаем и внедряем нестандартные решения. Залог эффективности нашей деятельности в сплочённости, чётко и грамотно поставленных целях и задачах. В нашей дружной университетской семье много достойных молодых людей. Наверное, среди них есть и будущий ректор.

– Удаётся ли омолаживать кадры?

– Это непросто. У каждого заведующего кафедрой есть свой план подготовки кадров. Есть программа поддержки кадрового резерва. В прошлом году в ней было 26 человек. Речь идёт о стимулирующих надбавках для молодых преподавателей, об их обучении и вовлечении в проектную деятельность, содействии поступлению в аспирантуру, выполнению кандидатских и докторских диссертаций. Мы составляем для них индивидуальные траектории, назначаем наставников, обсуждаем результаты, лучший опыт тиражируем.

Наша задача – привлечь молодёжь. Молодого специалиста нужно адаптировать и развивать. Программа кадрового резерва заключается не в количественных показателях, а в качественных изменениях и поддержке преподавателей. Мы ценим каждого человека, на пенсию специально никого не отправляем. Профессор у нас работает, сколько может и сколько хочет.

– Вы оцениваете сотрудников по публикациям?

– Не только. На протяжении последних 5 лет деятельность научно-педагогических работников мы оцениваем на основе рейтинга. Это сложная система оценки, в которой учитываются наличие учёной степени и звания, педагогический стаж, публикационная активность, деятельность во внешней среде, работа на благо развития университета, воспитательная деятельность, присутствуют и другие критерии. Не все преподаватели одинаково равны в своей деятельности. Одни занимаются педагогической работой, и публикаций у них мало. Другие являются исследователями и имеют много публикаций, но это не значит, что они хорошие педагоги. Третьи готовы принести новые клинические технологии, необходимые для подготовки ординаторов. Поэтому здесь надо подходить осторожно и индивидуально. А три в одном – как суррогат кофе. Он не всегда хороший.

– Участвует ли университет в межвузовских кампусах?

– Это не только от нас зависит. Мы бы хотели создать кампус с Владивостокским государственным университетом. Есть прецеденты, когда вузы различной ведомственной принадлежности используют общую социальную инфраструктуру (общедоступные спортзалы, стадионы, кафе, библиотеки). Такие проекты есть в Санкт-Петербурге и Хабаровске.

– Кафедры тоже могут быть межвузовскими?

– Мы сейчас к этому подходим, развивая сетевое образование. Например, если в каком-то вузе преподавание иностранного языка (или русского языка как иностранного) является основным видом деятельности, то почему бы там не могли обучаться наши студенты?

– Кстати, много ли у вас иностранных студентов?

– Пока немного. Раньше Владивосток, в отличие от Хабаровска, был закрытым городом. Но сейчас ситуация изменилась. Ещё 5 лет назад было 12 иностранных студентов, а сегодня уже 300. Преобладают студенты из Китая и Индии. Мы открыты для международного сотрудничества и готовы обучать иностранных студентов. Они не все хорошо владеют русским языком, но готовы его активно изучать, поэтому создано подготовительное отделение для их обучения языку.

(Полный текст интервью читайте на сайте www.mgz.ru)

Наше интервью

Основная задача — привлечь молодёжь

Современные технологии обучения для территорий, не имеющих медицинских вузов

ститута повышения квалификации специалистов здравоохранения министерства здравоохранения Хабаровского края и Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, а также медицинский институт СВФУ. На регулярной основе между участниками кластера осуществляется взаимодействие по широкому спектру вопросов. По запросу Минздрава России Тихоокеанский медицинский от имени кластера формирует консолидированную позицию участников в той или иной сфере.

– Какие ваши сильные стороны?

– Прежде всего, наши преподаватели. Поэтому мы часть образовательных программ ведём совместно. Более продвинутые педагоги могут дистанционно читать лекции студентам других вузов. Мы адаптируем образовательные программы разных вузов, чтобы они были примерно одинаковыми. В СССР образовательная программа была единой, а сейчас у каждого вуза свои учебные планы. В результате, например, студенты Сеченовского университета после 4-го курса не могут к нам перевестись, а наши студенты – в Казань. Мы провели эту работу в рамках программы «Приоритет-2030», и на заседании ассоциации «Совет ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений» было принято решение о едином подходе к преподаванию. Стандарты качества должны быть одинаковыми. Значит, уровень подготовки выпускников разных вузов должен быть одинаковым.

– Врачей также готовят в школе медицины и наук о жизни Дальневосточного федерального университета. Это конкурирующая организация?

– С одной стороны, да. Но там мало бюджетных мест, поэтому количество специалистов для практического здравоохранения, которое может подготовить школа, невелико. Зато может в большем объёме готовить кадры для научной работы. Наш вуз – ведомственный, и основная задача – подготовка кадров для практического здравоохранения. На эту тему общались с ректором ДВФУ Борисом Коробцом. Говорить о конкуренции неправильно – мы дополняем друг друга.

– В университете есть ли свои научные школы?

– Благодаря профессору П.Мотавкину у нас сложилась гистологическая школа. На основе гистологии изучали патологию сердца и сосудов, систему дыхания и т.д. Я, будучи анестезиологом-реаниматологом, тоже считал себя его учеником. Есть микробиологиче-



– А школа по анестезиологии-реаниматологии имеется?

– Я бы сказал «имеется». Она проводит исследование на стыке таких клинических и фундаментальных дисциплин, как физиология и патофизиология, гистология и патологическая анатомия. Они направлены не только на выявление фундаментальных механизмов развития синдрома полиорганной недостаточности, болевых синдромов, течения травматической болезни, но и на активное внедрение результатов научных исследований в лечебно-диагностический процесс, спасение жизни пациентов при urgentных состояниях. В рамках деятельности школы под моим руководством защищены 18 диссертаций на соискание степени кандидата медицинских наук, одна диссертация на соискание степени доктора медицинских наук.

– Есть ли у вас свои клиники?

– В настоящее время у нас в университете действует стоматологическая клиника. Она активно используется в процессе подготовки будущих стоматологов. Участие в программе «Приоритет-2030» позволило приступить к реализации наших смелых планов – созданию созвездия университетских клиник в регионах Дальнего Востока. В сентябре текущего года на основе соответствующих соглашений мы создали две университетских клиники на функциональной основе (Владивосток и Южно-Сахалинск). Работа таких клиник, с одной стороны, направлена на повышение качества подготовки будущих врачей, а с другой – на помощь региональным системам здравоохранения в решении самых актуальных вопросов.

профессиям, поднять престиж медицинского образования и ТГМУ, чтобы повысить привлекательность Дальнего Востока России и обеспечить кратный прирост количества поступающих.

Мы меняем подход к организации и реализации образовательных программ высшего и среднего профессионального медицинского образования, изменяя набор дисциплин, их содержание и технологии обучения, и создаём возможности получения дополнительных квалификаций в рамках основной образовательной программы для того, чтобы увеличить объём выпуска врачей-специалистов, обладающих актуальным для ДФО набором компетенций, и устранить кадровый дефицит в системе здравоохранения региона. Меняем фокус научно-исследовательской деятельности для обеспечения регионального здравоохранения востребованными результатами фронтальных научных исследований. Нацелены на всестороннее внедрение цифровых технологий в организацию процесса обучения, что позволит повысить качество медицинского образования и управления университетом.

Активно взаимодействуем с региональными системами здравоохранения субъектов ДФО в целях их развития, а также с образовательными учреждениями высшего и среднего профессионального образования, реализующими программы подготовки медицинских кадров для обмена лучшими практиками организации образовательной деятельности.

– Через два года вам исполнится 70 лет, и пост ректора придётся покинуть. Есть ли у вас преемник?



Так больше или меньше?

Открывая съезд, министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко охарактеризовал уровень развития хирургии в стране. По словам главы Минздрава, в России растёт доступность хирургической помощи: во всех регионах увеличивается количество стационарных коек, внедряются новые медицинские технологии, экстренная помощь приближается к месту проживания пациента. Активно, по утверждению министра, развивается и применяется малоинвазивная хирургия. С 2018 г. частота операций с использованием эндовидеохирургической техники выросла, и в настоящее время такие вмешательства выполняются не только в стационарах третьего уровня, а даже в первичном звене здравоохранения. В проекте Программы госгарантий на 2024 г., сообщил министр, предусмотрены достаточные средства на выполнение малотравматичных оперативных вмешательств в разных разделах хирургии.

О том, как на самом деле обстоят дела с технической оснащённостью лечебных учреждений оборудованием для выполнения лапаро- и торакокопических операций и какова доля малоинвазивных операций в общем объёме хирургических вмешательств, «МГ» рассказывала совсем недавно, в № 38 от 27.09.2023 в статье «Малоинвазивная недостаточность» по итогам съезда хирургов Сибири. Там, в Кемерово, главный хирург Минздрава России, директор НМИЦ хирургии им. А.В.Вишневого, 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 (за исключением аппендэктомии).

И информация, прозвучавшая два месяца назад в Кузбассе, и та, которая представлена теперь уже в Москве, мягко говоря, не совсем совпадают с утверждениями министра об активном развитии малоинвазивной хирургии.

Не растём,
а восстанавливаемся

Буквально накануне XV съезда хирургов России вышел в свет информационно-аналитический сборник о результатах хирургической помощи в Российской Федерации за 2022 г. Главный хирург Минздрава России А.Ревитшвили сообщил об этом событии.

Каковы же итоги минувшего года? В целом количественные и качественные показатели хирургической помощи после периода пандемии COVID-19 начали улучшаться. В то же время сохраняются дефицит хирургов и недостаток эндовидеохирургического оборудования в учреждениях первого и второго уровней, из-за чего стационары третьего уровня перегружены рутинными операциями и большим объёмом экстренной хирургической помощи. За последние 6 лет число хирургов в стране сократилось на 11,3%. Всё менее популярными становятся следующие врачебные специализации: общая хирургия, детская, торакальная, колопроктология.

При этом первичка теряет не только кадры, но и целые структурные подразделения: количество хирургических кабинетов в поликлиниках и центров амбулаторной хирургии в 2022 г. сократилось.

Что касается статистического роста обеспеченности населения хирургическими койками, здесь речь идёт вовсе не о появлении новых стационаров и отделений, а всего-навсего о возвращении в

Юбилейный XV съезд хирургов России стал особенным по целому ряду признаков. Начать с того, что вопреки многолетней традиции форум проводился на новой, более престижной площадке. Участниками съезда стали 3300 специалистов из 83 регионов страны, что существенно больше, чем в прошлые годы. И, наконец, во время церемонии открытия произошло прямое включение с борта Международной космической станции. На связь с участниками съезда вышли российские космонавты Константин Борисов и Николай Чуб. Трудно понять, какие параллели между работой в космосе и операционной мысленно проводили авторы этой затеи, сами же космонавты кратко сказали, что они, как и хирурги, «всегда сохраняют интерес к науке, стремясь принести пользу человечеству». Честно говоря, уместность обращения

«с небес» к участникам съезда хирургов выглядит сомнительной, но, видимо, по замыслу организаторов форума это было оригинальным решением.

В остальном же XV съезд хирургов России прошёл по традиционному сценарию и даже более того – с повторением неоднократно сказанного ранее. Это относится, в частности, к содержанию резолюции форума, в которой в очередной раз сформулированы те же предложения к федеральным органам законодательной и исполнительной власти, что ранее уже были направлены туда по завершении предыдущих съездов. Сам собой напрашивается неприятный вывод, что власти из года в год оставляют без внимания адресованные им инициативы и рекомендации хирургического сообщества страны.

В центре внимания

Новый съезд и старые проблемы

Хирурги в очередной раз выступили с важными инициативами



С докладом выступает А.Ревитшвили

строй хирургических коек, ранее перепрофилированных под ковидные госпитали.

Вообще, учитывая, что пандемия длилась более 2 лет и заставила существенно переключить всю работу системы здравоохранения, нынешние итоги отрасли вынужденно сопоставляются с показателями 2019 г. – последнего допандемийного: вернулись ли мы уже на тот уровень или пока не совсем? Следовательно, говоря о положительной динамике показателей работы хирургической службы за 2022 г., необходимо иметь в виду, что это лишь возвращение к доковидным параметрам, то есть относительный, а не реальный рост.

Так, в общехирургических отделениях в 2022 г. пролечено на 10,75% больше, чем в 2021 г., однако уровень 2019 г. пока не достигнут. Госпитальная летальность снизилась на 0,59% в сравнении с 2021 г., но показатель 2019 г. также не достигнут. Доля хирургических пациентов, которые были госпитализированы по экстренным показаниям, в прошлом году уменьшилась в сравнении с 2021 г. и составила 66%, тем не менее показатель 2019 г. также остался недостижим (64%). Соотношение открытых и лапароскопических вмешательств при острой хирургической патологии органов брюшной полости по-прежнему не в пользу малоинвазивных технологий: по данным аналитического сборника, за три года доля открытых операций снизилась с 64 до 60%, то есть весьма существенно. Собственно об этом и было уже сказано ранее, на съезде хирургов Сибири, и тем удивительнее обратное утверждение главы профильного министерства на форуме в столице.

В заключительной части аналитического сборника его составители высказывают следующее предложение: для развития хирургической помощи в стране целесообразно актуализировать региональную маршрутизацию пациентов хирургического профиля с учётом структуры лечебной сети, восстановления коечной мощности хирургических стационаров и обеспеченности их кадрами. А главным хирургом субъектов РФ рекомендовано ежегодно готовить предложения для региональных

минздравов по оснащению больницы необходимым оборудованием. Зачем? Видимо, для понимания, не более того. Ведь очевидно, что не только строительство новых клиник, но и техническое переоснащение хирургических стационаров силами территориальных бюджетов проведены быть не могут.

– Сегодня перед нами стоит новая задача – разработка и реализация программы развития минимально инвазивной хирургии, – отметил академик Ревитшвили, подчеркнув при этом, что идея формирования такой федеральной программы принадлежит главному специалисту и Российскому обществу хирургов (РОХ). Поддержат ли её Минздрав и финансово-экономический блок Правительства РФ? Делаем ставки.

Последний раздел сборника – традиционный ежегодный рейтинг регионов РФ по состоянию хирургической помощи. Он определяется на основании совокупности количественных показателей и, с одной стороны, отражает экономические возможности субъектов Федерации по развитию инфраструктуры хирургических стационаров, с другой – эффективность организационных решений в системе здравоохранения территории. По итогам 2022 г. первые три позиции в рейтинге ожидаемо занимают Москва, Санкт-Петербург и Ханты-Мансийский автономный округ, замыкают его Еврейская АО, Самарская область, Республика Алтай и Волгоградская область.

Медицина с умом

Научная программа съезда, как всегда, была насыщенной по каждому разделу хирургии. В то же время есть сквозная тема, которая неизменно привлекает внимание хирургов всех специальностей – правовое обеспечение медицинской деятельности.

Генеральный секретарь РОХ доктор медицинских наук Андрей Фёдоров, обращаясь к участникам съезда, сообщил, что, наконец, завершена дискуссия о том, какой статус имеют клинические рекомендации (КР) – документа, который лишь рекомендован к применению или же обязателен?

– Верховный суд признал КР обязательными к исполнению, вопрос закрыт! Наконец мы получили

стоцентную гарантию того, что, выполняя положения клинических рекомендаций, врачи защищены. Это единственный документ, который даёт нам уверенность в юридической правоте наших действий, – подчеркнул А.Фёдоров.

Поясним: в определении Верховного Суда России от 21 августа 2023 г. дано разъяснение, что именно следует учитывать судам при рассмотрении иска пациента к медицинским организациям в связи с ненадлежащим или несвоевременным оказанием медицинской помощи. В частности, необходимо принимать во внимание, следовал ли врач положениям клинических рекомендаций, утверждённых Минздравом России, поскольку КР лежат в основе формирования критериев оценки качества медицинской помощи. Исходя из этого, судам общей юрисдикции предписано учитывать заключения экспертизы качества оказания медицинской помощи даже при наличии заключения судмедэкспертизы по факту трагедии.

Профессор напомнил также, что именно РОХ стал первой в стране профессиональной ассоциацией врачей, которая практикует двухкомпонентную систему юридической защиты хирургов, оказавшихся в зоне внимания правоохранителей – адвокатскую помощь и профессиональную экспертизу результатов оказания медицинской помощи.

В продолжение темы адвокат, доктор медицинских наук, профессор Николай Григорьев напомнил, что в настоящее время у Следственного комитета РФ большой арсенал возможностей посадить врача на скамью подсудимых и в тюрьму. Уголовные дела в отношении медработников и должностных лиц возбуждаются по следующим обстоятельствам: причинение смерти по неосторожности (статья 109 УК РФ), причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (статья 118 УК РФ), неоказание помощи больному (статья 124 УК РФ), оставление в опасности (статья 125 УК РФ), халатность (статья 293 УК РФ) и, наконец, оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей (статья 238 УК РФ). Последняя из перечисленных статей – самая большая опасность для медиков, поскольку она подразумевает, что преступные действия в отношении пациента (закон цинично именует его потребителем медицинских услуг) совершены группой лиц по предварительному сговору.

– Внимание! Данные обстоятельства имеют признак умысла, а это ужаснейшее наказание, – предупреждает Н.Григорьев.

Таким образом, российское государство в лице законодателей и правоохранительной системы совершенно не исключает возможности заведомо спланированного убийства больного человека организованной группой врачей. В противном случае поправки в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», заменяющие термин «медицинская услуга» на «медицинскую помощь», давным-давно были бы внесены,

и вслед за этим закон «О защите прав потребителей» и статья 238 УК РФ перестали бы применяться в отношении системы здравоохранения.

Повторим, не привыкать

Итак, по результатам докладов и дискуссий на многочисленных секциях съезда была принята резолюция. В документе предложено много новых организационных решений, регулирующих хирургическую деятельность. Какие-то из этих предложений адресованы самому профессиональному сообществу, а какие-то – регулятору и законодателям.

В частности, делегаты съезда считают, что Минздрав России должен изменить сценарий обучения в ординатуре по всем хирургическим специальностям: необходимо, чтобы первым этапом в обязательном порядке была подготовка по общей хирургии.

Кроме того, как и в резолюциях XIII и XIV съездов хирургов России, XV съезд в своей резолюции в очередной раз настоятельно рекомендует Министерству здравоохранения РФ увеличить сроки подготовки в ординатуре врачей хирургических специальностей минимум до 3 лет, а также включить в программы хирургической ординатуры раздел военной медицины с последующим присвоением врачам военно-учётной специальности.

Ещё один повтор в решении юбилейного съезда хирургов – продолжить деятельность, направленную на исключение термина «медицинская услуга» из законодательства в соответствии с действующей Конституцией РФ. Судя по отсутствию иной информации, те, в чей адрес направлена эта просьба/требование врачебного сообщества, пока не продвинулись в данном направлении ни на шаг.

Есть и новые рекомендации. В частности, Государственной Думе предлагается внести изменения в законы, регулирующие лицензирование образовательной деятельности. Это обусловлено растущим количеством недобросовестных организаций, которые оказывают некачественные услуги в сфере последипломного образования, в том числе, медицинского.

Наконец, несколько важнейших положений резолюции XV съезда хирургов России относятся к военно-полевой хирургии. В частности, в высших медицинских учебных заведениях страны до сих пор не восстановлены военные кафедры, что в нынешних условиях, в которых находится страна, выглядит странным. Съезд принял решение повторно обратиться в Минздрав России с просьбой ускорить процесс восстановления военных кафедр в гражданских медицинских вузах. Напомним, такое же обращение было направлено в Министерство обороны и Министерство здравоохранения РФ участниками XIV съезда хирургов России в 2022 г. Итог известен.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».



(Окончание.
Начало на стр. 1.)

П.Щёголев отметил, что первичное звено занимает особое место в национальной системе здравоохранения, играет ключевую роль в сохранении здоровья населения. Чем выше уровень оказания первичной медико-санитарной помощи, тем ниже показатели смертности, прежде всего от сердечно-сосудистых заболеваний и болезней органов дыхания.

Кто же с этим спорит? Бесспорно и то, что одним из основных условий эффективного функционирования первичного звена здравоохранения является кадровая составляющая. А вот здесь как раз и загвоздка. В амбулаторных учреждениях Российской Федерации остро ощущается нехватка кадров: и врачебных и сестринских.

Кадровый дефицит

Как прозвучало на форуме, за 2020-2021 г. специалистов среднего звена стало меньше на 22 914 человек. При этом выпущено в минувшем году в 3 раза больше, чем ранее. Выпускники колледжей не идут в практическое здравоохранение. А до 20% студентов оставляют учёбу, ещё не доучившись. Не менее острая проблема – отток квалифицированных кадров. Причины – неконкурентоспособная заработная плата, большая нагрузка, обусловленная неукомплектованностью штатов, низкий статус профессии. Недавно РАМС провела опрос о первичном здравоохранении, охвативший 3600 респондентов. Каждый четвёртый отвечающий признался, что регулярно думает о смене места работы, а каждый пятый – иногда.

Вывод напрашивается сам собой. Только устранение глубинных причин может привести

Старшая медицинская сестра детской поликлиники Архангельской городской клинической больницы № 6 Ирина Аксёнова:

Конгресс подарил массу положительных эмоций. Интерес вызвали сообщения по поводу расширения роли медицинской сестры и передачи части полномочий врача. Первичный осмотр, подготовка документов – это действительно могут делать медицинские сёстры. В нашем отделении, например, первичный приём педиатра переложил на доврачебный кабинет, где работает медицинская сестра. Ведь время педиатра очень дорого и ценно для пациентов и тратить его, скажем, на выписку направлений – не совсем правильно. А вот дать заключение на основании исследований может только врач. То есть повторный приём ведёт педиатр.

Очень полезно было услышать на этом форуме про реорганизацию работы на ФАПх в Оренбургской области, где нашли возможность ввести на должность помощника фельдшера младшую медицинскую сестру и таким образом обеспечили жителей малых поселений медицинской помощью.

к улучшению ситуации. РАМС прилагает немало усилий для повышения престижа профессии, продолжая проводить много образовательных мероприятий, выездных школ, повышая профессиональный уровень специалистов сестринского дела, стараясь больше рассказать об их роли, чтобы профессия была на виду.

– В этом году у нас настоящий праздник профессии, – говорит В.Саркисова. – Сразу 47 видеосюжетов было представлено на конкурс, причём таких ярких, с прекрасными героями, тружениками поликлиник, амбулаторий, ФАПов, что не только мы, но и члены жюри были в полном восторге. Работу на «земле» в наше время редко где можно увидеть, а мы вместе с коллегтивами, героями, съёмочными группами увидели её по всей стране. Наши знания, умения кратно возросли. Мы стали дружнее, чем 30 лет назад. У нас сегодня 2 уровня медицинских сестёр: со средним образованием и высшим. Функции и полномочия должны разделяться в зависимости от полученных

Инициатива

Стремится каждый, достигаем вместе



Конгресс открывает В.Саркисова

знаний и уровня компетентности, – отметила она.

По словам В.Саркисовой, подготовлено целое поколение бакалавров – это та сила, которую можно ввести в первичное звено, чтобы врачи получили больше времени заниматься сложными случаями, острыми пациентами, выполнять лечебную работу.

Во всём мире внимание сейчас сосредоточено на медицинских сёстрах, ведь они приближённо работают с пациентом, сокраща-

курация хронических пациентов – всё это мы можем взять на себя и делаем это успешно, как показывает опыт регионов. Но при этом медсестра не выходит за пределы своих компетенций.

На конгрессе РАМС подвела итоги проекта «Лидерство в сестринском деле». За два года обучения и общения его участники реализовали 29 инициатив, многие из которых касались расширения полномочий специалистов в оказании помощи или в её организации. Налаживали работу отдельных служб, создавали школы для пациентов, совершенствовали диспансеризацию на селе, открывали новые направления медицинской помощи и принимали на себя новые функции.

РАМС последовательно отстаивает идею расширения роли медицинских сестёр в отечественном здравоохранении, и к мнению ассоциации стали прислушиваться властные структуры.

– Наша идеология не в том, чтобы лишить население квалифицированной врачебной помощи, не в том, чтобы руками медсестёр делать врачебную работу бесплатно, – поясняет позицию ассоциации В.Саркисова. – Задача в том, чтобы помощь, которая укладывается в рамки профессиональных компетенций медсестёр, которая стандартна и не требует врачебной квали-

Старшая медсестра терапевтического отделения № 2 городской больницы № 1 города Ухта Республики Коми Надежда Маслова:

Приехала сюда во второй раз за собственные средства. Как и прежде – спонсировал муж. Специально взяла отпуск, чтобы посетить конгресс. Для меня, специалиста из глубинки, это очень важно. Мы на периферии недополучаем информации, не видим современную аппаратуру. И когда сюда приезжаешь, испытываешь своего рода шок, хочется работать и работать, делать всё для привлечения молодых специалистов и улучшения качества оказываемой помощи. У нас, к сожалению, молодёжи нет. Если и приходит, то через короткое время уходит. Да и заманить её нечем: и физически, и морально тяжело. Зарплата одинаковая, что в средней полосе страны, что у нас в северном регионе. Поэтому получив диплом об окончании колледжа, выпускники предпочитают открывать свои кабинеты маникюра или что-то наподобие и ни о чём не заботиться. У нас же надо постоянно учиться, да и ответственность высокая.

Многие специалисты уезжают в большие города, хотя их и стараются привлекать, например,

фикации, но востребована населением, была доступна.

Лидеры, пионеры преобразований создают школы пациентов, реализуют проекты по профилактике заболеваний, начинают самостоятельно принимать пациентов.

– Развитие профессии уже не остановить, – уверена президент РАМС. – Настал момент для отбора и стандартизации лучших практик сестринской помощи в масштабах страны. Важно, чтобы система здравоохранения открыла для них двери, чтобы они получили научно-методическую поддержку со стороны государства, чтобы, включаясь в нормативно-правовую базу, новые виды деятельности оказывали влияние на статус медицинской сестры и на оплату труда.

Что показали пилотные проекты

Но зарплата не единственный фактор оттока кадров. Необходим целый комплекс мероприятий, направленных на улучшение положения.

Один из путей решения кадровой проблемы в Минздраве России видят во внедрении новых организационных форм работы. Сейчас в 5 субъектах РФ проводятся пилотные проекты по передаче ряда функций врача среднему медперсоналу.

Подчёркивая его роль в повышении доступности и качества первичной медико-санитарной помощи, главный специалист по управлению сестринской деятельностью Минздрава России Яна Габоян также выразила обеспокоенность тенденцией

Медицинский брат отделения реабилитации городской клинической больницы № 1 им. Г.П.Курбатова Новокузнецка Максим Сохин:

Обстановка на конгрессе завораживающая: все окрылённые, заряжённые на плодотворную работу, на позитив. Конгресс дарит новые знакомства, открывает новые возможности. Хочу поделиться своим опытом со специалистами, а также познакомиться с опытом других коллег со всей страны. После окончания колледжа ушёл в армию, отслужил, устроился работать в больницу. И вот уже на протяжении года тружусь, стараюсь развиваться. Выбор профессии, на мой взгляд, определяется градусом, насколько ты готов помогать людям. Ведь мы же идём сюда не за деньгами. Основное направление деятельности – ЛФК после инсультов, инфарктов, операций. Сейчас занимаемся с участниками СВО, рады им помочь в восстановлении после ранений. Обращаем внимание на психологический настрой, не даём им уйти в себя. Каждый пациент по-своему сложен, ищем индивидуальный подход, составляем индивидуальную программу реабилитации, в которую включены физиотерапия, ЛФК, массажи и т.д. Большое количество специалистов задействовано. Стараемся полностью отдавать себя пациентам. И они нам за это благодарны.

Мы давно усвоили, что спасение утопающих – дело рук самих утопающих, – продолжила В.Саркисова. – Долгое время ждали, когда же правительство обратит на нас внимание, потому что хочется, чтобы у медицинских сестёр была достойная оплата труда. Однако постановление, которым уравнили зарплату медсестёр с зарплатой санитарки, не то решение, на которое мы надеялись. Поэтому обратились к министрам здравоохранения и губернаторам территорий с предложением о повышении заработной платы специалистам сестринского дела до 130-140% от средних показателей по региону.

снижения кадрового обеспечения, отметив, что Министерство здравоохранения предпринимает серьёзные усилия для того, чтобы улучшить ситуацию. Так, в 2022 г. контингент обучающихся в колледже значительно возрос. Осуществляется федеральный проект «Инцидент № 38», которым, помимо организационных решений в виде разделения потоков пациентов по цели обращения, организации служб неотложной помощи, предусматривается перераспределение обязанностей. По словам Я.Габоян, в рамках проекта полностью переданы от врача среднему персоналу (фельдшерам, ме-

с помощью программы «Земский доктор», региональные выплаты. Правда сейчас открываются отстроенные ФАПы с современным оборудованием, и фельдшеры устремились в деревню. Стимулом для них является и материальная поддержка. У нас в больницах зарплаты маленькие, все сотрудники трудятся на 1,75-2 ставки. Мы просто не выходим из больничных стен, происходит эмоциональное выгорание. Возраст медицинских сестёр от 45 до 60. Работаем по старинке. Тут, на конгрессе, я слышу, что у людей в больницах одноразовое бельё, всё одноразовое. А мы по-прежнему заполняем биксы. Слава богу, в больнице сделали ремонт, стало красиво.

Хотелось бы, чтобы к нам чаще приезжали коллеги из РАМС, региональных ассоциаций и чтобы наши сотрудники выезжали на конференции, семинары, знакомились с новинками. Надеюсь на радужное будущее профессии. Спасибо РАМС за последовательную позицию в отношении развития сестринского дела. Хочется, чтобы медсестра была не исполнителем типа «принеси, подай», а самостоятельной фигурой, имеющей право голоса.

Старший медицинский брат операционного блока Смоленского областного клинического онкодиспансера, президент Смоленской региональной ассоциации медицинских сестёр Андрей Жердецкий:

Прекрасное впечатление оставил конгресс: масштабное мероприятие, актуальная тематика, высокий уровень докладов.

Конечно, мы разные, работаем в разных областях медицины. Но здесь речь идёт в большей степени не об этом, а о том, что нас объединяет. Хочется, чтобы молодёжь глубоко осознала, что это за профессия, а люди, которые нас окружают, понимали, что это отдельная специальность, задача которой осуществление ухода за пациентом.

Самая большая проблема, которая, думаю, волнует всех, – кадровый дефицит. Молодые просто не приходят. Регион находится близко к Москве, оттягивающей на себя часть выпускников. Отчасти я их понимаю, в практическом здравоохранении человек получает 25 тыс., а делая маникюр – 75 тыс. Но только увеличением заработной платы проблему не решить, необходима комплексная программа, поддержка государства, повышение статуса специальности.

РАМС обратила внимание на молодёжь, делает очень много для её привлечения в здравоохранение. Но, к сожалению, этого недостаточно. Одни мы не можем кардинально изменить ситуацию к лучшему.

Да, сейчас государство предпринимает меры для помощи молодым специалистам. Двадцать лет назад, когда я начинал свой трудовой путь в медицине, не было программы «Земский фельдшер», нам не выделяли полмиллиона, не возмещали оплату съёмного жилья и не предоставляли его. Для нас этого не делали, однако мы остались в практическом здравоохранении. Я нашёл своё призвание в сестринском деле. Хотя у меня есть два высших образования (правда не связанных с медициной). Преподаю в медицинском колледже, который сам когда-то оканчивал, горжусь своим операционным отделением в онкодиспансере. Тешу себя мыслью, что, может быть, моя приверженность профессии станет примером для молодёжи. У нас прекрасная специальность, уважаемая во всём мире. И если мы сами будем её так позиционировать, то отношение, наверное, изменится. Оно, кстати, меняется благодаря таким форумам, как этот, благодаря аккаунтам в социальных сетях, которые мы активно ведём.

дицинским сёстрам первичного звена) такие функции как подготовка списков для диспансеризации, проведение санитарно-гигиенического просвещения населения. Частично переданы: организация и проведение школ здоровья, осуществление медицинских осмотров (профилактических, предварительных, периодических), направление пациентов на лабораторные и инструментальные исследования, диспансерное наблюдение за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, работа с медицинской документацией, посещение маломобильных пациентов на дому.

поликлиник мобильной группы позволило оптимизировать амбулаторный приём, снизить нагрузку на терапевта, повысить доступность и качество медицинской помощи, уменьшить частоту обострений хронических заболеваний, сократить количество вызовов скорой помощи и госпитализаций. Воронежская область вступила в проект «Электронный ФАП». Благодаря автоматизации рабочего места фельдшера, диспансеризацию пациент проходит быстро и комфортно.

Примеры можно продолжать, но, как отметила В.Саркисова, важно, чтобы пилотные проекты вылились в рутинную практику, охватив всю страну. А это без

Заведующая отделением дополнительного профессионального образования Нерюнгринского медицинского колледжа, вице-президент Ассоциации средних медицинских работников Республики Саха (Якутия) Татьяна Тыдыкова:

Посетила много секционных заседаний, посвящённых развитию первичного звена. Привезу в республику опыт других регионов. Обязательно побываю на секциях по образованию. Наш колледж занимает первое место в республике Саха по трудоустройству выпускников, профессию покидают буквально единицы. Поэтому нам тоже есть чем поделиться с коллегами. Профоринтеграционную работу начинаем с детских дошкольных учреждений (создана программа «Идём в гости к Айболиту»), продолжаем в школах, открыли медицинские классы для старшеклассников. Эти усилия дают свои плоды, желающих связать свою жизнь с сестринским делом немало. Сопровождаем студента в процессе обучения и по завершению. В колледже функционирует центр содействия трудоустройству. Выпускников отслеживаем в течение 3 лет, передаём по принципу «из рук в руки». Контактируем со старшими медицинскими сёстрами учреждений, ведём чёткий мониторинг: куда ушёл студент. Существует совместный договор больницы, колледжа и ассоциации. Проекты реализуем вместе. Кстати, в колледже есть стенд ассоциации. Когда студент входит в здание, он сразу знакомится с деятельностью профессиональной организации, знает, что президент РАМС Валентина Антоновна Саркисова, президент региональной ассоциации Аграфена Васильевна Яковлева. В республике около 8 тыс. членов ассоциации, а в нашем маленьком городе, где всего 65 тыс. населения, в ней состоят 80% средних медработников.

Немедицинскому персоналу делегировано ведение информационной базы данных состояния здоровья прикрепленного населения, информирование пациентов о врачебном приёме, в том числе с целью прохождения диспансеризации, получение результатов лабораторных и других исследований и внесение сведений в медицинскую документацию, регулирование потоков, сопровождение пациентов в медицинском учреждении и т.д.

Главный специалист представила ряд успешных начинаний, реализуемых в регионах. В Забайкальском крае уже много лет осуществляется проект «Координаторы здоровья». Медицинские сёстры курируют целые семьи, оказывают профилактическую помощь, координируют все программы по здоровью, осуществляют запись на приём, информируют о результатах исследования.

Ленинградская область реализовала проект «Организация диспансерного наблюдения за маломобильными пациентами». Создание на базе городских

создания чёткой нормативно-правовой базы невозможно. Всех участников конгресса волновал вопрос: когда наконец она появится? Очень мало на уровне государства нормативных документов, касающихся сестринской профессии. На что П.Щёголев ответил:

Преподаватель Брянского базового медицинского колледжа Алина Приходько:

Я попала на конгресс, как молодой специалист. С нами приехали ещё студенты, занимающиеся волонтерской деятельностью. Для них это – восторг. Они посещают все заседания, внимательно слушают. Очень им здесь нравится, впрочем, как и мне. Звучат сообщения на такие темы, о которых в обычной жизни я, наверное, и не узнала бы. Каждый опыт по-своему уникален. Но хочу говорить о наставничестве, о том, как молодым специалистам нужен человек, который поможет, подскажет, направит в нужное русло. Я это ощутила на собственном опыте, и когда работала в больнице, и когда меня пригласили преподавать в колледж. Моя трудовая деятельность начиналась в период пандемии ковида. В тот момент даже опытные сотрудники порой не знали, что делать, а уж о молодых и говорить не приходится. Было очень сложно: красная зона, защитные костюмы, тяжёлые пациенты...

В колледже тоже первое время приходилось непросто. Хорошо, что за каждым новым преподавателем закрепляется наставник, который помогает как методически, так и практически. У меня есть такой наставник и я ему благодарна.

Участковая медицинская сестра детской городской поликлиники № 6 Новокузнецка Людмила Дуплинская:

Присутствие на конгрессе – первый опыт для меня. Вдохновляющее мероприятие. Высказываются разные взгляды на будущее медицины. Здесь много говорилось о том, чтобы медсестра больше занималась непосредственно своим делом, о необходимости перенаправить часть функций от неё к младшему персоналу и от врача медсестре. Считаю, что это реально. В первой поликлинике больницы № 4 так уже работают.

Я тружусь только год, но в профессии не разочаровалась. На рабочем месте меня встретили по-доброму, старшая медицинская сестра оказывала постоянную поддержку.

В нашем становлении как специалистов немалую роль играет региональная ассоциация медсестёр, предоставляя возможность бесплатно участвовать в различных вебинарах, семинарах для пополнения багажа знаний.

– Есть приказ о передаче функций врача фельдшеру. Следующим этапом, видимо, будет передача функций врача медсестре. Отработаем это в рамках пилотных проектов и, возможно, выпустим нормативно-правовой акт.

О сроках представитель Минздрава умолчал.

Главный специалист Я.Габоян добавила, что сейчас ведётся работа над актуализацией проектов профессиональных стандартов «Медицинская сестра/Медицинский брат». Также будет актуализирован приказ Минтруда России об утверждении профессионального стандарта «Младший медицинский персонал», туда добавлены функции сестёр-хозяйек, санитарок психиатрической службы, что ранее было упущено. В нём появится и младшая медицинская сестра амбулаторного звена с её функциями.

Придёт ли смена?

Четыре года назад РАМС инициировала молодёжное движение в сестринском сообществе. Сейчас оно набирает темп, организуются молодёжные со-

веты на местах. На конгрессе присутствовало много активных, деятельных молодых людей – лучших представителей своей возрастной группы, которые зарезительно выступали, делились мыслями, вносили предложения. Амбициозные, креативные, они готовы взять на себя ответственность за будущее профессии. Их следует только поддержать. Именно такую поддержку они нашли на форуме. Неплохо было бы иметь её в каждом лечебном учреждении.

Главный специалист Минздрава России призвала опытных медицинских сестёр не забывать о том, что молодое поколение, приходя в медицинские организации, нуждается в помощи, обучении, покровительстве:

– Безусловно, достойная заработная плата, социальные льготы имеют огромное значение в

Особое беспокойство лидеров сестринского дела сегодня вызывает качество подготовки студентов. Оно и ранее страдало, а теперь, когда с 1 сентября 2023 г. продолжительность обучения сестринскому делу сокращена и составляет 2 года, тем более непонятно насколько они будут в состоянии трудиться самостоятельно.

– Нам придётся доучивать выпускников в медицинских организациях, они не успеют за 2 года впитать всё, что положено, – считает Ю.Агапова.

В этом свете роль наставника ещё больше возрастает. По мнению Ю.Агаповой, такой человек нужен не только студенту, молодому специалисту, но и медсестре с опытом, решившей сменить медицинскую организацию или отделение, ведь адаптироваться на новом месте непросто.

– Необходимо разработать компетентностную модель наставничества, – считает она. – Наставник для студента и для вновь принимающего сотрудника – скорее всего разные люди с разным набором компетенций. Следует определить, какие ресурсы требуются для наставничества, что может быть мотиватором (это не только материальное поощрение). Наверное, нужны образовательные программы подготовки наставников и их широкое внедрение в систему непрерывного медицинского образования.

В общем, кадровая проблема на конгрессе обсуждалась все-



Медицинский квиз вызвал массу эмоций

Медицинская сестра Федерального центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования (Чебоксары) Татьяна Алексеева:

С каждым годом убеждаюсь в том, что профессия медицинской сестры очень важна. Наши функции расширяются и ответственность тоже растёт. Поэтому нужно заниматься саморазвитием, не стоять на месте. Расширение функций, на мой взгляд, необходимо, чтобы профессия ценилась, чтобы усиливалась её значимость и больше молодёжи привлекалось в наши ряды. Я работаю уже 3 года. В самом начале трудовой деятельности было нелегко. В колледже мы учим теорию, а на практике приходится сталкиваться с реальной жизнью, с различными ситуациями. Сложности возникали в отношении общения с пациентами, реагирования на их эмоции. На конгрессе мне больше всего понравилось сообщение, касающееся психологических компетенций. Впервые участвую в таком форуме. Это очень ценный опыт.

закреплении специалистов на своих рабочих местах. Но от руководителей сестринских служб тоже немало зависит, мы все с вами являемся наставниками, и от того, как мы примем молодых, как сможем воодушевить любовью к профессии, зависит останутся ли они трудиться на долгие годы.

Эту же мысль продолжила директор РАМС по профессиональному развитию Юлия Агапова:

– Кадровая проблема решается и нами. Без поддержки, без нашего принятия молодых выпускники, даже с очень высокой мотивацией остаться в профессии, могут сломаться.

сторонне. Как справедливо заметила специальный представитель губернатора Санкт-Петербурга по вопросам здравоохранения Арфения Тер-Минасова, правительство, Министерство здравоохранения РФ, РАМС, региональные ассоциации должны сделать всё, чтобы медицинская сестра, поступающая в колледж, продолжая своё обучение дальше, гордилась выбранной профессией и была уверена в её престиже. Эта профессия в глазах общества должна быть круче, чем профессия актёра.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 41 (2401)

ВИЧ-инфекция – инфекционное антропонозное хроническое заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека, медленно прогрессирующее и характеризующееся поражением иммунной системы с развитием СПИДа. Клиническими проявлениями несостоятельности иммунной системы являются оппортунистические инфекции, злокачественные новообразования, дистрофические и аутоиммунные процессы, что при отсутствии специфического лечения ведёт к гибели инфицированного человека.

Этиология и патогенез

Вирус иммунодефицита человека, впервые выделенный в 1983 г., относится к семейству ретровирусов, особенностью которых является наличие фермента обратной транскриптазы, которая обеспечивает обратное направление потока генетической информации: от РНК к ДНК. Вирус содержит две нити РНК; ферменты, необходимые для его репликации (обратная транскриптаза, интеграз, протеаза); белки и гликопротеиды (gp41 и gp120), образующие оболочку вируса. Характеризуется высокой изменчивостью. В настоящее время известны два типа вируса иммунодефицита человека, имеющие некоторые антигенные различия – ВИЧ-1 и ВИЧ-2; последний встречается в основном в Западной Африке.

Вирус проникает в клетки, имеющие на поверхности рецептор CD4 (Т-хелперы, моноциты, макрофаги, клетки Лангерганса, фолликулярные клетки лимфатических узлов, микроглия) путём связывания его гликопротеидов с молекулой CD4 и хемикиновыми рецепторами. В клетке происходит преобразование РНК ВИЧ в ДНК (обратная транскрипция), которая в ядре клетки-хозяина встраивается в ДНК при помощи вирусного фермента интегразы. Образующиеся в клетке белки ВИЧ подвергаются воздействию фермента протеазы, который делает их функционально способными. После сборки вирионы покидают клетку. Таким образом, клетка-хозяин превращается в «машину» для производства новых вирионов (ВИЧ обладает очень высокой репликативной активностью).

Поражение Т-лимфоцитов хелперов (CD4) приводит к нарушению межклеточных взаимодействий внутри иммунной системы, её функциональной несостоятельности, постепенному истощению и, как результат, прогрессирующему иммунодефициту.

Большое количество циркулирующих в крови вирусных частиц («вирусная нагрузка» ВН) определяет вероятность быстрого снижения количества иммунных клеток. Имеется чёткая связь между темпом снижения количества CD4 и скоростью прогрессирования ВИЧ-инфекции у пациента.

В результате нарушения функции Т-лимфоцитов хелперов происходит спонтанная активация В-лимфоцитов, что приводит к повышенной продукции неспецифических иммуноглобулинов и нарастанию концентрации циркулирующих иммунных комплексов.

Результатом нарушений в иммунной системе является снижение сопротивляемости организма, развивается широкий спектр вторичных заболеваний: вторичные (оппортунистические) инфекции, онкологические, гематологические, аутоиммунные и лимфопролиферативные заболевания.

Характерным проявлением ВИЧ-инфекции является хроническое воспаление с поражением всех органов и систем: аутоиммунные реакции, болезни иммунных комплексов и метаболические нарушения приводят к поражению эндотелия сосудов и соединительной ткани с развитием кардиоваскулярной, неврологической, эндокринной и костно-суставной патологии. Всё это обуславливает полиорганный характер и разнообразие клинической симптоматики.

Эпидемиология

Источником инфекции является человек, инфицированный ВИЧ, в любых стадиях заболевания. Роль инфицированного человека как источника инфекции возрастает в раннюю и позднюю стадии болезни (стадия первичных проявлений и стадия вторичных заболеваний с выраженным нарушением иммунореактивности).

Пути передачи вируса: естественный (половой, от матери ребёнку) и искусственный

(парентеральный – инъекционный, трансфузионный, трансплантационный, в том числе при попадании заражённого материала на повреждённую кожу и слизистые оболочки глаз, носа и ротовой полости).

Вирус передаётся через кровь, сперму, секрет влагалища, грудное молоко.

Половой путь – в последние годы является доминирующим в распространении ВИЧ-инфекции. Вероятность заражения коррелирует с количеством половых партнёров человека и повышается при воспалительных и диспластических заболеваниях половых органов и прямой кишки.

ВИЧ-инфекция у взрослых Клинические рекомендации

Передача ВИЧ от матери ребёнку может произойти на любом сроке беременности, во время родов и при грудном вскармливании. В основном передача инфекции происходит в последние недели беременности и во время родов. Без профилактики частота передачи ВИЧ от матери ребёнку составляет около 20%. Грудное вскармливание увеличивает риск передачи ВИЧ ребёнку почти в два раза.

Парентеральный путь реализуется попаданием ВИЧ-инфицированного материала во внутренние среды организма при медицинских, парамедицинских и ритуальных вмешательствах. Среди парентеральных вмешательств наибольшую степень риска заражения имеет внутривенное введение крови. Высокий риск инфицирования существует при: внутривенном введении наркотических веществ нестерильными шприцами и иглами; переливании ВИЧ-инфицированной крови и её препаратов; использовании медицинского и немедицинского инструментария, загрязнённого биологическими жидкостями человека, инфицированного ВИЧ. Кроме того, факторами заражения могут быть органы и ткани доноров, используемые для трансплантации.

Классификация

Согласно действующей в России классификации ВИЧ-инфекции (РК, 2006) стадия и фаза заболевания устанавливаются только на основании клинических проявлений. Уровень ВН и CD4 не является критерием для определения клинической стадии или фазы заболевания.

Российская клиническая классификация ВИЧ-инфекции

1. Стадия инкубации.
2. Стадия первичных проявлений.
Варианты течения:
А. Бессимптомное;
Б. Острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний.
В. Острая ВИЧ-инфекция с вторичными заболеваниями.
3. Субклиническая стадия.
4. Стадия вторичных заболеваний.
4А. Потеря массы тела менее 10%, грибковые, вирусные, бактериальные поражения кожи и слизистых, повторные фарингиты, синуситы, опоясывающий лишай.

Фазы:
● прогрессирование на фоне отсутствия АРТ, на фоне АРТ
● ремиссия (спонтанная, после АРТ, на фоне АРТ).

4Б. Потеря массы тела более 10%, необъяснимая диарея или лихорадка более мес, повторные стойкие вирусные, бактериальные, грибковые, протозойные поражения внутренних органов, локализованная саркома Капоши, повторный или диссеминированный опоясывающий лишай.

Фазы:

● прогрессирование на фоне отсутствия АРТ, на фоне АРТ

● ремиссия (спонтанная, после АРТ, на фоне АРТ).

4В. Кахексия. Генерализованные вирусные, бактериальные, микобактериальные, грибковые, протозойные, паразитарные заболевания, в том числе: кандидоз пищевода, бронхов, трахеи, лёгких; пневмоцистная пневмония; злокачественные опухоли; поражения центральной нервной системы.

Фазы:

● прогрессирование на фоне отсутствия АРТ, на фоне АРТ

● ремиссия (спонтанная, после АРТ, на фоне АРТ).

Терминальная стадия.

Характеристика стадий ВИЧ-инфекции. Стадия 1-я – стадия инкубации – период от момента заражения до появления реакции организма в виде клинических проявлений «острой инфекции» и/или выработки антител. Продолжительность обычно составляет

наружить антител к ВИЧ. В стадии острой инфекции часто отмечается транзиторное снижение уровня CD4.

Стадия 2В – острая ВИЧ-инфекция с вторичными заболеваниями. В 10-15% случаев у больных острой ВИЧ-инфекцией на фоне выраженного снижения уровня CD4 и развившегося вследствие этого иммунодефицита появляются вторичные заболевания различной этиологии (ангина, бактериальная пневмония, кандидозы, герпетическая инфекция и др.). Эти проявления, как правило, слабо выражены, кратковременны, хорошо поддаются терапии, но могут быть тяжёлыми (кандидозный эзофагит, пневмоцистная пневмония) и в редких случаях иметь смертельный исход.

Продолжительность клинических проявлений острой ВИЧ-инфекции варьирует от нескольких дней до нескольких мес, но обычно составляет 2-3 недели. Исключением является увеличение лимфатических узлов, которое может сохраняться на протяжении всего заболевания. Клинические

от 4 нед до 3 мес, но в единичных случаях может увеличиться до 1 года. В этот период происходит активное размножение ВИЧ в отсутствие клинических проявлений заболевания, антитела к ВИЧ могут не выявляться. Диагноз ВИЧ-инфекции на данной стадии ставят на основании эпидемиологических данных; он может быть лабораторно подтверждён обнаружением в крови пациента ВИЧ, его антигенов, нуклеиновых кислот.

Стадия 2-я – стадия первичных проявлений. В этот период активная репликация ВИЧ продолжается и появляется первичный ответ организма на внедрение возбудителя в виде клинических симптомов и/или выработки антител. Считается, что пациент может находиться в стадии первичных проявлений в течение 12 мес после сероконверсии (появления антител к ВИЧ).

Стадия первичных проявлений может протекать в нескольких формах.

Стадия 2А – бессимптомная, когда какие-либо клинические проявления ВИЧ-инфекции или оппортунистических заболеваний, развивающихся на фоне иммунодефицита, отсутствуют. Ответ организма на внедрение ВИЧ проявляется при этом лишь выработкой антител.

Стадия 2Б – острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний может проявляться разнообразными клиническими симптомами. Чаще всего это увеличение лимфатических узлов, лихорадка, фарингит, высыпания (уртикарные, папулёзные, петехиальные) на коже и слизистых оболочках. Может отмечаться увеличение печени, селезёнки, появление диареи. Иногда развивается асептический менингит, для которого характерен менингеальный синдром с повышением давления ликвора при отсутствии его визуальных и цитологических изменений. Изредка может развиваться серозный менингит.

В связи с тем, что клиническая картина острой ВИЧ-инфекции часто напоминает корь, краснуху, инфекционный мононуклеоз, она получила названия «мононуклеозоподобный синдром», «краснухоподобный синдром». Сходство с инфекционным мононуклеозом усиливает появление в крови больных острой ВИЧ-инфекцией широкоплазменных лимфоцитов (мононуклеаров). Мононуклеозоподобная или краснухоподобная картина отмечается у 15-30% больных острой ВИЧ-инфекцией; у большинства развивается 1-2 вышеперечисленных симптома в любых сочетаниях. У отдельных пациентов с ВИЧ-инфекцией могут возникать поражения аутоиммунной природы. В целом, острую стадию ВИЧ-инфекции регистрируют у 50-90% инфицированных лиц в первые 3 месяца после заражения. Начало периода острой инфекции, как правило, опережает сероконверсию, поэтому при появлении первых клинических симптомов в сыворотке крови пациента можно не об-

проявления острой ВИЧ-инфекции могут рецидивировать.

У подавляющего большинства пациентов стадия первичных проявлений ВИЧ-инфекции переходит в субклиническую стадию, но в некоторых случаях может переходить в стадию вторичных заболеваний.

Стадия 3 – субклиническая – характеризуется медленным прогрессированием иммунодефицита, компенсируемого за счёт модификации иммунного ответа и избыточного воспроизводства CD4. В крови обнаруживают антитела к ВИЧ; скорость репликации вируса, в сравнении со стадией первичных проявлений, замедляется. Единственным клиническим проявлением заболевания служит увеличение лимфатических узлов, которое носит, как правило, генерализованный характер (персистирующая генерализованная лимфаденопатия, ПГЛ), но может отсутствовать. Могут (чаще у детей) отмечаться такие лабораторные изменения, как анемия, тромбоцитопения, в том числе приводящие к клиническим проявлениям нарушения гемостаза. Продолжительность субклинической стадии может варьировать от 2-3 до 20 и более лет, в среднем она составляет 6-7 лет. В этот период отмечается постепенное снижение количества CD4 со средней скоростью 50-70 мкл в год.

Стадия 4 – стадия вторичных заболеваний. Продолжается репликация ВИЧ, которая сопровождается гибелью CD4 и истощением их популяции. Это приводит к развитию на фоне иммунодефицита вторичных (оппортунистических) инфекционных и/или онкологических заболеваний. Клинические проявления оппортунистических заболеваний, наряду с ПГЛ, сохраняющейся у большинства пациентов с ВИЧ-инфекцией, и обуславливают клиническую картину стадии вторичных заболеваний.

В зависимости от тяжести вторичных заболеваний выделяются:

Стадия 4А (обычно развивается через 6-7 лет от момента заражения). Для неё характерны бактериальные, грибковые и вирусные поражения слизистых оболочек и кожных покровов, воспалительные заболевания верхних дыхательных путей. Обычно стадия 4А развивается у пациентов с уровнем CD4 около 350 мкл.

Стадия 4Б (обычно через 7-10 лет от момента заражения) – кожные поражения носят более глубокий характер и склонны к затяжному течению. Развиваются поражения внутренних органов. Кроме того, могут отмечаться локализованная саркома Капоши, умеренно выраженные конституциональные симптомы (потеря массы тела, лихорадка), поражение периферической нервной системы. Признаком перехода ВИЧ-инфекции в стадию 4Б может являться туберкулёз, ограниченный одной анатомической областью. Например, это может быть туберкулёз лёгких, в том числе с поражением

бронхиальных лимфоузлов, или внелёгочный туберкулёз, но с поражением одного органа. Обычно стадия 4Б развивается у пациентов с уровнем CD4 200-350 мкл.

Стадия 4В (обычно через 10-12 лет от момента заражения) характеризуется развитием тяжёлых, угрожающих жизни вторичных (оппортунистических) заболеваний, их генерализованным характером, поражением центральной нервной системы. Обычно стадия 4В развивается у пациентов с уровнем CD4 <200 мкл.

Характерные для стадии 4 вторичные заболевания могут не проявляться, по крайней мере, какое-то время. Поэтому в течение стадии вторичных заболеваний выделяют фазы прогрессирования (на фоне отсутствия АРТ или на фоне АРТ при её недостаточной эффективности) и ремиссии (спонтанной, после ранее проводимой АРТ, на фоне АРТ).

Стадия 5-я – терминальная – была введена в клиническую классификацию ВИЧ-инфекции в 1989 г., когда высокоактивной АРТ ещё не существовало и, несмотря на адекватную (по тем временам) терапию, имеющиеся у болеющих вторичные заболевания приобретали необратимый характер, и пациент погибал в течение нескольких месяцев после их развития. В настоящее время даже у пациентов с уровнем CD4, близким к нулю, и тяжёлыми вторичными заболеваниями, лечение ВИЧ-инфекции не является бесперспективным, поэтому постановка диагноза «ВИЧ-инфекция, терминальная стадия» не рекомендуется.

Обоснование и формулировка диагноза ВИЧ-инфекции. При постановке диагноза ВИЧ-инфекции в медицинскую документацию записывают диагноз и его обоснование.

При обосновании диагноза следует указать эпидемиологические, клинические и лабораторные данные, на основании которых поставлен диагноз ВИЧ-инфекции.

При формулировке диагноза констатируют наличие ВИЧ-инфекции, указывают стадию и фазу заболевания. Стадию заболевания определяют по наиболее тяжёлому состоянию, связанному с ВИЧ, которое когда-либо отмечалось у пациента.

Необходимо также указывать вторичное заболевание, обусловившее стадию болезни и, если ВИЧ-инфекция находится в стадии прогрессирования, указать заболевание, обусловившее фазу прогрессирования.

Помимо вторичных заболеваний, то есть заболеваний, развивающихся вследствие характерного для ВИЧ-инфекции иммунодефицита, у больных ВИЧ-инфекцией следует отмечать другие сопутствующие заболевания, которые также должны быть отражены в диагнозе в разделе сопутствующий диагноз.

Перечень состояний, свидетельствующих о развитии у пациента синдрома приобретённого иммунодефицита. Диагноз СПИД ставится, если у человека с ВИЧ-инфекцией выявляется хотя бы одно из перечисленных ниже заболеваний (при отсутствии других причин для их развития):

- кандидоз пищевода
- кандидоз трахеи, бронхов или лёгких
- рак шейки матки (инвазивный)
- кокцидиомикоз (диссеминированный или внелёгочный)
- внелёгочный криптококкоз
- криптоспориоз кишечника с диареей > 1 месяца
- цитомегаловирусная инфекция (с поражением других органов, кроме печени, селезёнки, лимфатических узлов) у пациента в возрасте старше одного месяца
- цитомегаловирусный ретинит с потерей зрения
- энцефалопатия, обусловленная действием ВИЧ (ВИЧ-энцефалит)
- инфекция, обусловленная вирусом простого герпеса: хронические язвы, сохраняющиеся более месяца, или бронхит, пневмония, эзофагит у пациента в возрасте старше одного месяца
- гистоплазмоз диссеминированный или внелёгочный
- изоспороз кишечника (с диареей длительно более 1 мес.)
- саркома Капоши
- интерстициальная лимфоидная пневмония у ребёнка в возрасте до 13 лет
- лимфома Беркитта (или другая В-клеточная неходжкинская лимфома)
- иммунобластная лимфома
- лимфома мозга первичная
- микобактериозы, вызванные *M. kansasii*, *M. avium-intracellulare*, диссеминированные или внелёгочные
- туберкулёз лёгких у взрослого или подростка старше 13 лет, при наличии тяжёлого иммунодефицита: CD4 <200 мкл или <15% в соответствии с классификацией иммунных нарушений ВОЗ
- туберкулёз внелёгочный при наличии тяжёлого иммунодефицита: CD4 <200 мкл или <15% в соответствии с классификацией иммунных нарушений ВОЗ

● другие недифференцированные диссеминированные или внелёгочные микобактериозы

- пневмоцистная пневмония
- пневмонии возвратные (две и более в течение 12 месяцев)
- прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия
- сальмонеллёзные (нетифоидные) септицемии возвратные
- токсоплазмоз мозга у пациента в возрасте старше одного мес
- синдром истощения, обусловленный ВИЧ.

Если у пациента с ВИЧ-инфекцией нет ни одного из вышеперечисленных заболеваний, диагноз «СПИД» неправилен.

Диагностика

Диагноз ВИЧ-инфекции устанавливает врач-инфекционист Центра СПИД путём комплексной оценки эпидемиологических данных, результатов клинического обследования и лабораторных исследований.

Диагностика ВИЧ-инфекции включает в себя два последовательных этапа:

● установление факта инфицирования ВИЧ (лабораторное заключение о наличии серологических и/или генетических маркеров ВИЧ-инфекции)

● установление развёрнутого клинического диагноза – определение стадии и маркеров прогрессирования ВИЧ-инфекции (количества CD4 и уровня РНК ВИЧ в крови).

Факт наличия у человека ВИЧ-инфекции устанавливается на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.

Эпидемиологические критерии диагноза ВИЧ-инфекции:

1. Факторы, свидетельствующие об очень высоком риске заражения ВИЧ:

- переливание крови или её препаратов, пересадка органов и тканей от ВИЧ – инфицированного лица;
- рождение у обследуемой женщины ребёнка, инфицированного ВИЧ.

2. Факторы, свидетельствующие о высоком риске заражения ВИЧ:

- рождение обследуемого лица от ВИЧ-инфицированной матери, не получившей профилактику передачи ВИЧ ребёнку;
- регулярные незащищённые (без использования презерватива) половые контакты с ВИЧ-инфицированным пациентом или совместный с ним парентеральный приём психоактивных веществ.

3. Факторы, свидетельствующие о возможности заражения ВИЧ-инфекцией:

- повреждение кожных покровов или слизистых оболочек инструментом, контактированным с ВИЧ, попадание крови ВИЧ-инфицированного на слизистые оболочки или повреждённую кожу обследуемого;
- половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнёром: однократный незащищённый или регулярные с использованием презерватива (возможны случаи его неправильного использования);
- повреждение кожных и слизистых оболочек медицинскими инструментами, загрязнёнными биологическим материалом;
- переливание крови, пересадка органов и тканей, парентеральные вмешательства на территориях с высоким (> 1% всего населения) уровнем распространения ВИЧ.

– незащищённые половые контакты, с партнёром, чей ВИЧ-статус неизвестен (последнее обследование более 3 мес до полового контакта), отсутствие практики использования презерватива при каждом половом контакте, приём психоактивных веществ, немедицинские парентеральные вмешательства.

Жалобы и анамнез

В целях оценки риска заражения ВИЧ и выбора тактики диагностики заболевания при сборе анамнеза рекомендуется получить информацию о:

- формах поведения, сопряжённых с риском заражения ВИЧ;
- времени и пути заражения ВИЧ (вероятно или известно);
- тестировании на ВИЧ (дата первого положительного теста на ВИЧ, причина проведения тестирования, последний отрицательный тест на ВИЧ);
- наличии заболеваний, имеющих одинаковый с ВИЧ-инфекцией механизм передачи (вирусные гепатиты В и С, заболевания, передающиеся половым путём) или способствующих заражению ВИЧ;
- сексуальном и репродуктивном здоровье (методы контрацепции в настоящее время, данные о беременности);
- курении, употреблении алкоголя и других психоактивных веществ.

При сборе анамнеза болезни рекомендуется обратить внимание на наличие в анамнезе заболеваний, которые могут

быть следствием ВИЧ-инфекции (вирусные, грибковые, бактериальные поражения кожи и слизистых оболочек, повторные пневмонии, туберкулёз, увеличение лимфатических узлов, «моноклеозоподобный синдром», изменения массы тела, телосложения).

При сборе анамнеза болезни у пациента с подозрением на ВИЧ особое внимание рекомендуется обращать на возможные проявления туберкулёза (лихорадка, кашель, снижение массы тела, ночная потливость).

Физикальное обследование

В рамках физикального обследования необходимо обращать внимание на клинические проявления, характерные для ВИЧ-инфекции и признаки, свидетельствующие о перенесённых или имеющихся вторичных заболеваниях.

При проведении физикального обследования всех пациентов с целью диагностики ВИЧ-инфекции, определения её стадии, наличия вторичных заболеваний, оппортунистических инфекций, выявления осложнений:

- оценить общее состояние, обращая внимание на изменение массы тела, телосложение (наличие признаков липодистрофии);
- полный осмотр кожи и слизистых оболочек всего тела, включая периаанальную и паховые области, обратить внимание на наличие желтушности кожи и слизистых;
- элементов сыпи опоясывающего герпеса (свежие или следы ранее перенесённых эпизодов), себорейного дерматита, грибковых поражений, элементов саркомы Капоши, шанкриформных элементов, папиллом, кондилом, следов инъекций у потребителей инъекционных наркотиков;
- оценить неврологический и психический статус, обращая внимание на: симптомы невропатии, ухудшения зрения, ясность сознания, адекватность ответов на вопросы, наличие бредовых идей, темп протекания психических процессов (заторможенность или ускорение), наличие нарушений настроения (жалобы на подавленность, апатию, безразличие, усталость, раздражительность), наличие суицидальных мыслей, нарушений памяти и внимания, двигательную неловкость.

Лабораторные диагностические исследования. Тестирование на ВИЧ должно быть добровольным и основанным на следующих принципах:

1. Информированное согласие пациента;
2. Конфиденциальность;
3. Консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции, в т.ч. до и послетестовое;
4. Обеспечение достоверности результатов тестирования и своевременности предоставления врачу-клиницисту;
5. Сотрудничество со службами оказания медико-социальной и психологической помощи;
6. Анонимность по желанию пациента.

В целях установления диагноза ВИЧ-инфекции рекомендовано проводить медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ в полном соответствии с алгоритмом, представленным в СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции».

Задачи лабораторного обследования при постановке на диспансерный учёт по поводу ВИЧ-инфекции включают:

- подтверждение диагноза ВИЧ-инфекции;
- определение степени иммуносупрессии (по абсолютному и процентному содержанию CD4 и CD8);
- выявление показателей к химиопрофилактике вторичных заболеваний (по абсолютному и процентному содержанию CD4);
- выявление жизненных показателей к неотложному началу АРТ;
- выявление вторичных заболеваний, определение их тяжести и необходимости лечения;
- выявление сопутствующих заболеваний, определение их тяжести и необходимости лечения.

Неспецифическими лабораторными признаками ВИЧ-инфекции являются:

- снижение количества лимфоцитов, особенно CD4;
- увеличение количества CD8;
- инверсия соотношения CD4/CD8 (снижение до значения менее 1);
- нарастание количества иммуноглобулинов, преимущественно за счёт IgG;
- проявления цитопенического синдрома (анемия, лейкопения, тромбоцитопения).

Рекомендуется провести следующие лабораторные диагностические мероприятия всем пациентам при постановке на диспансерный учёт для уточнения стадии заболевания:

- исследование CD4;
- исследование CD8;
- количественное определение РНК ВИЧ-1 в плазме крови методом ПЦР;
- общий (клинический) анализ крови, развёрнутый;

– общий (клинический) анализ мочи;

– анализ крови биохимический общеправительский;

– анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, провести следующие диагностические мероприятия при необходимости принятия решения о начале АРТ в неотложном порядке:

- определение клинической стадии болезни по ПК, 2006;
- исследование CD4;
- исследование уровня хорионического гонадотропина в крови.

Рекомендуется всем пациентам при постановке на диспансерный учёт провести комплекс лабораторных диагностических исследований для выявления следующих заболеваний (см. соответствующие клинические рекомендации):

- сифилис (см. соответствующие клинические рекомендации);
- вирусный гепатит С (см. соответствующие клинические рекомендации);
- вирусный гепатит В (см. соответствующие клинические рекомендации);
- токсоплазмоз (*Toxoplasma gondii*) (см. соответствующие клинические рекомендации);
- цитомегаловирус (*Cytomegalovirus*) (см. соответствующие клинические рекомендации);
- туберкулёз (см. соответствующие клинические рекомендации).

Рекомендуется всем пациентам при постановке на диспансерный учёт провести диагностику хронических заболеваний почек (см. соответствующие клинические рекомендации): исследование функции нефронов по клиренсу креатинина (в т.ч. проба Реберга) (см. соответствующие клинические рекомендации).

Рекомендуется с целью скрининга рака шейки матки провести всем пациенткам при постановке на диспансерный учёт:

- цитологическое исследование микропрепарата цервикального канала;
- молекулярно-биологическое исследование отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека (*Papilloma virus*).

Рекомендуется у пациентов с заболеваниями почек дополнительно проводить:

- исследование уровня общего кальция в крови;
- определение фосфатов в крови.

Рекомендуется при выявлении у пациента числа CD4 <100 мкл:

- определение антигена криптококка (*Cryptococcus neoformans*) в крови – диагностика криптококкоза;
- определение кислотоустойчивых бактерий в кале, моче и мокроте – диагностика туберкулёза и микобактериоза: микроскопическое (бактериоскопия) исследование мокроты на микобактерии (*Mycobacterium spp.*), микробиологическое (культуральное) исследование мокроты на микобактерии туберкулёза (*Mycobacterium tuberculosis complex*), определение ДНК *Mycobacterium tuberculosis complex* (микобактерий туберкулёза) в мокроте, бронхоальвеолярной лаважной жидкости или промывных водах бронхов методом ПЦР, микробиологическое (культуральное) исследование мочи на микобактерии (*Mycobacterium spp.*), микробиологическое (культуральное) исследование кала на микобактерии (*Mycobacterium spp.*).

Культуральная и молекулярно-генетическая диагностика микобактериозов проводится в МО противотуберкулёзной службы.

Рекомендуется использовать у взрослых для определения первой, второй и третьей иммунных категорий (отсутствие иммунодефицита, умеренный, выраженный или тяжёлый иммунодефицит) показатели абсолютного количества CD4, для определения тяжёлого иммунодефицита – показатели абсолютного количества и процентного содержания CD4.

В соответствии с классификацией иммунных нарушений ВОЗ выделяют следующие степени иммунных нарушений:

- отсутствие иммунодефицита или незначительный: CD4 >500 мкл⁻¹;
- умеренный иммунодефицит: CD4 350 – 499 мкл⁻¹;
- выраженный иммунодефицит: CD4 200 – 349 мкл⁻¹;
- тяжёлый иммунодефицит: CD4 <200 мкл⁻¹ или <15%.

После получения результатов лабораторных, инструментальных обследований и консультаций врачей-специалистов проводится повторный приём врача-инфекциониста.

Цель повторного приёма – окончательное заключение о стадии и фазе заболевания, определение плана дальнейшего наблюдения за пациентом и его лечения.

С пациентом проводится беседа о необходимости раннего начала АРТ, регулярного прохождения плановых обследований в порядке диспансерного наблюдения.

(Продолжение следует.)

База кафедр Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета находится в старейшем городском стационаре – Мариинской больнице – уже более 80 лет. Ежегодно в больницу поступает не менее 10 беременных с неотложными заболеваниями органов брюшной полости. За каждым из этих случаев огромная работа мультидисциплинарной команды врачей и учёных.

Первой стала кафедра факультетской терапии

– То, что в названии университета есть слово «педиатрический», отнюдь не означает, что его возможности, потенциал, клинические практики ограничиваются сугубо педиатрией. Мы обучаем и врачей «взрослых» специальностей, – подчёркивает заведующий кафедрой факультетской терапии имени профессора В.А.Вальдмана Юрий Успенский.

Эта идея не нова: уже в 1932 г., после преобразования Института охраны материнства и младенчества в больницу-медвуз, а затем в Ленинградский педиатрический медицинский институт, стала очевидна необходимость всесторонней подготовки студентов. Наряду с теоретическими и клиническими кафедрами по изучению физиологии и патологии ребёнка создавались кафедры для изучения патологии взрослых. Для их функционирования были необходимы научные и клинические базы. С 1938 г. началось сотрудничество ЛПМИ и Мариинской больницы (в то время больницы им. В.В.Куйбышева).

Первой кафедрой «взрослого профиля» в Ленинградском педиатрическом стала именно кафедра факультетской терапии, организатором и первым руководителем которой выступил заслуженный деятель науки профессор Виктор Вальдман.

Преподаватели уверены: опыт работы с детьми, полученный студентами педиатрического университета, помогает молодым специалистам и в работе со взрослыми: выпускники СПбГПМУ внимательно и чутко относятся к пациентам любого возраста.

Как помогли выжить Мише и Елизавете

Так, 1 мая 2023 г. на свет появился Миша Куликов – здоровый, доношенный малыш. Вроде бы ничего необычного, однако это событие стало настоящим праздником не только для близких родственников, но и для большой команды врачей. Дело в том, что двумя месяцами ранее, когда мама Миши Елизавета Куликова находилась на 25-й неделе беременности, у неё развилось опасное для жизни состояние – тонкокишечная спаячная непроходимость. Женщину экстренно госпитализировали в Мариинскую больницу.

Обычная тактика в такой ситуации – выполнить операцию кесарева сечения, а затем разрешить хирургическую проблему. Однако на таком сроке это было невозможно: ребёнок, рождённый с экстремально низкой массой тела 500-700 г, мог погибнуть или остаться инвалидом. Нужно было спасать и Мишу, и маму.

– Сделали Елизавете МРТ и поняли, что оперировать надо быстро. Заведующему кафедрой госпитальной хирургии педиатрического университета, доктору медицинских наук, профессору Михаилу Ханевичу, заместителю главного врача по анестезиологии и реанимации Мариинской больницы Александру Андреевскому и мне надо было принять очень непростое решение, – рассказал заместитель главного врача Мариинской больницы по хирургии, доктор медицинских наук, профессор Иван Соловьев.

Профессор Михаил Ханевич признался, что в его 40-летней практике в хирургии это был первый такой случай.

– Задача заключалась в том, чтобы тщательно, с минимальной травматичностью для женщины выполнить хирургическое вмешательство. И мы это сделали. Это удалось благодаря слаженным действиям бригады врачей в операционной и филигранной работе хирургов, – отметил специалист.

История спасения Елизаветы и Миши – только один из множества примеров взаимодействия Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета и Мариинской больницы.

В клиниках и лабораториях

Симбиоз науки и практики

Кафедры педиатрического университета спасают жизни в Мариинской больнице

– У студентов, ординаторов и аспирантов есть возможность под руководством преподавателей изучать самые сложные случаи, принимать участие в обходах и клинических разборах, – утверждает заведующий кафедрой госпитальной терапии с курсом эндокринологии профессор Владимир Василенко.

Исторически сложилось так, что практическая деятельность медицинских специалистов здесь неразрывно связана с научной работой.

– Для нас, как сотрудников, этот симбиоз очень важен, и я рад, что мы можем внести непосредственный вклад в охрану здоровья петербуржцев и подготовку молодых квалифицированных кадров. Нередко наши выпускники остаются работать в этой больнице, чем мы гордимся, – отмечает профессор.

На основе наблюдений, полученных в Мариинской больнице, на кафедре за 2 года защитили 5 диссертаций. В настоящее время к защите готовятся три аспиранта. Все они – выпускники педиатрического университета.

Когда малыши болеют «по-взрослому»

Педиатры любят повторять: «ребёнок – это не взрослый в миниатюре». Однако бывает, что у детей развиваются состояния, характерные для людей вполне зрелых и даже пожилых.

– Наша кафедра пытается найти мост между детской и взрослой хирургией. Сегодня мы всё чаще имеем дело с патологиями, которые ранее не встречались в детском возрасте. Это, например, трудные патологии печени, желчевыводящих путей, панкреатических протоков поджелудочной железы. В лечении данных патологий у нас есть инновационные научные разработки. Клинические ординаторы обучаются лечению «взрослой» патологии у детей и имеют возможность понять, как оперировать такую патологию, – утверждает заведующий кафедрой общей хирургии с курсом эндоскопии Рубен Аванесян.

При этом акцент в работе кафедры делается на минимально инвазивные технологии. Такие вмешательства гораздо менее травматичны для органов и тканей пациента, следовательно, послеоперационный период проходит легче.

– Мы стремимся к тому, чтобы как можно больше маленьких пациентов могли лечиться с применением этих технологий, с уменьшением реабилитационного срока и улучшением качества жизни. Мало того, есть патологии, которые по-другому не вылечить, – говорит хирург.

Сотрудники кафедры выполняют в Мариинской больнице более 2,5 тыс. различных операций в год, применяя в том числе уникальные разработки.

– Вся детская эндоскопия Санкт-Петербурга родилась на нашей кафедре. Здесь даётся основа

хирургических знаний, любой молодой специалист должен пройти эту школу. Коллектив занимается одним из самых современных направлений медицины – миниинвазивными технологиями. Мы изучаем общие законы хирургии как у детей, так и у взрослых, – считает профессор Михаил Королёв, который работает на кафедре уже 54 года. Добавим, что под его руководством защищено более 47 кандидатских и докторских диссертаций.

Доцент кафедры общей хирургии с курсом эндоскопии Алексей

лимером. Но по расчётам врачей эта конструкция должна была перекрыть подключичную артерию, что привело бы к нарушению кровоснабжения головного мозга.

Поэтому на первом этапе медики СПбГПМУ совместно с сердечно-сосудистыми хирургами Мариинской больницы сформировали шунт к подключичной артерии из соседней сонной, тем самым перераспределив кровоток. Операция проводилась через небольшой разрез над ключицей ребёнка.

В случае осложнений врачи были готовы в любой момент приступить

к гнойному отиту, осложнённым холестеатомой. Вмешательство позволило улучшить качество жизни молодого человека, санировать очаг гнойной инфекции и улучшить слух до тугоухости первой степени.

– Дебют заболевания у пациента произошёл в детстве. В 10 лет ему была выполнена аттикоантромиа с удалением холестеатомы в педиатрическом университете. После операции в детском возрасте отмечалась устойчивая ремиссия, однако по достижении возраста 18 лет возобновилось течение из уха и тугоухость



Климов говорит, что к ординаторам в Мариинской больнице всегда относятся доброжелательно.

– Им помогают на всех этапах обучения. К концу ординатуры молодые специалисты умеют оперировать большую часть экстренной хирургической патологии и традиционным, и миниинвазивным способом. Большинство хирургов, которые сейчас работают в Мариинской больнице, оканчивали ординатуру в педиатрическом университете, – рассказывает он.

Вместо праздничного стола – операционный

Совместными усилиями детские и «взрослые» хирурги способны творить настоящие чудеса. Многим запомнилась история спасения 14-летнего Даниила Михайлова. Мальчик попал в ДТП накануне нового 2021 г. Подросток получил тяжелейшую травму – надрыв стенки аорты.

Ребёнка доставили в педиатрический университет. С помощью компьютерной томографии врачи выявили расслоение грудной аорты с формированием псевдоаневризмы – иными словами, пульсирующей гематомы. Даже небольшой скачок артериального давления мог привести к её разрыву, массивному внутреннему кровотечению и смерти.

Медикам оставалось либо наблюдать за состоянием пациента в надежде, что надрыв со временем зарубцуется сам, либо выполнить эндопротезирование грудного отдела аорты и исключить аневризму из кровотока. В ходе консилиума с участием ректора СПбГПМУ Дмитрия Иванова, ведущих специалистов Мариинской больницы и городской многопрофильной больницы № 2 было принято решение – применить активную хирургическую тактику.

31 декабря специалисты трёх клиник объединились, чтобы прооперировать Даниила. Хирургическое вмешательство прошло в два этапа. В аорту требовалось имплантировать стент-графт – металлический каркас, покрытый специальным герметичным по-

к более масштабному вмешательству с применением искусственно-кровоснабжения. Основной риск был связан с разрывом аневризмы во время операции. Были и другие опасности.

– Если бы на этапе раскрытия стент-графта закрылась ещё и сонная артерия, мы бы сделали операцию по её протезированию через стернотомию. Но, к счастью, нам удалось реализовать план, который изначально наметили сердечно-сосудистые и рентгенэндоваскулярные хирурги, – сообщил заведующий кардиохирургическим отделением Мариинской больницы Магомедэмин Аскеров.

Врачи университета отметили блестящую работу хирурга: сложнейшую задачу ему удалось выполнить быстро и без осложнений. На втором этапе неоценимую помощь медикам СПбГПМУ оказал заведующий отделением рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения городской многопрофильной больницы № 2 Евгений Шлойд.

Операция спасла жизнь подростку. Мальчик быстро пошёл на поправку, сейчас он отлично себя чувствует.

Возможность дышать, слышать и говорить

В лечении пациентов с хронической патологией очень важна преемственность детских и взрослых клиник.

– Тесное сотрудничество врачей детской и взрослой клиники позволяет продолжить ранее начатое лечение и довести пациента до восстановления, – говорит заведующий кафедрой оториноларингологии СПбГПМУ Павел Павлов.

Реконструктивная хирургия среднего уха – одно из важных направлений работы лор-отделения Мариинской больницы. В год здесь выполняют 100-110 таких вмешательств по самым современным международным стандартам.

Например, недавно в Мариинской больнице провели радикальную полостную операцию среднего уха с одномоментной тимпанопластикой 20-летнему юноше, страдающему хроническим

до третьей степени. Благодаря плодотворной совместной работе отделений появилась возможность продолжить лечение у сотрудников СПбГПМУ во взрослой сети, – отмечает ассистент кафедры оториноларингологии педиатрического университета Леонид Корниевский.

Это не единичный пример – большинство хронических заболеваний, требующих консервативного и оперативного лечения при рецидивировании, далее лечатся в оториноларингологическом отделении клиники Мариинской больницы.

Лор-отделение Мариинской больницы рассчитано на 60 коек.

– Пациентов с заболеваниями гортани у нас больше, чем в других центрах: исторически развивалось это направление. С патологией гортани оперируется порядка 400 человек в год, – говорит заведующий отделением Андрей Савин.

Врачи Мариинской больницы успешно справляются с патологией голосовых складок, с системными заболеваниями, предрасположенными к заболеваниям гортани. Лучшие практики передают клиническим ординаторам педиатрического университета – одновременно тут обучается 6-8 человек.

– Главная задача ординатора – учиться. Но они не только впитывают информацию и набираются клинического опыта, но и помогают врачам – своим наставникам в ведении электронных историй болезни, уходе за пациентами, – делится А.Савин.

Ординатор-оториноларинголог второго года обучения Полина Маслей каждый день находится в приёмном отделении вместе с дежурным врачом. Её сокурсница работает в фониатрическом кабинете: ведёт приём пациентов совместно со старшими коллегами, участвует в отборочных комиссиях перед ларингологическими операциями. Остальные ребята под руководством кураторов ведут пациентов.

– Работа в крупной городской больнице даёт нам очень многое. Прежде всего, это большое количество клинических случаев, с которыми мы раньше не встречались, практических навыков оказания экстренной медицинской помощи. Работа в приёмном отделении учит взаимодействию, мультидисциплинарному подходу в лечении больных. Часто пациенты, которых осматривает лор, требуют совместного обследования с неврохирургами, абдоминальными хирургами, терапевтами, неврологами, кардиологами. Например, носовые кровотечения на фоне подъёма артериального давления мы лечим совместно с терапевтом, – сообщает П.Маслей и добавляет: «Если мои навыки и знания понадобятся стационару, для меня будет честью присоединиться к профессиональному и доброжелательному коллективу старшей и крупнейшей Мариинской больницы».

Подготовила Елена ЛИСИНА.

Развитие информационных систем, телемедицина и интернет медицинских вещей, искусственный интеллект в медицине – таков далеко не полный перечень тем, которые обсуждались на III Международном саммите «Цифроайти-мед». Организатор мероприятия – Сеченовский университет пригласил к участию в ставшем традиционным форуме врачей, исследователей, руководителей медучреждений, разработчиков IT-продуктов для сферы здравоохранения, сотрудников телемедицинских компаний и стартапов, других специалистов.

Расширение взаимодействия

Работа в рамках саммита помогает расширить взаимодействие в профессиональной сфере, обмениваться опытом с другими учёными. Представленные на нём доклады находят практическое применение в различных областях медицины, сказал на открытии ректор Сеченовского университета Пётр Глыбочко. Он напомнил, что цифровизация в вузе активно развивается в рамках Научного центра мирового уровня «Цифровой био-дизайн и персонализированное здравоохранение».

Одним из ключевых событий саммита стало подписание стратегических соглашений между Сеченовским университетом и индустриальными партнёрами о разработке совместных продуктов для системы здравоохранения. Так, соглашение с компанией «РТ Доктис» предполагает реализацию совместного пилотного проекта по дистанционному мониторингу больных хронической обструктивной болезнью лёгких с применением медицинских изделий. Его задача – доказать эффективность использования разработанной технологии при наблюдении пациентов с ХОБЛ, чтобы своевременно предотвращать риски развития обострений и осложнений. В дальнейшем стороны планируют совместно разработать системы мониторинга по целому ряду других нозологий.

Соглашение с ООО «АНТ» предусматривает разработку открытых и коммерческих датасетов (механизм хранения информации, который предоставляет быстрый доступ к большим объёмам данных), образовательных продуктов в сфере патоморфологии, а также создание системы поддержки принятия врачебных решений, основанных на искусственном интеллекте в области патоморфологии. Такие IT-решения позволяют быстрее обрабатывать данные гистологических исследований и облегчат работу патоморфологов.

Ещё одно соглашение подписано с АО ИТЦ «Модуль» – компанией, специализирующейся в области микроэлектронного дизайна и отечественных нейрокомпьютеров. Совместно планируют разработать три программно-аппаратных комплекса для системы здравоохранения.

Надёжные помощники

Цифровизация даёт возможность объединить различных специалистов и создать удобные средства для коммуникации между врачами и пациентами, повысить внимание последних к своему здоровью. Именно с этой целью создаются удобные сервисы, позволяющие врачам дистанционно выявлять опасные для здоровья состояния и вмешиваться, не дожидаясь серьёзного кризиса, отметил заместитель министра здравоохранения РФ Павел Пугачев.

В этом году граждане получили 50 млн цифровых полисов ОМС, этот документ теперь доступен гражданам в мобильном приложении

Госуслуг и является полноценной заменой бумажного. На ЕПГУ гражданам доступно 10 видов электронных медицинских документов.

По словам заместителя министра, в здравоохранении субъектов успешно внедряются голосовые помощники. Они заработали уже в 29 субъектах, где принимают и обрабатывают телефонные обращения граждан по вопросам записи на приём к врачу или вызова врача на дом, а также делают автома-

тинским организациям. Первичная обработка данных обеспечит взаимодействие пациентов, МИС (ГИС) и устройств ПМП.

Пилотный проект реализуется в шести субъектах РФ: Иркутская, Новосибирская, Тюменская, Самарская области, Республика Татарстан, Ханты-Мансийский автономный округ. Он охватывает 6505 человек с артериальной гипертензией и 1525 – с сахарным диабетом. Все они взяты под дис-

информационной системы центр, который будет обезличивать исходные персональные данные для дальнейшего использования, в том числе при обучении моделей ИИ. Вместе с тем, с юридической точки зрения, остаётся не до конца решённым вопрос правообладания, нет понимания прав доступа к данным.

П.Пугачев отметил, что действительно важно иметь целостную клиническую картину, для того

работы клиник, использование цифровых данных для управления больницами. В распоряжении медицинского персонала, руководителей среднего и высшего звена медицинских организаций появился новый ресурс, отметил И.Тыров: «Эти данные – главный актив цифрового здравоохранения. Часто о нём забывают. Нужно начать им пользоваться. Это так же, как любой актив: если у меня деньги на счету просто лежат и не приносят никаких дивидендов, то они постепенно обесцениваются. С данными точно так же: через 30 лет они, скорее всего, будут никому не нужны. Ими нужно пользоваться сейчас».

Переход к управлению на основе качественных данных – это новый ресурс, и пределы его возможности неизвестны даже специалистам. Но известно, что он открывает такие возможности управления, как точная диагностика на основе объективных данных, извлечение неочевидной информации благодаря автоматизированной обработке и анализу больших объёмов данных, возможность оперативно реагировать на отклонения благодаря быстрому и удобному доступу к данным.

На примере отдельно взятой отрасли

Пример успешного развития цифровых технологий в конкретной отрасли демонстрирует эндокринология – одна из передовых дисциплин по скорости развития цифровых технологий и их внедрения в клиническую практику. Системы поддержки принятия врачебных решений, основанные на базах знаний, на методах математического моделирования, всё шире входят в практику врачей, рассказала руководитель отдела цифровой трансформации НИИЦ эндокринологии Елена Ковалёва.

Понимая, что создание таких систем было бы невозможно без баз данных, в эндокринологии давно занимаются структуризацией ЭМК. Есть возможности удалённого мониторинга и всевозможные сервисы по мобильному здравоохранению. База знаний содержит не только текстовые документы, но и изображения (гистосканы, изображения глазного дна и др.). «Базы знаний построены чаще всего на клинических рекомендациях, описывающих какую-то типовую ситуацию. Но на практике мы видим, что типовых ситуаций достаточно много. Благодаря таким системам мы можем выявлять пациентов по их факторам риска, для того чтобы им выполняли скрининговые обследования и правильно маршрутизировали до узкого специалиста или уже до того лечения, которое он должен получить», – сказала Е.Ковалёва.

Среди успешных разработок в эндокринологии она назвала СППВР дифференциальной диагностики нормокальциемического варианта первичного и вторичного гиперпаратиреоза, которая помогает планировать тактику ведения пациента с подозрением на опухоль околощитовидной железы. Для первичного звена есть СППВР по первичному гиперпаратиреозу, помогающая уменьшить время до постановки диагноза и улучшить маршрутизацию пациента с этой нозологией. Применяется и способ прогнозирования развития хронической болезни почек у пациентов с сахарным диабетом 1-го и 2-го типа, а также скрининга пациентов с диабетической ретинопатией, улучшающий качество диагностики. Интеллектуальный аппаратно-программный комплекс анализа биоакустических характеристик голосовых складок улучшает качество диагностики этой патологии, в том числе после хирургических вмешательств на органах шеи.

Цифровизация в эндокринологии продолжится и пойдёт по пути создания Единой системы эндокринологической службы под руководством Минздрава, заключила Е.Ковалёва.

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

Деловые встречи

Главный актив

Цифровая трансформация здравоохранения и медицинского образования



тический обзор пациентов для подтверждения записи на приём.

Например, использование голосового робота в Белгородской области при записи на приём к врачу показало следующие результаты: экономия фонда оплаты труда оператора кол-центра – 50%; до 20 тыс. звонков в сутки, из которых половина – запись на приём к врачу или вызов врача на дом; 100% входящих звонков принимает робот, из которых 60% успешно получают услугу без перевода на оператора. Ни одной жалобы на невозможность дозвониться на горячую линию по вопросам здравоохранения не поступало.

Ещё один проект, который сейчас внедряется в клиническую практику, стартовал в начале этого года, он называется «Персональные медицинские помощники». Его реализует Минздрав России при содействии ГК «Ростех». Идея – охватить граждан РФ, имеющих сахарный диабет и артериальную гипертензию, дистанционным наблюдением с использованием персональных носимых медицинских изделий и централизованных диагностических сервисов, создать и внедрить персональные медицинские устройства, на основе данных которых будут приниматься врачебные решения.

Это наблюдение будет вестись с применением цифровой платформы, которая объединит носимые медицинские устройства и будет принимать поступающую с них информацию (вне зависимости от их производителя), затем обрабатывать её и передавать меди-

танционное наблюдение, создан прототип платформы ПМП, зарегистрированы два новых российских медицинских изделия с функцией дистанционной передачи данных. «Эта система несёт ещё и некий «вытягивающий» эффект для производства медицинских изделий, которые могут использовать пациенты», – заметил замминистра.

Авторы проекта рассчитывают, что пациенту это поможет повысить приверженность лечению, обеспечит сопровождение медицинским работником без посещения медорганизации, снизит риски возникновения осложнений. Врачу же позволит своевременно принимать решения, повысит эффективность лечения, поможет проактивно взаимодействовать с пациентом, используя инструменты Системы поддержки принятия врачебных решений (СППВР) и ИИ.

В ходе эксперимента планируется доработать целевые технологические требования к платформе и медико-технические требования к медизделиям, оценить клинико-экономическую эффективность апробируемых технологий и целесообразность внедрения дистанционного наблюдения в практику лечащего врача, затем рассчитывают тиражировать проект на другие регионы, а к 2026 г. – охватить дистанционным наблюдением 50% пациентов с АГ и СД.

Уже не первый год обсуждается вопрос о том, как для развития системы ИИ и медицинских данных необходимо решить такой чувствительный вопрос, как деперсонализация данных. Президент страны поручил Минздраву совместно с Минэкономразвития и Минцифры сформировать открытые структурированные наборы (датасеты) обезличенных медицинских данных пациентов в целях их использования для развития технологий ИИ в здравоохранении. Минцифры летом объявило, что планирует в 2024 г. создать внутри своей

чтобы повысить эффективность цифровых изделий. Но из-за нормативного ограничения сейчас даже обезличенные персональные данные остаются персональными и не могут быть переданы третьим лицам без согласия пациентов. И сообщил хорошую новость: «Мы подготовили соответствующие поправки в законодательство, в Минцифры тоже сделали предложения по корректировке законодательства с точки зрения того, чтобы для данных в обезличенном виде не требовалось согласие пациента, при соблюдении определённых условий». Ожидается, что эти изменения в законодательство будут приняты в осеннюю сессию.

Лидер преобразований

Москва среди специалистов считается лидером цифровой трансформации. Здесь не боятся экспериментировать, тратить на это деньги и затем делиться результатами с регионами. Заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Илья Тыров рассказал, что на сегодняшний день в городе успешно работают три цифровые системы: ЕМИАС, Единый радиологический сервис, Централизованная лабораторная система. Идёт оцифровка медицинской документации, создано уже более 19 млн ЭМК и более 2,5 млрд цифровых медицинских записей.

Цифровой трансформацией охвачено в том числе стационарное звено: клиники оснащены современной техникой, разработано единое программное обеспечение – клиническая информационная система, к ней подключено 56 стационаров, а в 2019 г. было всего 2. Обеспечено хранение всех медицинских и управленческих данных в цифровом виде.

Завершением цифровой трансформации должен стать полный переход на безбумажный формат

Инфраструктурное обеспечение

- 1 млн автоматизированных рабочих мест медицинских работников
- 522 тыс. врачей обеспечены электронными подписями
- 50 тыс. подразделений медорганизаций внедрило МИС и передают сведения в Реестр электронных медицинских документов ЕГИСЗ
- В 2023 г. в Реестре электронных медицинских документов ЕГИСЗ содержится 625 млн электронных медицинских документов (в 2022 г. было 349 млн, в 2019 г. – 4 млн)

Осень – время окончания отпусков, уже идут занятия в школах и вузах. Коллективная скученность неизбежно приводит к более быстрому распространению любой респираторной инфекции. Специалисты отмечают, что сезон ОРВИ начался, её возбудители циркулируют достаточно активно, и это типичная, повторяющаяся ситуация для данного времени года.

Однако все мы живём сегодня в ожидании столь же традиционной эпидемии гриппа. Уже отмечены единичные случаи заболевания, но угрожающего подъёма ещё не случилось. И судя по тому, как активно идёт вакцинация, есть надежда, что максимальное число россиян, особенно из групп риска, либо не заболеет, либо перенесёт заболевание легче, чем непривитые граждане.

Каким же видят грядущий эпидсезон специалисты? Какие будут циркулировать штаммы? Осложнит ли ситуацию одновременная атака на человечество вирусов гриппа, COVID-19 и обычных ОРВИ? Об этом журналистам на пресс-конференции рассказали – директор НИИ гриппа им. А.А.Смородинцева Дмитрий ЛЮЗНОВ и заместитель директора по научной работе Дарья ДАНИЛЕНКО.

«Несколько лет назад мы практически не регистрировали вирус гриппа, – говорит Д.Люзнов. – Но уже второй эпидемический сезон наблюдаем, как грипп вернулся».

Безусловно, всех интересует, каким будет нынешний эпидсезон. Д.Даниленко на этот вопрос отвечает не без юмора. «С гриппом как с хрустальным шаром: можно предполагать, но никогда нельзя сказать точно, – говорит она. – Мы можем посмотреть на то, что было в южном полушарии, можем делать прогнозы на основании данных, которые собирает наш институт и другие научно-исследовательские организации не только в России, но и по всему миру. Но единственное, что можно сказать наверняка: грипп рано или поздно придёт, и лучше себя защитить уже сегодня».

Как известно, мониторинг циркулирующих штаммов гриппа более 50 лет ведётся под эгидой ВОЗ в рамках глобальной программы по надзору за гриппом в разных странах, в России в том числе.

«Для отслеживания одного из самых изменчивых возбудителей применяются все современные методы, и прежде всего секвенирование, – рассказывает Д.Даниленко. – Анализируя образцы, поступающие из разных уголков страны, мы стараемся определить генетическую последовательность каждого из них, и затем эти последовательности сравниваем между собой, чтобы понять, отличаются ли вирусы в разных регионах России; какие из

Проблемы и решения

Не надо гадать на хрустальном шаре



них циркулируют у нас и в других странах».

Такие данные необходимы для оценки ситуации в период эпидемии и для дальнейших прогнозов по следующему эпидсезону. Что интересно: во время пандемии COVID-19 наблюдался сдвиг сезонности заболеваемости грип-

пом, но, по словам экспертов, всё уже вернулось на свои места; соответственно, пика эпидемия достигнет в конце осени – начале зимы.

Несмотря на нежелание гадать на хрустальном шаре, некоторые данные специалисты тем не менее озвучили: ожидается, что эпидемия будет умеренной интенсивности. Не станут неожиданностью также типы и подтипы вируса: циркулировать будут те, к которым мы за последнее время уже привыкли. Это вирусы гриппа А – подтип Н1 и Н3 и вирусы гриппа В.

При этом, по словам Д.Даниленко, поскольку в прошлом

циркулирует только грипп В так называемой викторианской линии, а грипп В «ямагатской» линии не обнаруживается, – говорит она. – И в этом году впервые на заседании экспертов по составу гриппозных вакцин ВОЗ была дана рекомендация в составе квадριвалентных вакцин заменить четвёртый компонент, который традиционно был представлен «ямагатской» линией, на что-то другое, поскольку нет уверенности, что этот вирус ещё когда-либо будет обнаружен».

Однако специалисты полагают, что отсутствие данной линии в течение 3 лет – слишком малый

Безусловно, весь мир мечтает о появлении универсальной вакцины против гриппа, которая учтёт бы все возможные мутации штаммов и вводилась один раз в несколько лет, от 3 до 5.

«Сегодня ряд групп учёных в разных странах (в том числе и в нашем институте) разрабатывают именно такие подходы: создание универсальной вакцины в отношении гриппозной инфекции, но, к сожалению, пока явных прорывов нет, и те клинические испытания, которые прошли за рубежом в 2021 г., показали её неэффективность», – говорит Д.Люзнов.

Однако есть и хорошие новости: успешно проходят испытания комбинированной вакцины, которая сможет защищать и против гриппа, и против COVID-19. Директор института гриппа уверен, что уже в 2024 г. мы увидим такие препараты, в том числе и отечественные.

По его словам, коронавирус ещё менее предсказуем, чем грипп; постоянно появляются новые варианты. Но уже очевидно, что он, похоже, становится сезонным заболеванием. Поэтому специалисты надеются, что уже не будет таких всплесков заболеваемости, которые наблюдались вплоть до прошлого года. Тем не менее Дмитрий Анатольевич в прогнозах достаточно осторожен. «Мы ожидаем, что и грипп, и ОРВИ, и COVID-19 будут циркулировать одновременно, причём эпидемии гриппа не избежать, а вот насколько будет расти заболеваемость COVID-19, сказать очень сложно», – говорит он.

«Существует множество факторов, которые могут повлиять на активность вирусов гриппа, ковида и других респираторных инфекций, – добавляет Д.Даниленко. – Но на распространённость заболеваемости мы повлиять можем. Это напрямую зависит от нашей приверженности прививкам и от того, насколько ответственно мы себя ведём, когда заболеем: заботимся ли о себе и об окружающих».

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

В медицинских вузах страны

Учебный год в самом разгаре. Вчерашние абитуриенты полностью влились в ряды студенчества, после летнего перерыва включились в образовательный процесс и жизнь университета и остальные. Чем же живут сейчас медицинские вузы? На самом деле есть всё – научная деятельность, спорт, волонтерство, творчество...

Новые подходы к развитию

В Сибирском государственном медицинском университете в эти дни проходит проектно-аналитическая сессия «Социоцентра» – оператора программы «Приоритет – 2030».

В первый день работы представители центра посетили объекты, где университет реализует стратегические проекты в рамках реализации программы развития «Приоритет – 2030». Они ознакомились с работой центральной исследовательской лаборатории, центра внедрения технологий и осмотрели молодёжное пространство.

Далее в рамках установочной сессии экспертам показали четыре стратегических проекта: «Прецизионная медицина», «Бионические цифровые платформы», «Таргетная тераностика», «Трансформация медицинского и фармацевтического образования».

Экспертам предстоит не просто познакомиться с университетом, но и провести анализ полученных результатов и самое главное – вы-

Вузовский калейдоскоп

работать новые подходы к реализации программы развития вуза.

В числе лучших

Студенты Ростовского государственного медицинского университета стали победителями и призёрами регионального этапа Российской национальной премии «Студент года».

Порядка 500 участников из образовательных учреждений Ростовской области в 40 номинациях боролись за звание лучшего. Они показывали себя в области профессиональной деятельности, творчества, спорта, молодёжной политики, студенческого лидерства, общественной деятельности и добровольчества. В итоге 11 представителей РостГМУ получили награды в номинациях «Студент года. Медики» и «Молодёжное научное общество».

Победители регионального этапа представят вуз и Ростовскую область на общероссийском этапе в ноябре.

Патриотическое воспитание

В Тихоокеанском государственном медицинском университете первокурсники встретились с лектором всероссийского общества «Знание», членом Приморского

году была эпидемия с доминированием гриппа Н1, есть вероятность, что в этом году стоит ожидать либо сочетанной циркуляции гриппа Н1 и Н3, либо преобладания Н3.

«Что же касается вируса В, ситуация развивается интересно: несколько лет подряд, с 2020 г.,

срок, не дающий основания для подобных выводов. Поэтому наши вакцины пока остаются неизменными.

«Мы находимся в преимущественном положении, поскольку в нашей стране выпускается целый ряд гриппозных вакцин, и этого количества достаточно для того, чтобы выполнять целевые ежегодные показатели прививок – не менее 60% всего населения и не менее 75% представителей групп риска», – подчёркивает Д.Люзнов. Он также напоминает, что любая хроническая патология является не противопоказанием, а показанием к вакцинации, и чем больше у человека хронических заболеваний, тем важнее ему быть привитым, причём не только против гриппа. И утверждает: у вакцин против гриппа только два противопоказания: аллергия к яичному белку (если вакцины сделаны с использованием куриных эмбрионов) и любое заболевание в острой форме – тогда прививка должна быть отложена на две недели после выздоровления пациента.



краевого отделения Русского географического общества, участником специальной военной операции Максимом Харченко.

Исследователь может похвастаться 72-дневным одиночным путешествием на SUP-борде, выживанием в диких условиях и покорением достаточно протяжённых и сложных маршрутов. Самым сложным «путешествием» оказалось участие в СВО, где он получил ранение. Но несмотря на то что реабилитация не закончена и последствия попадания осколком ощущаются до сих пор, М.Харченко с удовольствием встречается с мо-

лодым поколением и рассказывает о патриотизме и любви к своей большой и малой Родине.

На встрече со студентами Тихоокеанского ГМУ он рассказал о службе в качестве добровольца и работе военных медиков в полевых условиях, а также поделился опытом оказания первой помощи при осколочных ранениях.

И на коньках хорошо стоим

В Первом Санкт-Петербургском государственном медицинском университете им. И.П.Павлова можно отметить важные спортив-

ные достижения. Студент Евгений Семенов выиграл первый этап Гран-при России по фигурному катанию. Его результат – 289,37 балла в сумме за короткую и произвольную программы.

Интересно Евгений рассказал о том, как медицинские знания помогли разобраться, почему капли в нос могут быть допингом.

«Мне всегда было интересно, почему некоторые препараты являются допингом. Такие, например, как капли в нос, аэрозоли – как они вообще могут повлиять на организм человека, улучшить физическую форму? Сейчас у меня началась фармакология, и теперь я знаю, что при местном действии на альфа-адренорецепторы будет происходить вазоконстрикция и уменьшение отёка, а при действии на бета-адренорецепторы бронхи расслабятся, расширятся и дыхание улучшится. Не будем забывать про системное действие на бета-адренорецепторы – улучшение работы сердца. Суммируем эти два показателя и в итоге получаем идеально выкатанную программу», – говорит спортсмен.

Педагоги удивляются, как Евгению удаётся совмещать спорт и учёбу. Сам студент считает, чем тяжелее труд, тем больше награда. Он надеется стать и хорошим врачом, и хорошим фигуристом. В будущей профессии склоняется в сторону диагностики, рентгенологии или хирургии.

Сергей БУДАЧЕНКОВ,
корр. «МГ».

Выводы

Американский футбол и хроническая энцефалопатия

Профессиональные футболисты в США известны не меньше звезд музыки и кино. Но труднее в полной мере наслаждаться игрой, если знать о хронической травматической энцефалопатии (ХТЭ) у людей, играющих в американский футбол. В ходе недавнего исследования на основе патологоанатомических данных учёные из Бостонского университета изучили образцы мозга 376 бывших игроков НФЛ – профессиональной лиги американского футбола. В 345 из этих образцов были обнаружены признаки ХТЭ, что составляет 92%.



Проблема с диагнозом хронической травматической энцефалопатии заключается в том, что на данный момент её можно определить только после смерти. Обнаружение ХТЭ при вскрытии не очень подходит для определения потенциальных стратегий лечения, поэтому учёные провели новое исследование, использующее возможности ПЭТ-МРТ для выявления прижизненных черепно-мозговых травм у активных игроков НФЛ. Специалисты под руководством Дженнифер Кофлин из Университета Джона Хопкинса включили в исследование 27 человек, игравших в НФЛ по крайней мере в последние 12 лет. Средняя про-

должительность игры составляла около 6 лет. Среди них было 14 линейных игроков, девять полузащитников, два защитника и два нападающих.

В качестве контрольной группы в исследование были включены 27 профессиональных пловцов – представителей бесконтактного вида спорта. После того, как обе группы прошли ряд нейropsихиатрических тестов, они прошли ПЭТ-МРТ-сканирование.

У бывших игроков НФЛ по всем направлениям регистрировался

более высокий уровень транслокационного белка (TSPO), который в основном содержится на внешней митохондриальной мембране. Последние исследования показали, что TSPO находится на поверхности митохондрий и, по-видимому, является очень чувствительным маркером воспаления и восстановления. Когда ткань повреждена, уровень TSPO повышается, и это повышение можно увидеть при ПЭТ-сканировании с использованием селективного химического индикатора. Следо-

вательно, повышенный уровень TSPO свидетельствует о травме, посттравматических изменениях, или и о том, и о другом.

Количественно оценивая уровни TSPO с анатомической точки зрения, учёные увидели значительно больше повреждений и/или восстановлений в лобной, поясной коре и гиппокампе, что согласуется с результатами КТЭ при вскрытии.

Футболисты НФЛ показали в когнитивных тестах те же результаты, что и пловцы, кроме тестов на обучение и память. У игроков НФЛ также был больший разброс результатов, чем у пловцов, что неудивительно, поскольку футбол, вероятно, по-разному влияет на разных членов команды.

Авторы исследования отмечают, что результаты когнитивных тестов не коррелировали со степенью активации TSPO у игроков НФЛ. В целом, у игроков НФЛ были более высокие уровни TSPO и худшие показатели памяти.

Учёные отмечают, что требуются дополнительные наблюдения, в том числе и за принимавшими участие в исследовании спортсменами, когда станет ясно, страдают ли они слабоумием, в том числе при вскрытии. Но специалисты рассчитывают добиться прогресса в разработке диагностических тестов для выявления предвестников ХТЭ при жизни спортсменов.

Профилактика

Более 7,5 тыс. шагов в день ежедневно в предоперационный период может снизить риск осложнений примерно наполовину, вне зависимости от сложности процедуры и сопутствующих заболеваний. Результаты такого исследования были представлены на клиническом конгрессе Американского колледжа хирургов в Сан-Франциско, сообщает портал Medical Daily.

Ходьба перед операцией полезна

Проанализировав данные о состоянии здоровья 475 участников программы All of Us Research Program, исследователи изучили связь между физической активностью и возникновением послеоперационных осложнений в течение 90 дней.

Физическая активность измерялась с помощью Fitbit – переносного устройства, которое отслеживает ежедневные шаги, сон, физические упражнения и частоту сердечных сокращений. Участники исследования были старше 57 лет и перенесли широкий спектр хирургических вмешательств в области общей, ортопедической и нейрохирургии.

Из числа участников у 12,6% возникли осложнения в течение 90 дней после операции. «После поправки на сопутствующие заболевания, индекс массы тела, пол, расу и сложность операции вероятность возникновения осложнений была на 51% ниже, если данные Fitbit пациентов показывали, что до операции они проходили более 7,5 тыс. шагов в день», – пишут учёные.

Исследователи заявили, что их анализ не ограничивался только днями, предшествующими операции, но и физической активностью в течение 6 месяцев или нескольких лет до операции.

«Fitbits и другие носимые устройства потенциально можно связать с электронными медицинскими картами, и эти данные будут учитываться хирургами при планировании предоперационного ухода за своими пациентами. Это действительно может принести плоды для улучшения послеоперационных результатов», – сказал ведущий автор исследования Карсон Гейл из Медицинского колледжа Висконсина в Милуоки.

Взгляд

Большая физическая активность в позднем детском возрасте стимулирует увеличение объёма мозга в зонах, ответственных за когнитивную деятельность, эмоции и обучение. К таким выводам пришла международная группа учёных из США, Нидерландов и Испании. Исследованием руководил Фернандо Эстевес-Лопес из Гарвардской школы общественного здравоохранения им. Т.Х.Чана, также принимали участие учёные из исследовательского центра CERBER при Университете Альмерии (Испания) и Медицинского центра Университета Erasmus (Нидерланды).

В четырёхлетнем когортном исследовании в Роттердаме, охватившем 1088 детей (52% девочки), более спортивные и подвижные участники в возрасте 10 лет демонстрировали большее увели-

Физическая активность у детей развивает мозг

чение объёма миндалевидного тела в возрасте от 10 до 14 лет; аналогичные результаты наблюдались в гиппокампе. Анализ был сфокусирован на исследовании гиппокампа, поскольку известно, что эта часть мозга играет важную роль в обучении и развитии памяти.

Ребёнок и его родители сообщали об уровне его физической активности, занятиях спортом и продолжительности игр на свежем воздухе. Исследователи измеряли изменения объёма мозга участников с помощью МРТ в возрасте 10 и 14 лет.

Каждый дополнительный час занятий спортом в неделю был связан с увеличением объёма подкоркового серого вещества на 64,0 мм³ и объёма общего белого вещества на 154 мм³. Общая физическая активность и игры на свежем воздухе были связаны с увеличением объёма миндалевидного тела и объёма гиппокампа с течением времени.

Эти результаты свидетельствуют о том, что во время перехода от позднего детства к ранней юности физическая активность может влиять на развитие нервной системы в подкорковых областях, которые

являются пластичными и лежат в основе когнитивных функций, эмоций, обучения и психических расстройств.

Физическая активность является одним из наиболее многообещающих факторов воздействия окружающей среды, благоприятно влияющих на здоровье на протяжении всей жизни, считают авторы исследования. Новые данные подчёркивают преимущества для развития нервной системы, которые физическая активность может оказывать на архитектуру миндалевидного тела и гиппокампа.

Исследования

Изменение климата увеличит смертность

Увеличение количества жарких дней, вызванных изменением климата, когда столбик термометра поднимается значительно выше 30°C, связано с увеличением смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Согласно данным исследования, пожилые люди и городские жители будут особенно подвержены риску.

Расчёты, проведённые Самидом Хатаной и его коллегами из Медицинской школы Перельмана при Университете Пенсильвании в Филадельфии, опираются на данные, полученные в США. Однако исследование является очень точным, поскольку оно определило количество дополнительных случаев смерти от ССЗ в жаркие дни в

отдельных 3108 округах в период с 2008 по 2019 г. Эти тенденции, вероятно, распространяются и на другие страны.

Все дни, когда столбик термометра поднимался выше 32,2°C, считались экстремально жаркими. В США в 2008-2019 гг. такая жара наблюдалась в среднем в течение 54 дней в году. При увеличении парникового эффекта на 4,5 Вт/м² (промежуточный сценарий) в течение следующих нескольких десятилетий предполагается 71 жаркий день, а при увеличении на 8,5 Вт/м² (экстремальный сценарий) – 80.

Эти два сценария учёные-климатологи также называют SSP2-4,5 и SSP5-8,5. SSP расшифровывается как «Общий социально-экономический путь» и описывает соци-

ально-экономические изменения, лежащие в основе изменения климата. SSP2 рассматривается как промежуточный путь («середина пути»), в котором одни страны добиваются прогресса, а другие развиваются, как и раньше. SSP5 описывает неконтролируемое развитие («движение по шоссе») без каких-либо попыток ограничить выбросы CO₂.

Хатана и его коллеги прогнозируют увеличение ежегодной смертности от ССЗ среди населения в целом с 1651 до примерно 4320 в период с 2036 по 2065 г. по сценарию SSP2-4,5. Это более чем вдвое (плюс 162%). При сценарии SSP5-8,5 число смертей от сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с жарой, может возрасти примерно до

5491 – более чем в три раза (рост на 233%).

Большинство смертей, связанных с жарой (1340 из 1651), в настоящее время приходится на людей старше 65 лет. Здесь, согласно расчётам Хатаны, в сценарии SSP2-4,5 может произойти увеличение до 3842 (что будет означать утроение). При SSP5-8,5 это число может возрасти до 4894.

Ситуация со здоровьем и смертностью среди афроамериканцев ещё более драматичная. Число смертей, связанных с жарой, увеличится с 325 до 1512 в сценарии SSP2-4,5 и до 2063 в сценарии SSP2-4,5. Во втором сценарии показатели будут увеличены более чем в 6 раз.

Хатана объясняет это неблагоприятным социально-экономиче-

ским положением афроамериканцев, которые живут в более бедных районах, где меньше кондиционеров и меньше деревьев. Тем не менее, некоторые факторы риска ССЗ, такие как гипертония, также больше распространены среди афроамериканцев, что связано с нездоровым образом жизни.

Помимо афроамериканцев, у городских жителей риск смерти от ССЗ из-за сильной жары выше более чем в 4 раза. Причина в том, что в центре города часто бывает значительно более высокая температура.

Подготовила Марина КЫН.
По материалам JAMA Network Open, Circulation.

Среди множества регалий и наград Александра Коновалова – Герой Труда России, лауреат Государственных премий СССР и РФ, заслуженный деятель науки, почётный президент Всемирной федерации нейрохирургических обществ, Российской ассоциации нейрохирургов, почётный директор Национального центра нейрохирургии, академик РАН – одно звание, оно же признание, является главным: нейрохирург.

На вершине нейрохирургического Эвереста

Ялта прошлым летом. На пирсе рыбак ловит на спиннинг.

– Можно ли у вас купить свежей рыбки?

И был изумлен ответом:

– Леонид Болеславович, рыба сегодня не клюёт.

– Откуда вы меня знаете?

И рыбак рассказал: «Начал слепнуть. В Крыму разобраться не могли. Через земляков вышел на вас. Так я попал в московский Институт нейрохирургии, где Александр Николаевич Коновалов удалил краниофарингеому, сдавливавшую зрительные нервы. Зрение вернулось. Прошло 25 лет. Отработав, я уже вышел на пенсию».

Гораздо чаще, чем у взрослых, краниофарингеомы – опухоли в основании мозга – бывают у детей.

У Коновалова самый большой в мире личный опыт хирургического удаления этих коварных опухолей – около 3 тыс. оперативных вмешательств по освобождению зрительных нервов, гипофиза, III желудочка и ликворных путей от сдавливания.

Однажды в Лионе я знакомился с крупнейшей нейрохирургическим госпиталем Франции. И попал на операцию удаления огромной краниофарингомы у 4-летнего мальчика. Опытный нейрохирург, маясь с выделением опухоли, в сердцах сказал мне: «Сюда бы вашего Коновалова». Это и есть мировое признание, которое пришло к Александру Николаевичу. Он успешно восходил на нейрохирургический Эверест. И покорил его.

Крупный нейрохирург США Майкл Апуццо говорил о Коновалове: «Я близко знаком с выдающимся нейрохирургом современности Александром Коноваловым. То, чего он достиг в микрохирургии опухолей головного мозга – непостижимо, Коновалов неповторим».

Маджид Самии – знаменитый деятель мировой нейрохирургии – пишет из Германии своему другу А.Коновалову в мае 2023 г.: «Тебе как нейрохирургу удалось воспитать 3 поколения нейрохирургов бывшего Советского Союза и по всему миру. Твои индивидуальные достижения в нейрохирургии войдут в её историю. И я убежден, что ты занял место великого нейрохирурга в нашем нейрохирургическом мировом сообществе». Виднейший представитель женской нейрохирургии Йока Като из Японии добавляет: «Александр Коновалов – мой великий учитель...».

И естественно, что Александр Николаевич обладатель самых престижных в мире именней нейрохирургических медалей – Вальтера Денди и Герберта Оливекрона.

На его счету – 17 тыс. сложнейших спасительных и труднейших операций на головном мозге, главным образом глубинной локализации – зрительный бугор, дно III желудочка, четверохолмие, ствол мозга.

Среди них есть и уникальные, известные во всём мире. Он успешно разделит сиамих

Юбилей

Мэтр мозговых операций

Знаменитому российскому учёному Александру Коновалову – 90!



близнецов-краниопагов – двухлетних литовских девочек, срощенных головами. Прошло более 30 лет – его пациентки закончили университет и успешно трудятся.

Генетика и обстоятельства

Передо мной встает маленький мальчик Саша, который с младшим братиком Юрой в эвакуации в уральском городе ждут не дожидаясь маму-врача, когда она вернётся с работы, чтобы согреться и поесть. Отец – Николай Васильевич, крупный учёный-невролог – остался в Москве.

Потом московская школа в Сокольниках, где первый ученик Саша Коновалов ещё больше удивляет своих одноклассников тем, что делает стойку и свободно ходит на руках. (А сейчас на здании школы – мемориальная доска «Здесь в 1944-1951 гг. учился Герой Труда России академик РАН Александр Николаевич Коновалов»).

Выбор профессии был предопределен: дед – Степан Павлович Галицкий, врач, один из основателей московской хирургии рубежа веков, мать – Екатерина Степановна, сначала хирург, затем инфекционист, отец – Николай Васильевич, выдающийся невролог, академик.

И, окончив с серебряной медалью школу, Александр поступает на лечебный факультет Первого московского мединститута. Диплом с отличием. И, конечно, по стопам отца – в неврологии.

Но в 50-е годы семейственность осуждалась, и во избежание упреков Николай Васильевич, директор Института неврологии АМН СССР, отправляет сына в ординатуру Института нейрохирургии, где была сильная неврологическая школа.

Но отец недооценил талантливые руки сына и его характер – всё самому доводить до завершения. И, конечно, Александр, овладевая неврологией, серьёзно увлёкся выполнением хирургических манипуляций. Они ему явно удавались и приносили удовлетворение. Неудержимая тяга к операционному столу

чётко, методично и деликатно; операционный микроскоп позволяет следить за его филигранно отточенными движениями и учиться молодым нейрохирургам. Высшее напряжение переходит в высшее удовлетворение, когда опухоль убрана, а все мозговые функции удалось сохранить.

...Александр Николаевич – мужественный и благородный человек, никакой позы, никакой спеси. Он полон сострадания к больным, особенно детям. Именно поэтому, как это ни парадоксально, стремится от них дистанцироваться, чтобы эмоции не мешали решениям и спасительным действиям во время операций. Кому-то он кажется холодным; порой проходит мимо, никого не замечая и не здороваясь. В это время он просто погружен в невесёлые размышления. «У каждого хирурга есть своё кладбище», – говорит Александр Николаевич.

Он исключительно ответственен за всё, что делает, особенно как врач. Вспоминается характерный для Коновалова эпизод. Июньским утром мы должны были вместе лететь в Англию на конгресс Европейской академии мультидисциплинарной нейротравматологии. Александр Николаевич мечтал ещё раз побывать в этой стране, где в молодости провёл несколько учебных месяцев, так хотелось вновь посетить Кембридж и Оксфорд. И вдруг ранним утром в день отлета звонок: «Извини, я не смогу полететь».

– Как же так, ведь твёрдо договорились!

– Вчера прооперировал больного, ночью вызвали – кровотечение, сделал ревизию, убрал гематому. Теперь должен наблюдать, не будет ли рецидива?

– Но любой под надёжным присмотром, если почему-то понадобится нейрохирург, он всегда рядом, и всё, что надо и как надо, делает.

– Это так, но больного оперировал я, и я за него в ответе.

Не полетел Александр Николаевич. С большим больше ничего не случилось, его, избавленного Коноваловым от протяжённой опухоли основания черепа, благополучно выписали домой.

...Хотя наш центр огромный, всё же мы часто с Коноваловым пересекаемся. Оба любим бегать по лестнице, спускаясь с 10 этажа, где реанимация. Оба подымаемся одним и тем же лифтом – я до 9, где моя клиника, он до 12 этажа, где его операционные. Там ждут Коновалова нагрузки и перегрузки. Поднимается в операционную один человек, а спускается другой. После тяжелейшей изнурительной многочасовой мозговой хирургии Коновалов идёт-бредёт, отшившись и пошатываясь от усталости и невероятного напряжения. Загорелое после горных лыж, его лицо зеленеет. Глаза блуждают. От меня отшатнулся. «Не бойся, я терзать не буду» (и откладываю нужное и требующее его санкции дело).

Как он всегда и за всё переживает! Когда на утренних конференциях показывают на КТ

или МРТ плохую опухоль, он сокрушенно покачивает головой и рукой теребит волосы.

Он один из тех, кто постоянно не только внимает происходящему в центре, но и неустанно реагирует на каждый диагноз, на показания к операции, тактику лечения. И нередко коноваловские замечания вовремя корректируют ход событий, а если сказать эмоционально – судьбу больного.

Стратегические свершения

Жизнь А.Коновалова – это бесконечные свершения на благо больных, на благо сотрудников, на благо развития нейрохирургии и изучения деятельности центральной нервной системы. Он одинаково уважает верующих и неверующих и восстанавливает наш уникальный домовый храм святителя Николая Чудотворца.

Он понимает, насколько важно исчерпывающее распознавание патологии головного и спинного мозга и создаёт мощный отдел безболезненной визуализированной нейродиагностики. Он знает, что пришло время комплексного лечения многих форм опухолевой и сосудистой патологии и создаёт крупнейший в Восточной Европе центр радиотерапии и радионейрохирургии...

Стратегически важными для развития отечественной нейрохирургии явились три деяния Александра Николаевича: внедрение микронейрохирургии с созданием крупнейшей научной школы микронейрохирургов; масштабный выход нашей нейрохирургии на вселенские просторы и строительство нового – мирового уровня – института нейрохирургии.

Он всячески поддерживает своих учеников и радуется их успехам, особенно когда они превосходят достижения учителя. Некоторые жаловались: «Его никогда нельзя застать в кабинете». А он, руководя институтом из операционной и одновременно спасая там больных, именно благодаря такому стилю совершил свой главный подвиг: с нечеловеческими муками в неспокойные 90-е годы построил 14-этажный корпус и оснастил его современным оборудованием. По существу, создал новый Институт нейрохирургии, так необходимый для России и отвечающий всем мировым стандартам. Нет, не зря на открытии летом 1999 г. 300-летней клиники Юрий Лужков похвалил Александра Николаевича как строителя.

А Коновалов на этом не успокоился. И современный центр нейрореабилитации в Подмоскowie тоже появился благодаря его прозорливости и настойчивости.

Масштабный выход отечественной нейрохирургии на мировую арену неразрывно связан с деятельностью А.Коновалова. Ключевым событием явилось проведение летом 1991 г. в Москве IX Европейского конгресса нейрохирургов под его президентством. Научные доклады и дискуссии, дружеское тёплое

общение сближали нейрохирургов Европы, Америки и Азии.

Около 2 тыс. делегатов со всех континентов впервые увидели Москву, её музеи и театры. Первые отечественные нейрохирурги так широко увидели и услышали зарубежных коллег. Теперь ни одно крупное событие в нейрохирургическом мире не проходило без нас.

А регулярный Московский международный нейрохирургический форум из наиболее авторитетных. Российская нейрохирургия стала неотъемлемой частью мирового нейрохирургического сообщества. Недаром в 2009 г. в Бостоне А.Коновалова избрали почётным президентом Всемирной федерации нейрохирургических обществ.

Личность

...После тяжёлой полостной операции, ещё не выйдя полностью из наркоза, я открыл глаза и увидел в палате Сашу. В его глазах были встревоженность и дружеское участие: «Лёня, мы с тобой ещё поработаем». Прогноз его, к счастью, оправдался.

С ним я объездил Россию, многие зарубежные страны – задания программ по травме ЦНС, пленумы проблемной комиссии, юбилей соратников, конференции, съезды. Когда остаются свободные часы – кружение по городу, музеи, природа. Мы оба с ним подвержены гипнозу солнца.

Помню, как в апреле в Ереване прямо с заседания мы мчались к Матенадарану и на его ступенях грелись на солнышке и любовались Арагатом. Саша разделся до пояса, обнажив свой могучий торс, я уснул в пиджаке и при галстукке. Когда очнулись, увидели, что нас снимают кинокамерой. Разговорились с режиссером. Он решил нами иллюстрировать французское издание о современной Ереване – уж очень колоритная пара на фоне скульптуры создателя армянской письменности Месропа Маштоца.

На следующий день, также мечтая позагорать, мы поднялись на опорную стену в стороне от Матенадарана, разделись, легли на камни. «Два жареных тела у ног Месропа», – начал свой экспромт Саша, уснули. Пробудились от энергичного голоса гида, который, показывая на нас, объяснял группе экскурсантов: «Эти люди пришли неизвестно откуда, но все дни лежат у Матенадарана, набираясь мудрости»...

Однажды в Домбае я спускался в люльке подвесной дороги. В синеве мартовского неба над снежными вершинами парил орёл, я взглянул вниз и увидел другого орла, стремительно мчавшегося на лыжах с трёхкилометровой высоты, – это был А.Коновалов.

Спорт неотделим от него. После нейрохирургии это его вторая страсть. Плавание и горные лыжи сопутствуют ему всю жизнь. Но особенно и регулярно он занимается теннисом, в котором достиг мастерских высот. Без спорта он вряд ли смог бы выносить сверхпродолжительные физические и психологические нагрузки многочасовых операций.

Коновалов сострадателен. Помню мы были с ним на пленуме Ассоциации нейрохирургов России на Северном Кавказе. Первого марта 2002 г. вечером прямо в комнату, где заседал пленум, позвонили по мобильному: «Умер Сербиненко». Это был шок для всех. Не могли поверить, что ушёл наш Федя, учёный с мировым именем, основоположник эндovasкулярной нейрохирургии. Было невмоготу. Мы побрели в холодную звёздную ночь среди нависающих громад, покрытых вечными снегами. Шумел лес. Позади остались посёлок и кладбище альпинистов. Милый пёсик

увязался за нами. Вдруг Саша в ужасе закричал: случайная машина сбила собачку. Склонились над бедным животным, чувствуя себя виноватыми и особо переживая случившееся. И, о чудо, бездыханный пёсик начал скулить, двигать лапками, затем поднялся и, прихрамывая, вновь побежал. Яркие мерцающие звезды. Другого чуда не произошло...

Когда я брал интервью у Евгения Примакова, он сказал: «К Александру Николаевичу я отношусь с нежностью. Он так беззащитен, когда речь идёт не о деле, а о нём самом».

У Александра Николаевича блистательный дар оратора и лектора. Ему всегда внимают и коллеги, и студенты, и больные, и граждане, вслушиваясь в каждое его слово – в нём и смысл, и музыка одновременно, всё то, что есть очарование русской речи. Он неисчерпаем, постоянно разбрасывая меткими сравнениями и афоризмами, порой саркастическими: «Кому – корка, кому – икорка», «Лучше быть убыточным, чем убылочным», «Все жалуются на память, но никто на ум», «Чем больше децибелов, тем больше имбецилов», «Лучше хранить, чем хоронить», «Он слишком умён, чтобы быть искренним», «Если лектор безлик, то его лекция ликбез»...

Как-то он сказал мне: «Лёня, мы с тобой так срослись, что стали неразделимы».

Это сюзидательная неразделимость. И мы – аксакалы нашего центра – оба перешагнули в десятый десяток жизни.

Мировой рекорд

Сказать, что время не повлияло на Александра Николаевича, было бы явной неправдой. Но сказать, что время не изменило его сюзидательной сути, справедливо.

Ему принадлежит много профессиональных рекордов. Он был 39 (!) лет директором московского Института нейрохирургии – несравнимо дольше всех своих знаменитых предшественников. 17 тыс. сложных мозговых операций. 51 год он – главный редактор журнала «Вопросы нейрохирургии». Но разве дело только в количестве лет? Конечно, основное в деяниях на пользу отечественной и мировой нейрохирургии. Вклад А.Коновалова на микрохирургическом этапе её развития соразмерен заслугам её основоположников на макрохирургическом этапе становления – Н.Бурденко и А.Поленова. Историческая роль Александра Николаевича очевидна и бесспорна. Но и сегодня он также авторитетен и востребован.

Председатель диссертационного совета, главный редактор журнала «Вопросы нейрохирургии», «тянет» этический комитет... Но может ещё важнее – он душа и совесть полуторатянского коллектива.

«Наше национальное достояние», – так точно определил значение А.Коновалова для России Иосиф Кобзон.

Александр Николаевич продолжает свою ежедневную хирургическую деятельность. Он – самый долгооперирующий нейрохирург в мире за всю 100-летнюю историю этой клинической дисциплины. И это достижение вряд ли будет побито!

...Оранжевой звезде девятой величины в созвездии Стрельца присвоено имя Александра Коновалова.

Звёздный путь великого нейрохирурга продолжается...

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

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

Обсуждения

Территория эмоций

Форум объединил психологов



В Нижневартовске состоялся окружной форум практической психологии и психотерапии «Территория эмоций». В нём приняли участие представители медицинских организаций из городов Югры, а также специалисты МЧС России.

«Наши эмоции – это язык нашей души. Они делают нас уникальными, демонстрируют наши возможности любить, радоваться, горевать и сочувствовать. Иногда эмоции могут быть сложными и непонятными, но именно они делают наш опыт жизни насыщенным и интересным. Помните, что мы все уязвимы и нуждаемся в понимании и поддержке. Пусть этот день станет поводом быть открытыми друг к другу, слушать, слышать и поддерживать друг друга в трудные моменты и минуты радости», – сказала в своём выступлении главный врач Нижневартовской психоневрологической больницы Ольга Жевелик.

Участники мероприятия, приуроченного к 45-летию Нижневартовской психоневрологической больницы, обсудили вопросы системы работы клинического психолога по преодолению травматического стресса; информационно-психологического сопровождения как вида работы психолога с пострадавшими в чрезвычайной ситуации, влияния стресса на психоэмоциональное состояние людей.

Доклады представили не только эксперты психоневрологической больницы Нижневартовска. Знаниями поделилась психолог ГУ МЧС России по Ханты-Мансийскому

автономному округу – Югре Зульфия Талалай, а в режиме видеоконференции перед участниками выступили начальник Уральского филиала Центра экстренной психологической помощи Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий Яна Овчарова; профессор кафе-



дры педагогики и педагогической психологии Санкт-Петербургского государственного университета кандидат психологических наук Оксана Заширинская.

«В нашем субъекте успешно реализуется межведомственное сотрудничество психоневрологических больниц и МЧС России, – отметила главный специалист по

медицинской психологии Департамента здравоохранения ХМАО-Югры, медицинский психолог Ханты-Мансийской клинической психоневрологической больницы Елена Белозерцева. – При возникновении чрезвычайных ситуаций с человеческими потерями в рамках этого сотрудничества, которое выстраивается как раз во время подобных мероприятий, специалисты образуют некий штаб. В каждой больнице имеются психолого-психиатрические бригады, которые включаются в работу для оказания помощи. Благодаря взаимодействию между структурами можно оперативно отреагировать на ситуацию любого масштаба».

В программе форума была предусмотрена и практическая сессия. Здесь специалисты психоневрологической больницы Нижневартовска продемонстрировали техники, которые используют в своей работе с пациентами, оказавшимися в чрезвычайной ситуации или испытывающими сильный стресс.

Как отметил председатель городской Думы Нижневартовска, главный врач Нижневартовской окружной клинической больницы Алексей Сатинов, обмен опытом

между экспертами, помогающими сохранить психическое здоровье граждан, позволяет улучшить навыки, изучать новые методики. Поэтому важность оказания психологической помощи трудно переоценить.

Алёна ЛЬВОВА.

Нижневартовск.

Сотрудничество

Люди в белых халатах на африканском континенте

Группа ставропольских врачей побывала с рабочей миссией в Африке. Российские медики проводили курсы повышения квалификации для местных медработников. Занятия проходили в двух странах: в Демократической Республике Конго (бывший Заир) на базе образовательного центра города Лубумбаши и в госпиталях Бразавиля – столице Республики Конго.

Российские медики читали лекции (всего было четверо лекторов, и при каждом находился переводчик), затем следовало тестовое итоговое занятие, по результатам которого выдавались сертификаты российского образца.

В составе группы был и травматолог-ортопед Ставропольской краевой клинической больницы Игорь Пономарёв. На своих лекциях он рассказывал об актуальных подходах к диагностике, лечению, реабилитации заболеваний и травм опорно-двигательного аппарата.

На двухнедельных курсах ставропольского врача побывали более 100 конголезских медработников. Кроме теоретических занятий, врач разобрал ситуационные задачи и индивидуальные клинические случаи.

«В ходе работы широко использовались наглядные пособия, мультимедийные презентации со снимками МРТ, видеозаписи врачебных манипуляций и инвазивных

вмешательств. На практических занятиях в моём распоряжении имелось оборудование, современные перевязочные и иммобилизационные ортопедические материалы», – рассказал И.Пonomарёв.

Подобные курсы ставропольские врачи проводят в Африке не впервые. Так, И.Пonomарёв в 2022 г. с подобной миссией уже был в Киншасе (столица Демократической Республики Конго). Медицинское сообщество африканских стран высоко ценит уровень подготовки российских специалистов, что и подтвердила вышеназванная миссия.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

На Камчатку Долгушины со-
брались в августе 1987 г. После
девятичасового перелёта на ИЛ-18
из иллюминаторов была видна впечатляющая панорама: в солнечных
лучах показались конусы вулканов,
часть из которых дымилась. В аэропорту Петропавловска-
Камчатского пересели на ЯК-40 и
приземлились в Оссоре.

Жаль, но погожим оказался только первый день в этом районном центре
Корякского автономного округа. Остальные 9 были мрачными и дождливыми.
Население посёлка – четыре с небольшим тысячи жителей – работало на двух
градообразующих предприятиях: в рыболовецком колхозе и на радиолокационной станции с огромным
радаром. Между ними пролегла единственная дорога в 10 км. С другими районами Камчатки Оссору
связывали лишь воздушные и морские пути. Кроме самолёта сюда можно было доплыть на
корабле. На оссорскую пристань приходили суда, с которых выгружали пустые бочки, а забирали
полные – с рыбой. С пристани был виден остров Карагинский.

– Мы попали на корякский праздник «Чайки», – рассказывает Борис Иванович. – Видели национальные танцы – яркое зрелище, которое запомнится на всю жизнь. Но самая
главная причина путешествия на Камчатку, во всяком случае, для меня, была, конечно, рыбалка. В это время рыба шла на нерест, и её изобилие поражаало. Например, если вы проедете на мотоцикле через мелкую речку шириной в четыре
метра, то обязательно погубите несколько лососей. Природный «график» нереста устроен умно. Чем выше вода в реке, тем крупнее идёт рыба. Первая вода самая
большая – тогда идёт чавыча, самая крупная из лососевых. Потом – красница, нерка, кижуч. Последней идёт горбуша – самая маленькая. Тогда и вода в реках самая низкая. И если рыба, как говорят местные жители, «хватанула пресняка», то есть пресной речной воды, значит, надела «брачный наряд». У самца появляется поперечная исчерченность и горб (отсюда – «горбуша»), и рыба с этого момента бездумно идёт вверх по течению. Однако такую «пропитанную гормоном» рыбу в пищу употребляют только коряки, русские обычно не едят, а делают из неё консервы.

А ещё был случай

Десять дней в Оссоре

(Из книги «Академик Борис Долгушин, лидер интервенционных онкорadiологов»)



– Мы попали в Оссору, когда шла горбуша, – продолжает рассказ Борис Иванович. – Но ловили гольца, которого разрешено удить в любой сезон из-за того, что это хищник, который питается икрой и мальком других лососевых. Гольцы охотятся парами. Один стоит по течению, а второй сбоку бьёт в брюхо лососихе, из которой вылетает икра, ручейком попадая прямо в раскрытый рот сообщника. Потом гольцы меняются местами. Ловят эту вкусную рыбку на примитивную удочку с толстой леской без поплавка. Для наживки берётся самая крупная – кетовая или чавычевая – икра, которая засаливается до консистенции пластилина или рыбного глаза засоленной сельдидки. Такая икринка легко насаживается на крючок. Удивительное дело: стоишь по колено в одной красной рыбе и на красную икру ловишь другую красную рыбу! Гольц – рыба небольшая, длиной 20-30 см, попадают отдельные экземпляры под 40 см. На разрезе она почти круглая из-за сплошных мышц. Когда его подсекаешь, возникает ощущение, что поймал рыбку килограммов на пять. А она всего-то с полкило.

Рыбка эта мощна необыкновенно, с глубины всего 60-70 см её очень трудно вытянуть. Несколько раз я падал во время этой рыбалки, поскользнувшись на мокрых валунах, но в целом удовольствие получил неописуемое.

Ещё одно приятное занятие – собирание грибов в тундре. Всё было точно по присказке «один грибочек беру, на второй смотрю, третий примечаю, четвёртый мерещится». Большое счастье, что здесь всегда дует ветер. Иначе вас заживо съели бы комары и прочие гнусы, которым нет счёта. Стоит вам нагнуться к кочке за грибочком или ягодкой, так на вас налетает орава мелких вампиров, кусающих во все открытые, а порой и закрытые места.

Очень интересно видеть карликовую берёзу высотой сантиметров 10-15, а рядом гриб, который выше этой берёзы. При этом зовётся этот гриб – подберёзовик. Так вот, Долгушины набрали в кузовки подберёзовиков, которые очень хорошо заметны. Вокруг – кедрач, жёсткий и непролазный кустарник, в лучшем случае в рост человека. Растёт он на сопочках, и издали

создаётся полное впечатление, что это крупные деревья в роще. Подходишь ближе и видишь густые кусты.

– Вдруг слышим, мычит корова, – вспоминает Борис Иванович. – Мы удивились: откуда здесь ей быть? Мычит громко, будто ногу сломала. Подошли ближе – не корова это вовсе, а медведь, зверь лютый! Поняли мы весь ужас положения и – бежать! Все грибы, что собрали, во время ретировки примялись, превратились в месиво, труху. Да бог с грибами – хорошо, что живы остались! Прибегаем домой, рассказываем о приключении. А оссорцы реагируют спокойно: «А чего бежали-то? Это ж бесполезно. От медведя не убежишь, он намного быстрее человека бегаёт. Мы забыли вам сказать, что если медведь за вами погонится, то надо кидать в его сторону какие-то вещи по одной, снимать куртки с себя и т.д. Он будет останавливаться, нюхать, разбираться, а уж если догнал – закрывайся, лежи и не шевелись». Вот, оказывается, как надо себя вести, а мы и не знали. Местные рыбаки-браконьеры рассказывали: «Однажды ночью медведь подошёл к палаткам, нашёл икру, которую добыли, – почти полную алюминиевую 100-литровую кастрюлю. Сожрал всю, помял её, нагадил и ушёл...» Всё это время рыбаки тихо сидели в палатке и дрожали. Но, говорят, если медведь не обиженный, не подраненный, не пробовал человечины, то он не нападает. Осенью медведи, если голодны, приходят в посёлок, лазают по помойкам, дерут лаек и едят их.

Интересно, что Долгушины через пару дней приходили к сопкам, где собирали грибы, видели там лежки медведей с кучами помёта, наблюдали, как они ловят лососей.

– Каждой корякской семье выделен определённый участок их ро-

довой реки, где они могут ловить рыбу без лицензии, сколько хотят, – рассказывает Борис Иванович. – Из рыбы они делают юколу – вяленую несолёную рыбу. Удивительно, как коряки решают проблему её сушки. У каждого главы рода есть специальный узкий нож, который передаётся из поколения в поколение. Им разделяют рыбу для получения юколы. Два взмаха ножом вдоль хребта – и две половинки рыбы готовы для сушки. Защита от мух, опарыша заключается в идеальном срезе. Когда муха кладёт личинку, той не за что зацепиться, и её сдувает ветром. На зиму некоторые коряки делают запасы «специального» продукта. В бочку слоями кладут головы рыб и перекадывают их мухоморами. К зиме эта «засолка» созревает, они её едят и получают удовольствие от мускарина. Это традиционное сильнодействующее средство, которое до сих пор применяется во время ритуалов, лечения и празднеств.


Борис Иванович рассказывал, что деньги играют в Оссоре не самую главную роль. Они больше нужны на Большой земле. Дома в посёлке не запирают, всем друг с другом делятся.

– Местные рыбаки захотели угостить нас хорошей ухой и устроили лов рыбы сетью, – вспоминает Борис Иванович. – Это была как раз та рыба, которая ещё не «хватанула пресняка». Лососи были потрясающей красоты. И вот на наших глазах у нерок срезали брюшки, а всё остальное – то, что у нас считается самым вкусным... выбрасывали! «В уху не годится, жира нет», – говорили они. Этот эпизод меня поразил.

Когда Долгушины улетали из Оссоры, опять выглянуло солнце.

Альберт ХИСАМОВ,
врач,
журналист.

С К А Н В О Р Д										Др. страна, Йемен	Кервель																																																																																																																																																																																																																							
Кромоглициевая кислота	Город на Лене																																																																																																																																																																																																																																	
			Куприн, повесть		Барбус	Белор. писатель		Каноз		Пушечное		Форма афористики				Фенил, нафтил		Дает молоко		Итал. математик	Чибис																																																																																																																																																																																																													
	Копелян	Монета, Кавказ				Раздражение кожи						Сорт груши	Уплотнение асфальта		Обугл. кончик фитиля	Сын помещика				Исландская бадья	Проверка качества																																																																																																																																																																																																													
			Печатное издание	Роман Камио				Музей, Мадрид		Приятель					Гадающие карты			Форточка																																																																																																																																																																																																																
	Город, Свердл. обл.		Барон, князь			Посуда у казахов		Зачаток гриба				Приток Енисея			Янтарь	Нафазолин																																																																																																																																																																																																																		
					Греч. богиня юности		Неясный шум		Заяц		"Граф" ... России	Древний астрон. инструмент						Багдад																																																																																																																																																																																																																
	Бродячий певец в старину		Грузовая повозка						Набор программ				Сов. танк																																																																																																																																																																																																																					
	Актриса ... Восканян					Гостинная хозяйки						Отбеливающая глина																																																																																																																																																																																																																						
Автор Валерий Шаршуков			Кривая линейка						Старин. бронешлем																																																																																																																																																																																																																									
										<table border="1"> <tr><td>Б</td><td>И</td><td>Д</td><td>А</td><td>С</td><td>С</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Е</td><td></td><td>У</td><td>Т</td><td>Р</td><td>А</td><td>П</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Р</td><td>А</td><td>Й</td><td>Т</td><td>И</td><td>Т</td><td>К</td><td>Л</td><td>И</td><td>О</td><td>Р</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Г</td><td></td><td>А</td><td>Р</td><td>Х</td><td>А</td><td>Р</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>О</td><td>Т</td><td>А</td><td>Р</td><td>А</td><td>Н</td><td>А</td><td>Г</td><td>А</td><td>Н</td><td>Т</td><td>М</td><td>А</td><td>С</td><td>С</td><td>А</td><td>О</td><td>Б</td><td>Л</td><td>А</td><td>В</td><td>А</td><td></td></tr> <tr><td>Л</td><td>Л</td><td>С</td><td>О</td><td>П</td><td>О</td><td>Р</td><td>С</td><td>И</td><td>М</td><td>Б</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>А</td><td>Р</td><td>Л</td><td>Е</td><td>К</td><td>И</td><td>Н</td><td>Р</td><td>Е</td><td>З</td><td>О</td><td>Н</td><td>Л</td><td>Е</td><td>К</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>К</td><td>Е</td><td>О</td><td>И</td><td>Р</td><td>О</td><td>Н</td><td>В</td><td>А</td><td>К</td><td>У</td><td>Л</td><td>А</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Н</td><td>О</td><td>С</td><td>О</td><td>М</td><td>Д</td><td>А</td><td>Н</td><td>А</td><td>Я</td><td>Г</td><td>А</td><td>К</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>										Б	И	Д	А	С	С																		Е		У	Т	Р	А	П																	Р	А	Й	Т	И	Т	К	Л	И	О	Р													Г		А	Р	Х	А	Р																	О	Т	А	Р	А	Н	А	Г	А	Н	Т	М	А	С	С	А	О	Б	Л	А	В	А		Л	Л	С	О	П	О	Р	С	И	М	Б													А	Р	Л	Е	К	И	Н	Р	Е	З	О	Н	Л	Е	К									К	Е	О	И	Р	О	Н	В	А	К	У	Л	А											Н	О	С	О	М	Д	А	Н	А	Я	Г	А	К										
Б	И	Д	А	С	С																																																																																																																																																																																																																													
Е		У	Т	Р	А	П																																																																																																																																																																																																																												
Р	А	Й	Т	И	Т	К	Л	И	О	Р																																																																																																																																																																																																																								
Г		А	Р	Х	А	Р																																																																																																																																																																																																																												
О	Т	А	Р	А	Н	А	Г	А	Н	Т	М	А	С	С	А	О	Б	Л	А	В	А																																																																																																																																																																																																													
Л	Л	С	О	П	О	Р	С	И	М	Б																																																																																																																																																																																																																								
А	Р	Л	Е	К	И	Н	Р	Е	З	О	Н	Л	Е	К																																																																																																																																																																																																																				
К	Е	О	И	Р	О	Н	В	А	К	У	Л	А																																																																																																																																																																																																																						
Н	О	С	О	М	Д	А	Н	А	Я	Г	А	К																																																																																																																																																																																																																						
										<p>Ответы на сканворд, опубликованный в № 43 от 01.11.2023.</p>																																																																																																																																																																																																																								

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 – Е.ЕВЛАНОВА.

Справки по тел.: 8 (495) 608-86-95. Рекламная служба: 8 (495) 608-85-44.
Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: 129110, Москва, ул. Гиляровского, 68, стр. 1.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения); medgazeta72@mail.ru (электронная подписка); www.mgzt.ru
ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 3010181040000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография».
Адрес: 123022, Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр. 1
Заказ № 3036
Тираж 14 009 экз.
Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

