

Медицинская

22 марта 2023 г.
среда
№ 11 (8080)

Газета®



ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

www.mgz.ru

Международный комитет по контролю над наркотиками выражает обеспокоенность тенденцией к легализации немедицинского употребления каннабиса.

Стр. 10

Практику применения противораковых препаратов с недоказанным действием, недоказанной безопасностью и эффективностью необходимо пресекать.

Стр. 11

Все актуальные направления, которые развивал или предсказал академик М.Перельман, в надёжных руках его учеников.

Стр. 15

Ориентиры

Мы можем покончить с палочкой Коха

24 марта отмечается Всемирный день борьбы с туберкулёзом



Девизом этого года стала фраза «Да! Мы можем покончить с туберкулёзом». Статистика последних лет подтверждает такую возможность. Однако есть и определённые опасения. Пандемия COVID-19 негативно повлияла на результаты, достигнутые в прошлые годы в ликвидации туберкулёза в мире. В докладе Всемирной организации здравоохранения подчёркивается, что впервые более чем за 10 лет отмечается рост показателей заболеваемости и смертности.

Сделано многое, но ещё больше впереди

В нашей стране удалось сохранить положительную динамику к снижению этих показателей. Это результат комплексной работы, выстроенной в прошлые годы.

По мнению директора Национального медицинского исследовательского центра фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний Минздрава России, главного специалиста фтизиатра Минздрава России,

Идёт телемедицинская консультация

президента Российского общества фтизиатров, доктора медицинских наук, профессора Ирины Васильевой, несмотря на снижение основных эпидпоказателей, мы далеки от главного – воплощения в жизнь одного из аспектов Целей устойчивого развития, разработанных ООН. Стоит задача – ликвидировать туберкулёз как проблему общественного здравоохранения. Это значит, что необходимо снизить заболеваемость до показателей менее 10 на 100 тыс. населения, смертность – менее 1 на 100 тыс.

«В настоящее время статистика в нашей стране лучшая за весь период наблюдений и составляет 31,1 на 100 тыс. населения. Мы достигли исторического минимума и это небывалый успех! Даже в лучшие советские годы показатель был выше – 34 на 100 тыс. Наиболее активная динамика снижения произошла в последние 3-5 лет, когда комплексная программа Минздрава России под руководством НМИЦ ФПИ внедрялась в регионах. Что касается смертности, она снизилась в 5 раз за последние 15 лет. Однако от полной победы мы ещё

далеки. У нас ещё есть больные, которые заболевают и умирают от туберкулёза», – отметила эксперт.

Наш успех

С конца 90-х годов прошлого столетия в России отмечался рост неутешительной статистики. Вызван он развалом Советского Союза, недофинансированием и, по сути, потерей контроля над туберкулёзом в стране. Поскольку болезнь вызывается бактерией *Mycobacterium tuberculosis*, или палочкой Коха – медленно размножающейся микобактерией, то на развитие эпидемии ушло 10 лет до начала 2000-х годов. Дальше была стабилизация или плато на высоких показателях. После 2014-2015 гг. произошло их резкое снижение, связанное с внедрением программы по снижению смертности от туберкулёза.

Благодаря такому комплексному подходу в 2021 г. ВОЗ исключила Россию из списка стран с высоким бременем туберкулёза.

(Окончание на стр. 6.)

Деловые встречи

Хранители нации

В Москве, как всегда, с успехом прошёл конгресс педиатров России

Совершенствование системы оказания медицинской помощи детям, мультидисциплинарный подход к решению самых разных проблем педиатрии, реализация программы «Десятилетие детства» и многие другие вопросы стали предметом серьёзного разговора детских докторов на форуме.

Когда-то, в сложные 90-е годы, почётный президент Союза педиатров России, главный педиатр Минздрава России, академик РАН Александр Баранов сказал: «Сохраним здоровье детей – сохраним Россию». Эта фраза стала девизом Союза педиатров страны и не раз звучала нынче на состоявшемся XXIV конгрессе «Актуальные проблемы педиатрии», собравшем более 10 тыс. участников, из них свыше 3 тыс. присутствовали вживую, а не онлайн. В приветственном адресе делегатам форума руководитель ФМБА России Вероника Скворцова назвала педиатров хранителями нации. Как же это точно подмечено и как тесно сопряжено с крылатой фразой академика А.Баранова!

Педиатры не просто охраняют здоровье, они его формируют. Ведь основная стратегия – профилактика. А это означает в первую очередь заботу о здоровье здоровых. Поэтому не случайно на конгрессе присутствуют разные специалисты, прежде всего акушеры-гинекологи, ведь, как сказала член-корреспондент РАН Любовь Рычкова, важен замкнутый круг: здоровье будущей матери, беременной, рождение здорового ребёнка, сохранение здоровья на протяжении всего детства, преемственность при передаче ребёнка во взрослую сеть.

– Конгресс собирает не только педиатров, а огром-

ную междисциплинарную команду, – говорит Любовь Владимировна. – Сейчас мы, например, прослушав на секции по ожирению доклады спикеров из разных регионов по разным направлениям (кто-то занимается проблемой на генетическом уровне, кто-то – микробиомом, кто-то – реабилитационными программами, кто-то – физической нагрузкой), понимаем, что нужны консорциумы, рабочие группы, которые позволят сформировать научно-практические программы на федеральном уровне. Ведь каждый коллектив разрабатывает какой-то свой аспект, а это необходимо всё консолидировать и тогда продвинемся в решении многих проблем.

Педиатры вовлекают в свою орбиту, помимо медицинских специалистов разного профиля, всё больше педагогов, психологов, родителей, представителей законодательной и исполнительной власти. Пожалуй, на нынешнем конгрессе это было наиболее заметно. Одних только депутатов Госдумы целый десант высадился. А сколько педагогов заинтересовало межведомственное совещание представителей министерств здравоохранения, просвещения, науки и образования РФ, а также координационный совет РАН и Российской академии образования! А какие содержательные дискуссии разгорались на полях Общественно-политического и Гиппократовского форумов, состоявшихся в рамках конгресса педиатров! Как заметил депутат Госдумы РФ Айрат Фаррахов, конгресс педиатров, похоже, единственная авторитетная площадка, которая позволяет генерировать идеи и получать обратную связь, обмениваться мнениями.

(Окончание на стр. 4-5.)

ЭКСПЕРТНЫЙ УРОВЕНЬ

Александр ЧЕРНЯВСКИЙ

Директор НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина, член-корреспондент РАН:

Нельзя назвать нормальной ситуацию, когда региональная онкологическая служба живёт своей жизнью, а расположенные в этом же субъекте РФ НМИЦы, где тоже есть раздел «онкология», живут своей, и эти жизни не пересекаются.



Стр. 7

Новости

Важен собственный пример

В рамках всероссийской информационной кампании «Узнай про донорство костного мозга», стартовавшей в феврале 2023 г. при поддержке Федерального медико-биологического агентства и Национального фонда развития здравоохранения, ФМБА России организовало акцию, направленную на привлечение внимания к вопросам вступления в Федеральный регистр доноров костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток.

«Инициатива ФМБА России по проведению акции «Помоги ближнему» очень важна для развития донорства костного мозга. Число потенциальных доноров в Федеральном регистре уже составляет более 191 тыс. записей. В сегодняшней акции приняли участие более тысячи человек по всей стране. Хочу поблагодарить всех доноров, кто сделал осознанный выбор и решил помочь ближнему, – отметила начальник Управления медицинского обеспечения экстремальных работ и службы крови ФМБА России Ольга Эйхлер.

В акции участвовали сотрудники научных центров и медицинских организаций ФМБА России, а также профессорско-преподавательский состав и студенты высших учебных заведений. Она была проведена во всех 8 федеральных округах РФ, в городах Ростове-на-Дону, Москве, Нижнем Новгороде, Владивостоке, Санкт-Петербурге, Красноярске, Дмитровграде, Ярославле, Екатеринбурге, Лермонтове, Ессентуках, Циолковском, Петропавловске-Камчатском, Заречном, Межгорье, Сарове, Глазове, Кирово-Чепецке, Озёрске, Зеленогорске, Самаре, Тольятти, Новочеркасск, Краснокаменском и т.д. На своём примере доноры показали, как важно помогать пациентам с заболеваниями кровеносной системы.

Все желающие прошли анкетирование, получили консультации врачей и сдали кровь, чтобы вступить в Федеральный регистр. Образцы крови отправлены в лабораторию для проведения HLA-типирования в Кировский НИИ гематологии и трансплантации крови ФМБА России.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Теперь и в книге рекордов

Детская республиканская клиническая больница Татарстана вошла в Книгу рекордов России – впервые в истории медицины республики. Здесь была проведена уникальная операция по удалению аневризмы двухмесячному ребёнку весом чуть более 5 кг. В литературе описано лишь 14 подобных случаев, и все пациенты были в возрасте от 6 месяцев.

Диагноз был поставлен без ангиографии, с помощью аппарата УЗИ экспертного класса. «Таким образом ребёнок избежал наркоза, инвазии и облучения», – говорит врач ультразвуковой диагностики Олеся Печерица. Из-за аневризмы девочке грозила атрофия предплечья и кисти. «Пульс уже не определялся», – отмечает сосудистый хирург Дмитрий Осипов. Команда хирургов удалила аневризму, концы сосуда были сшиты с помощью микрохирургической техники (просвет плечевой артерии – около 1 мм!).

Через 2 недели маленькая пациентка была выписана, прошло 3 месяца, девочка чувствует себя хорошо, сообщили в Минздраве республики.

Сергей ЯКОВЛЕВ.

Республика Татарстан.

Сложный случай
с успешным результатом

Врачи Псковской областной клинической больницы провели две высокотехнологичные нейрохирургические операции.

У пациентов диагностировали перелом пятого грудного позвонка и острый остеомиелит. Такая травма является очень серьёзной и может привести к инвалидности. Для проведения операций был приглашён травматолог-ортопед заведующий 6-м хирургическим отделением Санкт-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии Минздрава России Денис Наумов.

Пациенту с переломом грудного позвонка проведена декомпрессия позвоночного канала с сохранением задних структур. Он уже начал активно подниматься, мужчине предстоит долгий период реабилитации.

Второму пациенту выполнен первый этап хирургического лечения гнойно-воспалительного заболевания позвоночника. После успешной операции ему назначили антибактериальную терапию.

Данные операции относятся к категории высокотехнологичной медицинской помощи и были выполнены в рамках ОМС, сообщили в Минздраве России.

Владимир ЧЕРНОВ.

Псков.

В ЛНР впервые оформлен
электронный больничный

В Новопсковской центральной районной многопрофильной больнице ЛНР оформлен первый электронный лист нетрудоспособности.

– В России с 2022 г. медорганизации оформляют больничный исключительно в электронном виде. Это удобно: документ не может быть утерян, испорчен или подделан. Он оперативно поступает в Социальный фонд России, и пациент быстрее получает социальные выплаты. Врач сокращает время на оформление документов и может уделять больше внимания непосредственно осмотру и назначению лечения, – отметил помощник министра здравоохранения России Алексей Кузнецов.

В дальнейшем листки нетрудоспособности в электронном виде будут оформляться всем жителям Луганской и Донецкой народных республик, Запорожской и Херсонской областей.

Внедрение цифровых услуг – одна из задач в рамках работы по интеграции новых регионов в систему здравоохранения РФ.

Юрий ДАНИЛОВ.

Луганская Народная Республика.

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

Инициатива

Академическая
благотворительность

Учёные-медики помогают лечить раненых военных

Члены Отделения медицинских наук РАН показали всему научному сообществу пример искренней сопричастности тому непростому периоду истории, который в настоящее время переживает наша страна, а также неравнодушия к судьбе защитников Родины.

Осенью 2022 г. академик-секретарь Отделения медицинских наук Владимир Стародубов и заместитель академика-секретаря Валерий Береговых выступили с инициативой объявить сбор средств для оказания медицинской помощи военнослужащим, которые были ранены при выполнении служебного долга в зоне проведения специальной военной операции и теперь находятся на лечении в Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова в Санкт-Петербурге. Отклик учёных-медиков был очень активным и показал их бескомпромиссную гражданскую позицию.

– Мы обратились к коллегам по Отделению медицинских наук с предложением перечислить месячную академическую стипендию в адрес благотворительного фонда, который затем должен был оплатить покупку необходимых расходных материалов, медицинских изделий и медоборудования для клиники ВМА. Откликнулись 357 академиков и членов-корреспондентов отделения РАН. Общая сумма пожертвований составила 22 млн руб., – рассказывает В.Береговых.

На днях от начальника ВМА, академика РАН, генерал-лейтенанта медицинской службы Евгения Крюкова в адрес руководства Отделения меднаук пришло письмо, в котором он выразил благодарность своим коллегам по РАН и благотворительному фонду. «Такую помощь – не на словах, а на деле – трудно переоценить. Когда отличным докторам помогает отличная



Аппараты Илизарова, подаренные академиками РАН, очень востребованы

техника – это гарантия спасения пациента», – отметил Е.Крюков.

Как человек военный, а значит дисциплинированный, начальник ВМА приложил к благодарственному письму полный список того, что было закуплено на средства, собранные учёными-медиками. Именно благодаря помощи научно-общественного удалось купить лестничные подъёмники для исторических зданий клиники ВМА, которые не оборудованы лифтами. Теперь маломобильные пациенты могут свободно перемещаться по этажам корпусов. Кроме того, приобретены противопролежневые системы, изделия для остеосинтеза, аппараты Илизарова и приборы для лечения ран отрицательным давлением.

По словам В.Береговых, подобная помощь научного сообщества ведущей военной клинике страны, которая помогает встать на ноги и даже вернуться в строй раненым военнослужащим, может стать регулярной. Более того, академики уже «заразили» идею благотворительности некоторых российских про-

изводителей медицинской техники и расходников.

– В конце минувшего года в ВМА проходило выездное заседание Бюро Отделения медицинских наук РАН. Тогда многие участники выразили желание посетить клиники ВМА, где проходят лечение участники специальной военной операции. Нам удалось не только оценить своими глазами первую партию медоборудования, приобретённого к тому времени на пожертвованные нами деньги, но и лично пообщаться с ранеными. Увиденное и услышанное произвело такое сильное впечатление, что было принято решение о дальнейших регулярных пожертвованиях в благотворительный фонд для помощи пострадавшим военнослужащим. Эти мужественные люди заслуживают того, чтобы им была оказана медицинская помощь самого высокого уровня, – говорит В.Береговых.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Опыт

Высокое мастерство хирургов

Специалисты Национального медицинского исследовательского центра онкологии Минздрава России в Ростове-на-Дону выполнили сложную операцию молодому пациенту из Донецкой Народной Республики. За год до обращения в ростовский онкоцентр у 34-летнего жителя города Енакиево диагностировали опухоль, которую удалили в родном Донецке. Однако через несколько месяцев после операции состояние пациента стало ухудшаться.

Донецкие врачи выявили метастатическое новообразование забрюшинного пространства и назначили химиотерапию. Две линии противоопухолевого лекарственного лечения не дали положительного результата – опухоль продолжала стремительно расти, вовлекая в процесс внутренние органы брюшной полости и сосуды.

Для лечения такой патологии необходимо оказание высокотехнологичной медицинской помощи: высокое мастерство хирургов и современный хирургический инструментарий. Молодой человек обратился в НМИЦ онкологии. После дополнительного обследо-



проведение адъювантной химиотерапии и динамическое наблюдение. Прогноз благоприятный, – отметил О.Кит.

– Я благодарен, что, несмотря на сложный случай, ростовские онкологи смогли мне помочь.

Восхищён, насколько оперативно решались все организационные вопросы, связанные с оформлением документов и госпитализацией. Все мне помогли и поддерживали, – делится пациент Николай.

Высокотехнологичная операция была выполнена в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации.

Алла МЫСНИК,
внешт. корр. «МГ».

Ростовская область.

Визиты

Новый старт — новые возможности

Министр здравоохранения России Михаил Мурашко и Посол Республики Шри-Ланка в РФ Джанита Лиянаге провели встречу с целью обсуждения вопросов развития существующих и новых направлений российско-ланкийского сотрудничества в сфере здравоохранения. Стороны отметили, что десятилетия двустороннего взаимодействия отличались взаимопониманием и стремлением к упрочению сотрудничества.

Пандемия новой коронавирусной инфекции стала вызовом для систем здравоохранения многих стран. Опыт борьбы с COVID-19 дал старт развитию медицины нового уровня, что также положительно сказалось на развитии международного взаимодействия в сфере охраны здоровья.

Глава Минздрава России отметил, что в российской системе здравоохранения произошли важные изменения, позволившие повысить эффективность работы отрасли.

— Сегодня идёт кардинальная перестройка системы здравоохранения во многих странах, и Российская Федерация не является исключением. Контроль инфекционных заболеваний и готовность к новым вызовам, возможность быстрой перестройки системы в соответствии с новыми задачами, а также цифровизация системы здравоохранения являются одними из ключевых задач развития. Цифровизация осуществляется очень быстрыми темпами: COVID-19 подтолкнул развитие всех цифровых технологий в системе здравоохранения, — сообщил М.Мурашко.

В рамках встречи стороны обсудили возможности развития сотрудничества по целому ряду направлений, в числе которых медицинское образование, фармацевтика и цифровизация в здравоохранении. Глава Минздрава России подчеркнул готовность создавать условия для увеличения числа ланкийских студентов, обучающихся в российских государственных медицинских вузах, а также в рамках последипломных программ.

М.Мурашко рассказал о российском опыте внедрения в медицину цифровых технологий и производства отечественных медицинских изделий.

— Сегодня цифровой профиль пациента позволяет осуществлять профилактику ряда хронических заболеваний и состояний пациента, а также работает на предупреждение заболеваний. Кроме того, в период пандемии Российская Федерация эффективно решала вопрос обеспечения населения лекарственными средствами. Успех в данном направлении позволил сохранить многие жизни, финансовые средства и ресурсы, — отметил министр.

Посол Шри-Ланки выразила благодарность российской стороне за открытость к сотрудничеству и готовность вести диалог по наиболее спорным сторонам взаимодействия в области здравоохранения.

По итогам встречи российская и ланкийская стороны достигли договорённости о проведении ряда консультаций профильных специалистов сферы фармацевтики, образования, цифровизации, а также отметили важность прямых контактов между министерствами здравоохранения РФ и Шри-Ланки.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

Решения

Обновлённые вакцины на предстоящий эпидемический сезон

Директор НИИ гриппа им. А.А.Смородинцева Минздрава России Дмитрий Лиознов отметил, что эксперты Комиссии по составу вакцинных штаммов для гриппозных вакцин ВОЗ объявили решение для Северного полушария на сезон 2023-2024 гг.

В состав трёхвалентных гриппозных вакцин войдут два компонента по гриппу А подтипов А(H1N1)pdm09 и А(H3N2), а также один компонент гриппа В (викторианский), и для квадριвалентных вакцин — два компонента по гриппу А подтипов А(H1N1)pdm09 и А(H3N2)

и два компонента по гриппу В (викторианский и ямагатский).

— Российские производители уже приступили к выпуску обновлённых вакцин на предстоящий эпидемический сезон, и летом 2023 г. вакцины начнут поступать в медицинские организации для начала кампании по вакцинации. Многолетние международные и российские исследования показывают, что ежегодная вакцинация значительно снижает вероятность тяжёлого течения заболевания и минимизирует вероятность летальных исходов, в том числе в группах риска, — сказал Д.Лиознов.

Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.

Однако

Росздравнадзор выявил нарушения

Территориальный орган Росздравнадзора по Пензенской области провёл проверку соблюдения порядка и стандарта оказания медицинской помощи мальчику со сломанной ногой в Бессоновской районной больнице.

Причиной к организации надзорных мероприятий послужил распространённый в соцсетях в феврале видеоролик, на котором видно, как ребёнок со сломанной ногой из-за неработающего в учреждении лифта добирался до рентгенкабинета на 4-м этаже ползком по лестнице. В приёмном отделении, по словам матери мальчика, его встретили добродушно, но после этого начался «дикий квест с непреодолимыми препятствиями». «По коридорам я тащила 11-летнего ребёнка на спине, а по лестницам ему пришлось ползти на коленях», — рассказала она.

В ходе проверки выявлены нарушения существующего законодательства, в том числе и несоблюдение маршрутизации больных по профилю «травматология и ортопедия»: мальчик не был направлен в специализированное медицинское учреждение (травмпункт).

Все материалы проверки направлены Росздравнадзором в

прокуратуру Пензенской области для принятия мер реагирования. В адрес главного врача Бессоновской районной больницы вынесено представление для принятия конкретных мер к недопущению впредь выявленных нарушений закона. Также территориальным органом Росздравнадзора осуществлён контроль за полной разбора данного случая Минздравом области в рамках ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Губернатор области Олег Мельниченко также отреагировал на случившееся, поручив провести служебное расследование и подготовить помещение для рентгенкабинета на первом этаже больницы.

«Считаю такое размещение медицинского оборудования, как и организацию работы, полнейшим абсурдом и проявлением наплевательского отношения к пациентам. Травмпункт должен быть организован максимально удобно для пациентов», — заявил губернатор.

В Минздраве области отметили, что теперь работа приёмного отделения и рентгенкабинета будет строиться в удобном для посетителей режиме.

Сергей ФЁДОРОВ.

Пензенская область.

Криминал

Экс-министра осудили за крупную взятку

Суд в Горно-Алтайске вынес приговор бывшему директору республиканского реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями, экс-министру здравоохранения Республики Алтай Павлу Решетову. Он признан виновным в получении взятки.

Как сообщает прокуратура Республики Алтай, по ст. 290 УК РФ за получение взятки в крупном размере П.Решетов приговорён к 3,5 годам колонии строгого режима и штрафу на сумму 1,2 млн руб.

Кроме того, обвиняемый лишён права занимать административные должности в государственных органах и органах местного самоуправления в течение 4 лет. В ходе предварительного следствия также были арестованы автомобили экс-министра.

По данным суда, в декабре 2020 г. Решетов, будучи главой

детского реабилитационного центра, получил взятку в размере 400 тыс. руб. от поставщика медицинских изделий. За эти деньги руководитель учреждения должен был предоставить организации преференции при заключении госконтрактов на поставку диагностического комплекса, а также другого медицинского оборудования и изделий для центра.

Всё поставленное оборудование было принято и оплачено по поручению подсудимого, сообщили в прокуратуре региона.

П.Решетов возглавлял Минздрав Республики Алтай с августа по декабрь 2018 г. В сентябре 2019 г. он стал директором республиканского реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями. В марте 2022 г. занял пост главного врача Кош-Агачской районной больницы.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Республика Алтай.

Ситуация

Снизилась смертность от болезней системы кровообращения

Главный специалист кардиолог Минздрава России Сергей Бойцов рассказал о снижении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Он привёл данные статистики за 2022 г., согласно которым коэффициент смертности от болезней системы кровообращения снизился на 11,1% по сравнению с аналогичным периодом 2021 г. и составил 570,6 на 100 тыс. населения, что также ниже показателя 2019 г. (573,2 на 100 тыс. населения).

По сравнению с 2019 г. отмечается снижение смертности от болезней, связанных с повышенным кровяным давлением (на 15,5%), от инсульта (9%) и инфаркта миокарда (8,8%). В январе-феврале 2023 г. смертность от болезни системы кровообращения снизилась на 12,6% по сравнению с указанным периодом 2019 г.

— В 2021 г. наблюдалась повышенная нагрузка на систему здравоохранения по причине высокой заболеваемости COVID-19, однако

предпринятые в 2022 г. меры по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями позволили добиться улучшения ряда показателей не только по сравнению с 2021 г., но и по сравнению с 2019-м, — отметил С.Бойцов.

Ведущими мероприятиями, направленными на повышение доступности медицинской помощи по профилю «кардиология», являются мероприятия в рамках федерального проекта по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями и региональных программ. Они включают оснащение медицинских организаций, обновление материально-технической базы, совершенствование организации оказания медицинской помощи, повышение её доступности и качества. Эти мероприятия включают в себя в том числе совершенствование маршрутизации пациентов с острыми коронарными синдромами для своевременного оказания специализированной помощи, увеличение числа телемедицинских консультаций с медицинскими организациями при лечении тяжё-

лых заболеваний, в том числе при сочетанных заболеваниях, а также внедрение новых методов лечения, подчеркнул главный специалист.

В 2022 г. введено в эксплуатацию более 6,4 тыс. единиц медицинского оборудования, в том числе 92 единицы «тяжёлого» оборудования. Более 824 тыс. пациентов высокого риска, находящихся на диспансерном наблюдении после перенесённого сердечно-сосудистого события, получили бесплатные лекарственные препараты.

— Всё это позволило добиться увеличения на 53,3% охвата медицинской помощью пациентов с болезнями системы кровообращения, состоящих под диспансерным наблюдением, на 34,6% — числа рентгеноэндоваскулярных вмешательств; снижения на 24,4% больницы летальности от инфаркта миокарда, на 18% больницы летальности от острого нарушения мозгового кровообращения, — добавил главный специалист кардиолог Минздрава России.

Павел БАЛАГИН.

Акценты

Дети из Сирии проходят обследование и лечение в России

Специалисты Минздрава России, педиатры и детские реаниматологи выезжали в Сирийскую Арабскую Республику для организации медицинского сопровождения. 56 детей доставлены в Российскую детскую клинику больницу Минздрава России. Каждый ребёнок является гражданином России. Ранее дети находились в лагерях для беженцев в Сирии, сообщили в пресс-службе Министерства.

В клинической больнице проведут профилактические педиатрические осмотры и диагностические исследования с целью своевременного обнаружения возможных патологий.

Состояние поступивших детей оценивается как стабильное. Врачи

уже провели первичный осмотр и начали обследование. В случае необходимости детям будет оказана высококвалифицированная медицинская помощь в стенах больницы.

С 2018 г. реализуется программа по установлению местонажде-

ния и возвращению на Родину несовершеннолетних российских граждан, которые находятся на территории Сирии и Ирака. За 5 лет в федеральной клинике оказали медицинскую помощь более 200 российским детям из зон вооружённых конфликтов на Ближнем Востоке. Благодаря программе многие дети смогли вернуться в Россию, найти своих родственников и обрести полноценную семью.

Игорь НАУМОВ.

(Окончание. Начало на стр. 1.)

– Приведу простой пример, – сказал он. – Несколько лет назад на одном из «круглых столов» конгресса педиатров мы обсуждали вопрос индивидуальных дозировок лекарственных средств для маловесных детей, отсутствие фармпроизводства. Результатом обсуждения стало внесение закона о том, чтобы возродить производственные аптеки. И такой закон принят, подписан Президентом.

Повышение профессионального уровня, обновление знаний – всё это традиционно присутствовало на нынешнем форуме, но ещё явно прослеживалось стремление что-то изменить в реальной жизни. По результатам заседаний создавались инициативные группы, определялись направления совместной работы. То есть не просто люди собрались, поговорили и разошлись, как порой бывает, а наметили план действий и отчасти начали его воплощать.

Поклон предшественникам

Открывая конгресс, президент Союза педиатров России академик РАН Лейла Намазова-Баранова сказала:

Заместитель главного врача ЦРБ Сальского района Ростовской области Татьяна ФРОЛОВА:

– Когда сюда приезжаешь, раскрываются крылья и хочется, вернувшись домой, обнять всех, донести до коллег всё то, что здесь услышала. Бываю на конгрессе ежегодно и всегда покидаю его вдохновлённая, с намерением что-то изменить в учреждении. Конечно, охватить все секции невозможно. Очень интересны симпозиумы по дерматологии, паллиативной помощи, орфанным заболеваниям, расширенному неонатальному скринингу, инфекции мочевых путей. Кстати, последний собрал огромное количество слушателей. Много полезного прозвучало и по грудному вскармливанию, и по питанию детей раннего возраста, и по ожирению. Приеду домой, будем смотреть с врачами видео с конгресса.

– Мы, педиатры, свято чтим прошлое, ценим настоящее и уверены в будущем великой России. Особенность нынешнего форума в том, что он посвящён 150-летию со дня рождения Георгия Несторовича Сперанского, гениального человека, великого врача и учёного, который уже в те годы был убеждён – здоровье нации зависит от здоровья детей.

Имя Г.Сперанского многократно звучало в ходе конгресса: и в клинических докладах, и в воспоминаниях современников.

– Я до сих пор чувствую тепло рук Сперанского, хотя минуло 70 лет, как Георгий Несторович меня осматривал, – поделился сокровенным академик РАН Виктор Тютельян. – Ребёнку меня привели к нему в больницу, приоткрыли дверь в кабинет и сказали: «Этот тот мальчик, который съел 10 лимонов подряд».

О Г.Сперанском говорили и как об одном из организаторов государственной системы охраны здоровья детей в нашей стране, и как об основоположнике отечественной неонатологии и научного направления по изучению физиологии и патологии детей раннего возраста.

Педиатры трепетно относятся к заслугам великих предшественников, к тому, что было достигнуто предыдущими поколениями.

А.Баранов, делая доклад о юбилейных датах педиатрии (а их немало: 165 лет со дня рождения Генриха Турнера, 100 лет со дня рождения Николая Зернова, Юрия Исакова, Елены Лукьяновой, Андрея Мазурина, Елены Новиковой, Митрофана Студеникина, Николая Тюрина...) нашёл тёплые слова о каждом юбиляре и призвал помнить и чтить учителей. Традиционно Союз педиатров России начинает каждый свой конгресс с напоминания о предшественниках, с рассказа о великих людях, внёсших весомый вклад в охрану детского здоровья, а потом ещё и посвящает каждому юбиляру отдельный симпозиум. И это несёт огромную воспитательную подоплёку. Вспоминается признание



Деловые встречи

Хранители нации

одного американского профессора, который, будучи в России лет 10 назад, был поражен уважительным отношением российских студентов к преподавателям. Тем, что они встают при входе педагога в аудиторию.

Конгресс уже много лет проводится в предвыходные и выходные дни. И это несколько не останавливает педиатров, наоборот, многие считают такой вариант оптимальным, позволяющим не отпаиваться с работы. И едут, едут со всех концов страны. Директор Департамента медицинской помощи детям, службы родовспоможения и общественного здоровья Минздрава России Елена Шешко была удивлена, увидев переполненный огромный зал в 9 часов утра:

– За последнее время посетила 5-6 различных конгрессов, и всегда утром на них вживую присутствовало 10-15 человек. Организаторы объясняли, дескать, много подключилось людей онлайн. А здесь полон зал!

Достигая успехов, двигаться дальше

На торжественной церемонии открытия конгресса министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко в своём приветствии подчеркнул беспрецедентное развитие педиатрической службы за последние годы, в том числе инфраструктуры. По его словам, активно реализуются мероприятия по организации трёхуровневой системы педиатрической помощи. С 2019 г. в рамках Национального проекта «Здравоохранение» построено и реконструировано 12 детских больниц. Продолжается строительство ещё более 20 объектов. Всего планируется возвести 39 современных детских больниц, которые будут располагать не только уникальными возможностями для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, но и условиями для комфортного пребывания матери и ребёнка. Почти в 3 тыс. детских поликлиник и поликлинических подразделений внедрены организационно-планировочные

Главный врач детского психоневрологического санатория «Теремок» (Калининград) Галина ШУЛЯК:

– Конгресс – это возможность пообщаться, послушать наших учителей, обменяться мнениями и обогатиться новыми знаниями. А тема, которая меня сейчас волнует, – это нарушение развития детей, психические и поведенческие расстройства, увеличение частоты встречаемости такой патологии, как расстройства аутистического спектра. Несмотря на то что выявляемость стала лучше, возможности этапного оказания медицинской помощи с учётом комплексного подхода ограничены. Например, в психоневрологическом санатории не предусмотрен врач-психиатр. Расстройства аутистического спектра не внесены в перечень медицинских показаний для санаторно-курортного лечения в таких учреждениях неврологического профиля, как наше. Некоторые традиционные взгляды, в том числе на санаторно-курортное лечение детей, нужно менять.

чем оптимистичен. Однако есть регионы, где это не просто большая проблема, она катастрофическая. Система оказания медицинской помощи в педиатрии особенная,

Л.Намазова-Баранова, обращаясь ещё и к научному сообществу.

Сегодня государство выделяет колоссальные деньги не только на систему оказания медицин-



решения, закуплено свыше 20 тыс. единиц диагностического и лечебного оборудования. Строятся 3 федеральных реабилитационных центра.

Глава Минздрава попросил участников конгресса уделить особое внимание детям от 10 до 18 лет. По его мнению, в этой возрастной категории нужны инновационные решения для сокращения как смертности, так и инвалидности.

– Мы получили очень хорошие показатели по снижению младенческой смертности, и наша с вами задача следующего этапа – снизить показатели детской инвалидности, – ориентировал докторов руководитель отрасли.

В своём докладе Е.Шешко, отметив достижения педиатрической службы, обозначила и другие задачи.

– Если честно, то меня расстроил показатель младенческой смертности – 4,5 промилле, хотя он такой же, как в развитых странах, а в ряде случаев даже лучше, – призналась она. – Расстроил, потому что весь год это было 4,3.

Да, постоянно совершенствуется материально-техническая база. Но мало строить и развивать инфраструктуру, нужно готовить кадры. Мониторинг укомплектованности педиатрами первичного звена здравоохранения демонстрирует, что в амбулаторных условиях показатель, как выразилась представительница Минздрава России, более

50% посещений – это посещения с профилактической целью и 50% – в связи с заболеванием. Поэтому специалист должен быть универсальным. А педиатрия всегда была такой универсальной специальностью.

– Вы владеете более широкими знаниями, чем взрослые врачи, ведёте пациента от рождения до 18-летия, когда совершенно меняется физиология, – констатировала Е.Шешко. – Мне кажется, что в части кадровой службы нужно расширять навыки, компетенции врачей. И те выплаты в первичном звене, которые сейчас анонсированы Президентом страны, позволят сохранить нашу службу.

Показатель профилактических осмотров фантастический, почти 92% детей охвачены ими в минувшем году.

– Хотелось бы обратить внимание на их качество. Это то, над чем нам надо работать всем вместе. Доля впервые выявленных заболеваний крайне незначительна. Совершенно неблагоприятная ситуация с профосмотрами подростков с целью сохранения репродуктивного здоровья, – мотивировала докторов Е.Шешко.

– Мы находимся фактически на экваторе «Десятилетия детства», которое объявлено с 2017 по 2027 г. За оставшийся период должны прийти к серьёзным результатам, – призвала коллег и

ской помощи, но и на научные исследования. В условиях притока финансовых средств важно правильно их расходовать. Так, по завершении прикладного исследования должен быть конкретный продукт для применения в клинической практике. Нужны сетевые, многоцентровые исследования, позволяющие достигать прорыва в научном плане.

Закон или кодекс?

– Дети – это 20% населения, но это 100% нашего будущего, – напомнил А.Баранов.

Он неоднократно заявлял о необходимости защиты детей, в том числе ещё не родившихся, о ведении беременности двумя врачами (акушером-гинекологом и педиатром), о внесении изменений в законодательство страны.

– Нужен единый закон об охране здоровья детей, где было бы всё прописано в соответствии с Конвенцией ООН о правах ребёнка, начиная с внутриутробного этапа его развития, – в очередной раз настаивает академик.

Много лет назад Союз педиатров России вышел с инициативой создать отдельный закон, который бы объединил все усилия в области детства, не только здравоохранения, а многих других сфер. Что логично, поскольку законодательная база рассеяна по 16 ведомствам. Но до сих пор дело не продвинулось вперёд. Более того, надежды на принятие такого закона мало. Поэтому на конгрессе из уст члена Комитета Государственной Думы по охране здоровья академика РАН Александра Румянцова прозвучало предложение создать кодекс детства. Есть же Уголовный кодекс, лесной, водный и др. На первом этапе планируется собрать всю законодательную базу данных на единой электронной платформе.

– Безусловно, идея об отдельном законе хороша, – считает депутат Госдумы академик РАН Геннадий Онищенко. – Но, к сожалению, законодательная практика вряд ли её поддержит, потому что время целевых законов прошло. А вот предложение создать электронную базу – правильное.

Также считает и А.Фаррахов: – Кодекс, аккумулирующий всё, что касается помощи детям, социальной, медицинской и другой, должен быть. Он объединяет и систематизирует всё то, что влияет на здоровье детей. А на их здоровье влияют не только гарантии медицинской помощи, а в большей степени иные аспекты. Именно педиатры, как никто другой, это понимают. В законодательстве РФ 21 кодекс. Почему бы не появиться 22-му?

Заведующая кафедрой педиатрии Медицинского института Пензенского государственного университета Людмила МУСАТОВА:

– Мы постоянно говорим о профилактике, индивидуальном подходе к пациенту, совершенствовании маршрутизации. И, на мой взгляд, ситуация год от года меняется в лучшую сторону. Наверное, практические врачи и организаторы здравоохранения начинают слышать друг друга. На конгрессе определённая атмосфера, сюда хочется ехать.

Депутат Государственной думы Татьяна КУСАЙКО:

– Конгресс имеет огромное значение для всех педиатров, и не только. Здесь я вижу очень многих моих наставников. Как сказал Президент, образование – это обращение к будущему. Поэтому благодаря таким конгрессам, фундаментальной науке, практическому здравоохранению есть возможность формировать наше будущее поколение в педиатрии.

Хочу поблагодарить академика Л.Намазову-Баранову. Все вопросы, которые касаются практической педиатрии, решаются при её участии в сотрудничестве с Государственной думой, Советом Федерации.

– Если создадим кодекс как единую платформу, на которой будут сконцентрированы все законодательные ресурсы, регулирующие вопросы детства, тогда, может быть, со временем удастся вернуться к законопроекту об охране здоровья детей. Сегодня противоречия кроются в самих регуляторах. Министерство здравоохранения, Министерство просвещения РФ не готовы к решению вопроса. А регионы готовы! Может быть, пойти по пути региональной инициативы и в качестве прообраза разработать закон об охране здоровья детей региона, – размышляет ректор Уральского государственного медицинского университета академик РАН Ольга Ковтун.

Учиться... Но как?

Глубокое отражение на конгрессе нашла тема образования, как вузовского, так и последипломного. По словам А.Румянцева, ошибкой, шагом назад было принятие решения о том, что студенты, оканчивающие вуз, после получения диплома должны приступить к работе, не имея должной практической подготовки, навыков. Необходимо восстановить интернатуру и субординатуру, упразднённые в 2016 г. Последипломная подготовка должна быть полной: базовое образование педиатра обязательно для всех последующих терапевтических специальностей узкого профиля. Каждый узкий специалист должен иметь два образования: одно базовое, а второе узкое. Кроме того, профессиональное сообщество должно взять на себя функцию по контролю за аккредитацией специалистов.

Академик РАН Николай Володин солидарен с коллегой. Он заострил внимание ещё на одной проблеме – утрате системы подготовки научных и преподавательских кадров в вузах. Ранее она выстраивалась следующим образом: научный студенческий кружок – интернатура и ординатура – аспирантура. Наличие такой последовательности сохраняет высшую медицинскую школу и кадровый состав педагогов. Сейчас это утеряно.

По мнению ректора Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета профессора Дмитрия Иванова, на всех этапах обучения, начиная с абитуриента и заканчивая последипломным образованием, есть ряд проблем, которые требуют возврата к прошлой системе. Всё начинается с поступления, потому что провалить готовность абитуриентов к обучению в медицинском вузе только по результатам ЕГЭ не совсем правильно. В советское время было собеседование, в ходе которого выявлялся, помимо уровня знаний, набор личностных характеристик абитуриента, необходимых для врачебной деятельности. Ранее кафедра имела



возможность решающего голоса при отборе студентов, которые будут учиться в ординатуре. Сегодня ни кафедра, ни руководство вуза, по сути, на процесс приёма в ординатуру влияния не оказывает. Поэтому даже способный выпускник, известный своими научными исследованиями, если не имеет кредитных единиц, поступить в ординатуру не может.

Большая проблема возникает при переводах студентов из вуза в вуз, поскольку сильно отличаются учебные программы. Причём настолько сильно, что разница по некоторым предметам к третьему курсу достигает 500-600 часов. В стране нет единых программ, единых учебников, единого образования.

Очень серьёзный вопрос об обучении через всю жизнь. Были институты повышения квалификации, их уже нет. Есть только РМАНПО. Как сказала О.Ковтун, на рынке господствуют частники, которые получают лицензию на образовательную деятельность в регионах, не имея для этого ни кадров, ни ресурсов, ни отточенных программ.

Главный врач городской клинической больницы № 40 Москвы, Герой труда РФ Денис Проценко тоже привлёк внимание к необходимости совершенствовать последипломную подготовку и расширить спектр детских специальностей. По его словам, в номенклатуре нет отдельной специальности «детская анестезиология и реаниматология», хотя такие кафедры есть в РНИМУ и в других вузах.

– Сейчас мы сталкиваемся с тем, что существует единая база вопросов при аккредитации анестезиологов-реаниматологов, хотя есть особенности медицины критических состояний, анестезиологического обеспечения в педиатрии.

Большую тревогу у доктора вызывает декабрьское постановление правительства № 2351 2022 г., позволяющее за 1296 часов из специалиста по лечебному делу подготовить хирургов, травматологов и анестезиологов-реанима-

тологов без разделения на детских и взрослых. Возникает масса вопросов к этим обучающим программам, считает главный врач.

Объять необъятное

Это было поистине масштабное мероприятие и по тематике (симпозиумы проходили одновременно в 12 залах), и по вовлечённости специалистов: неврологи, гине-

кологи, хирургии, эндокринологи, травматологи, представители самых разных областей медицины. И конечно, педиатры. Одна из моих собеседниц призналась, что приехала на конгресс, несмотря на то, что находится в официальном отпуске. Пропустить не могла. Вз-



ла билет за собственные деньги и нисколько не пожалела.

– Практикую не так давно, поэтому много нового узнаю для себя, – рассказала она. – Некоторые лекции слушаю взахлёб. Бывает, в нескольких залах сразу

Главный врач Челябинской областной детской клинической больницы Галина КИРЕЕВА:

– Великое счастье принадлежать к нашему сообществу, присутствовать на таких мероприятиях, которые для нас организует Союз педиатров России. Каждый доклад несёт огромное количество мощной информации, идей, технологий. И мы должны в своих территориях воплощать это на практике. Особая благодарность академику Л.Намазовой-Барановой. Для меня она – вождь российской педиатрии. Её команда знает реальную ситуацию в детском здравоохранении страны: от Калининграда до Владивостока.

обсуждается ряд интересных для меня тем, даже затрудняюсь, что выбрать.

В рамках конгресса прошло огромное количество мероприятий. В их числе 1-е рабочее совещание детских сурдологов-оториноларингологов и педиатров.

– Это – наша новая инициатива, – прокомментировала Л.Намазова-Баранова. – Считаем, что сурдологи искусственно подтянуты к оториноларингологам, ведь они не хирурги. Наверное, имеет смысл готовить их из педиатров и больше вовлекать в педиатрические инициативы, в том числе и в рамках неонатального аудиоскрининга.

Деля обзор событий, произошедших на конгрессе, она отметила, что организаторы II

Директор Медицинского института Мордовского университета им. Н.П.Огарёва член-корреспондент РАН Лариса БАЛЫКОВА:

– Если охарактеризовать коротко, то это грандиозное событие в жизни педиатров. Мне кажется, на конгрессе не было неинтересных тем. Использование антибиотиков в лечении, роль сна, волонтерство... – для каждого нашлось то, что ему близко. Разве кому-то будет не интересна тема кардиологических болезней у детей? В конце концов ведь они определяют будущую заболеваемость и смертность населения России. А питание? Это один из факторов, решительно влияющих и на развитие, и на здоровье детей. Всё, что обсуждалось на заседаниях профильных комиссий, и на совещаниях главных специалистов, очень важно, поскольку намечает стратегию развития детского здравоохранения в России. Какие из глобальных проблем сейчас надо решить? Наверное, проблему юридической поддержки врачей. На мой взгляд, очень остро стоят вопросы междисциплинарного взаимодействия и взаимодействия с непрофильными специалистами, сотрудничества медиков с образовательными организациями. В охране здоровья детей нет несущественных аспектов. Мы не можем дистанцироваться ни от семьи, ни от школы, ни от службы социальной защиты.

Всероссийской вакцинальной асамблеи «Защищая поколения» в этом году призвали себе в помощь искусство, чтобы визуализировать послы. И все секционные заседания начинались с демонстрации того, как на протяжении веков инфекции и вакцинация отражались в произведениях изобразительного и других видов искусства.

Привлекла внимание многих докторов 3-я Всероссийская конференция по социальной педиатрии. Как обычно, на ней выступали, помимо российских, иностранные спикеры. В непростой политической ситуации российские специалисты по-прежнему сотрудничают с зарубежными коллегами, обсуждая актуальные проблемы.

суждения непростых аспектов жизни 6-й Гиппократовский форум.

Был примечателен 12-й Евразийский форум по редким болезням, на который были приглашены пациенты и их родители.

Единство взглядов специалистов сестринского дела с врачебным сообществом в обсуждении многих вопросов продемонстрировал 12-й форум детских медицинских сестёр.

На большом подъёме прошёл 16-й Международный форум детских хирургов, урологов-андрологов и травматологов-ортопедов.

Подчеркнём, все эти перечисленные мероприятия состоялись в рамках конгресса.

Приятные моменты

Ну, какой же праздник без тёплых слов! Конечно же, звучало много приветствий и поздравлений. Педиатров приветствовала и.о. председателя Счётной палаты РФ Галина Изотова, поблагодарила Союз педиатров России за эффективное сотрудничество, исключительный профессионализм и компетентность. Со значимым событием в жизни педиатрического сообщества участников конгресса поздравила руководитель Росздравнадзора Алла Самойлова, отметив ведущую роль Союза педиатров России – одной из крупнейших профессиональных организаций, объединяющей более 70 тыс. специалистов.

Глава Роспотребнадзора Анна Попова подчеркнула вклад педиатров в защиту детей от инфекций. Разумеется, и педиатры умеют быть благодарными.

Высшей наградой профессиональной организации – медалью Г.Н.Сперанского «За выдающиеся заслуги в охране здоровья детей» награждены хранитель памяти о Г.Сперанском, его внук Алексей Овчинников, главный научный сотрудник НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Елена Байбарина, главный педиатр Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга Анатолий Симаховский.

Дипломы профессиональной ассоциации «За заслуги в охране здоровья детей России» вручены академиком РАН Николаю Володину, Александру Коновалову, Евгению Насонову, Геннадии Сухих, Виктору Тутельяну.

Награды получили и победители конкурсов, проводимых Союзом педиатров России. Среди лауреатов – ректор Астраханского государственного медицинского университета Ольга Башкина.

– Испытываю радость от того, что победила в номинации «Врач года», для меня необыкновенно значимой, – сказала она. – Да, я являюсь ректором университета, но предметом моей особой гордости всегда было то, что я – детский доктор. Чувствую себя сегодня в этом зале членом нашей большой семьи педиатров. У нас особое отношение к нашей профессии, к коллегам.

Валентина
ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

**Педиатр Морозовской детской городской больницы (Москва) Анастасия МОСКАЛЁВА:**

– Мне были интересны вопросы вакцинации, это сейчас актуально, особенно в связи с ростом заболеваемости корью. Я даже на родительскую секцию пришла ради того, чтобы послушать, как мои коллеги отвечают на вопросы мам и пап о прививках, чтобы потом использовать это в своей практике на приёме, в общении с родителями пациентов. Ведь меня спрашивают о том же. И конечно, очень полезны симпозиумы по аллергологии, где представлены результаты последних исследований. Всегда интересно послушать, что новое открыли и как это можно применять в практической деятельности.

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Пандемия COVID-19, безусловно, наложила свой негативный отпечаток. Если мы посмотрим зарубежную статистику, то в ряде стран отмечается рост смертности и заболеваемости туберкулёзом. Связано это с неоказанием плановой помощи нуждающимся больным и невыявлением этого заболевания.

«В нашей стране, несмотря на то, что у нас в 2020-2021 гг. были ограничения по профосмотрам, удалось удержать ситуацию под контролем и не позволить эпидемиологическому процессу пойти вверх. У нас сохраняется положительная тенденция, это существенное отличие от мировой эпидемиологии по туберкулёзу. В отдельных регионах произошёл небольшой рост, но он выражается в единичном числе случаев. Мы это связываем с пандемией и ослаблением переболевших коронавирусом... Палочка Коха присутствует в организме многих взрослых людей, но она не проявляет себя, пока организм крепок. Как только защитные силы ослабевают или иммунитет подорван, это приводит к манифестации туберкулёза. До победы над ним ещё далеко, но мы стремимся к ней», – подчеркнула Ирина Анатольевна.

Туберкулёз – болезнь не только маргиналов

Люди, далёкие от медицины, считают туберкулёз заболеванием алкоголиков и наркоманов. Конечно, последние входят в группу риска, потому что не проходят регулярное обследование, и у них часто выявляются запущенные формы.

Но, к сожалению, это относится не только к маргинальным слоям населения, но и к среднестатистическому социально благополучному молодому человеку. Зачастую люди из этой категории чувствуют себя энергичными и здоровыми, считают, что им нет необходимости проходить флюорографические осмотры. Но именно молодые в первую очередь подвержены риску заболеть. В возрасте 20-45 лет – наибольшее число поражённых туберкулёзом, поэтому игнорировать профосмотры нельзя.

Чтобы полностью излечиться от туберкулёза, нужно минимум 6 месяцев, при лекарственной устойчивости – 12-18 месяцев. «Поэтому мы опасаемся тяжёлых форм, с лекарственной устойчивостью. Это заболевание коварно тем, что долго не даёт о себе знать, самочувствие остаётся хорошим. Могут быть лёгкое недомогание, сонливость, снижение работоспособности, но у кого не бывает таких признаков весной, или когда человек очень загружен? Очень часто люди не обращают на это внимания. А когда появляются такие выраженные симптомы, как температура и кашель, получаем далеко зашедшую стадию», – уточнила эксперт.

Важно как можно больше говорить о профилактике, необходимости скрининговых осмотров, профилактическом лечении, если выявлено инфицирование. В тех регионах, где заболеваемость выше среднероссийской, необходимо ежегодно посещать профосмотры, а в более благополучных субъектах Федерации – раз в 2 года. Если есть сведения о контактах с больными туберкулёзом или организм ослаблен другим тяжёлым заболеванием,



Ориентиры

Мы можем покончить с палочкой Коха

то здесь не надо ждать, необходимо обратиться в поликлинику.

Пациентоориентированный подход

– Ирина Анатольевна, какие направления борьбы с этой инфекцией планируется усилить в ближайшее время?

– Туберкулёз – это комплексная проблема, и все звенья работы по борьбе с этой болезнью должны работать на высоком уровне. Если хотя бы один аспект будет забыт или ослаблен, то вся программа окажется безуспешной, как это произошло во всём мире в период пандемии.

В настоящее время в оказании медицинской помощи делаем акцент на пациентоориентированный подход. Раньше абсолютно всех больных с диагнозом или подозрением на туберкулёз госпитализировали в стационар, обследовали и длительно лечили. Сейчас мы идём по пути отказа от ненужных госпитализаций. Если соматическое состояние больного удовлетворительное, и он не представляет опасности для окружающих, то находится в круглосуточном стационаре нет необходимости. Мы наращиваем усилия, чтобы развивать амбулаторное лечение, больной не должен выпадать из социума, и вместе с тем он обязан получать медицинскую помощь.

У нас существует строгая фтизиатрическая служба, которая контролирует как ситуацию в регионе в целом, так и лечение конкретного пациента. Для этого внедряются новые технологии, в частности, видеоконтролируемое лечение – очень перспективный и удобный метод. Он позволяет следить за состоянием больного и приёмом им необходимого количества лекарств.

Также хотела отметить более широкое развитие цифровых технологий в скрининге туберкулёза. Известно, что детям проводят кожные или иммунологические пробы для выявления заболевания, а взрослые проходят флюорографическое обследование. Сейчас с развитием цифровых



технологий это стало проще. Разработаны системы искусственного интеллекта, которые позволяют выявлять патологию в лёгочной ткани и помочь врачу с решением о необходимости проведения углублённой диагностики.

Важно приложить усилия для лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Это глобальная проблема. Вся мировая медицина говорит о ней с начала 2000-х годов. Ситуация лучше не становится, поскольку бактерия имеет особенность приспосабливаться. Лекарства создаются не так быстро, как микобактерия вырабатывает устойчивость. Если будет бездейственно одно даже очень сильное и важное лекарство, то шансы на быстрое и хорошее излечение значительно снижаются, поэтому для лечения нужен не один препарат, а даже 4-5 одновременно. Необходимо в организационном плане развивать выявление лекарственной устойчивости бактерий.

Радует, что у нас есть все необходимые средства отечественного производства. Здесь мы полностью не зависим от зарубежных разработок. В течение 24 часов возможно выявить лекарственную устойчивость, а значит, вовремя начать правильное лечение и дальше его контролировать.

Подбор схем, персонализация лечения – это тоже приоритет нашей российской фтизиатрии, поскольку мы исходим из особенностей пациента и возбудителя туберкулёза и, конечно, ориентируемся на индивидуальный спектр чувствительности и устойчивости конкретного возбудителя. Персонализированная схема лечения – это наше главное отличие от других стран.

– Вы отметили, что лечение больного туберкулёзом – очень сложный процесс с постоянным подбором лекарств

время защититься от неё, вовремя провести обследование и получить при необходимости профилактику.

– В России наблюдается тенденция отказа от прививок. Пока в процентном соотношении это немного. Насколько важно делать прививки?

– Все прививки крайне важны для того, чтобы уберечь в первую очередь детей от развития тяжёлых, смертельных форм заболевания. У нас большинство новорождённых прививается в роддоме – среди них нет смертности от туберкулёза. Смертельные случаи возникают среди тех, кто не прошёл вакцинацию своевременно. У них развиваются менингит, генерализованный туберкулёз – дети просто не выживают. Прививка нужна как раз для того, чтобы не развивались такие формы. Это очень важно! Пока есть туберкулёз, прививаться нужно.

– Проба Манту. Вокруг этого способа определения заболевания сложилось много предубеждений и даже мифов. Что выбрать – её или диаскинтест? За каким из этих способов будущее, или появится что-то третье?

– Оба способа нужны, но для разных целей. Проба Манту сегодня используется преимущественно для проверки у ребёнка реакции на вакцину БЦЖ и необходимости вакцинировать его повторно.

Аллерген туберкулёзный рекомбинантный представляет собой кожный тест для выявления инфицирования возбудителем туберкулёза. Особенно это важно для детского населения. В прошлом году тест вошёл в консолидированные методические рекомендации ВОЗ, которые являются основным предписанием для мирового врачебного сообщества.

Что будем делать дальше?

– Подводя итог, можно коротко обозначить планы на предстоящие годы в области борьбы с туберкулёзом?

– В первую очередь важны профилактика и своевременное лечение. Для достижения этой цели будут максимально внедряться и развиваться цифровые медицинские решения для скрининга, диагностики. Но главная задача – сделать их доступными для всех.

Важный вопрос – разработка лекарств и новых схем химиотерапии. В борьбе с туберкулёзом необходимо появление новых антимикробных препаратов. Именно они позволят эффективнее лечить болезнь в случаях с приспособлением бактерий к отдельным видам лекарств.

Кроме того, будет развиваться мониторинг и контроль за лечением с помощью дистанционных технологий.

Всё это приблизит нас к достижению главной цели – победить туберкулёз!

Сергей БАДАЧЕНКОВ,
корр. «МГ».

Москва.

Поводов для разговора с директором Национального медицинского исследовательского центра им. Е.Н.Мешалкина членом-корреспондентом РАН Александром ЧЕРНЯВСКИМ оказалось сразу два. Первый – публикация в № 4 «МГ» от 01.02.2023 статьи «Моноили много-?» в продолжение дискуссии, по какому пути должна развиваться система оказания онкологической помощи в РФ.

Второй повод – известие о том, как специалисты центра им. Е.Н.Мешалкина и Новосибирского областного онкодиспансера объединились, чтобы помочь пациентке с раком молочной железы, которая страдает хронической почечной недостаточностью и более 10 лет находится на программном гемодиализе. Ни в одном лечебном учреждении региона из числа тех, которые официально включены в региональную схему маршрутизации онкобольных, прооперировать женщину с таким набором проблем не смогли бы.

– Александр Михайлович, в Новосибирской области работают 5 федеральных медицинских учреждений разных профилей, и в 4 из них есть раздел «онкология» – у кардиохирургов, нейрохирургов, травматологов и офтальмологов. Между тем, насколько я знаю, год назад ни один из них не был включён официально в региональную систему оказания онкопомощи. Что-то с тех пор изменилось?

– Пока ничего не изменилось, во всяком случае для нашего центра точно. Тем не менее, когда к нам обратились коллеги из онкодиспансера с просьбой помочь этой пациентке, мы откликнулись сразу. В итоге больную госпитализировали к нам в клинику, наши специалисты обеспечили диализную поддержку до операции и в раннем послеоперационном периоде, а также реанимационное пособие, а онкомаммологи из НОКОД приехали и выполнили операцию.

Центр им. Е.Н.Мешалкина хотя и является федеральным, то есть формально для региона он «не свой», тем не менее регулярно оказывает поддержку областному здравоохранению, особенно когда речь идёт об экстренных пациентах кардиологического профиля, например, с острым коронарным синдромом и разрывом аорты, острой тромбозом лёгочной артерии. Однако и при плановой хирургии существует необходимость в такой помощи, когда есть сложный больной с сочетанной патологией и необходимо участие специалистов разного профиля. К таким больным в первую очередь относятся как раз онкологические пациенты, которые требуют наблюдения не только онколога, но также кардиолога, сосудистого хирурга, нефролога, эндокринолога. Казалось бы, очевидное решение – работать в коллаборации возможностей. Выигрывает и пациент, и система здравоохранения. Но, к сожалению, если говорить об онкологических больных, пока такое взаимодействие федерального центра и регионов происходит только в эксклюзивных ситуациях.

И хорошо, если оно вообще происходит. Бывают случаи, когда коморбидный онкологический больной не может получить помощь в специализированном учреждении, так как там нет возможностей для этого, но и в многопрофильную клинику его не направляют, поскольку не все онкологи имеют представление о возможности других областей медицины. Приходя на работу в клинику им.Е.Н.Мешалкина из онкослужбы, они открывают для себя много нового.

Вот наглядный пример. Из специализированного учреждения выписывают онкологического пациента с IV стадией рака на консервативное паллиативное лечение. В истории болезни сказано, что у мужчины злокачественная тимоме с прорастанием опухоли в верхнюю полую вену. По всем протоколам, объясняют ему онкологи, операции в таких ситуациях не делаются. Но он не операбелен с точки зрения общей хирургии, а с точки зрения кардиохирургии вполне операбелен! Мы взяли этого больного на операцию, большую часть новообразования вывели без искусственного кровообращения, затем, когда осталась только опухоль с тромбом в верхней полой вене, подключили аппарат ИК, «охладилась» до 18 градусов, остановили АИК и убрали фрагмент верхней полой вены вместе с правым пред-

сердием, поставили на это место гомографт. С нами на операции работал торакальный онколог, недавно устроившийся на работу в наш центр. Он был просто поражён увиденным: выходит, такие большие операбельны?..

Такого рода задачи возможно эффективно решать только в команде разных специалистов, а не по отдельности. Если в Краснодаре академиком Порхановым создана

и онкологии. Нам не просто стало тесно в рамках монопрофиля, а жизнь подтолкнула к такому решению: средний возраст пациентов растёт прямо пропорционально накоплению коморбидности. Оставить этот факт без внимания – значит подвергать опасности большое число больных: ты можешь совершенствоваться в своей клинике узкоспециализированное направление медицины, но не будешь компетентен в другом, а пациенту-то как быть?

– А как у нас?

– А у нас, если в кардиохирургическом центре у пациента развивается «острый живот», надо вызывать неотложку и везти человека в больницу скорой помощи. То же самое, если в городском стационаре выполняют лапароскопическую операцию и случайно перфорировали аорту, вызывают специалистов из кардиоцентра. От этого надо уходить.

– Онкохирургия – особый раздел хирургии, здесь всё должно

Экспертный уровень

Поделили беспощадно на «своих» и «чужих»

Систему оказания медицинской помощи нужно переосмыслить концептуально



сердием, поставили на это место гомографт. С нами на операции работал торакальный онколог, недавно устроившийся на работу в наш центр. Он был просто поражён увиденным: выходит, такие большие операбельны?..

– Это был паллиатив или радикальное лечение?

– Пусть онкологи определяют, что это было: вот уже третий год, как тот пациент жив. Он житель Сахалина, каждый год делает КТ с контрастированием и присылает нам снимки. Сейчас мы готовим публикацию в научном журнале об этом клиническом случае.

А теперь цифры: по данным академика А.Каприна, до 20% пациентов с онкологической торакальной патологией получают отказ в хирургическом лечении рака в связи с сопутствующими кардиологическими заболеваниями. До сих пор большинство онкологов считают, что пациенты с диагнозами ИБС, постинфарктного кардиосклероза не для них, и опускают перед человеком «железный занавес». А чей тогда это больной? В отличие от специализированных онкоклиник наш центр готов такими больными заниматься, они могли бы быть прооперированы здесь.

– Могли бы, но...

– Пока действительно «но», хотя со сменой главного онколога региона забрезжила надежда. Кооперация кардиохирургов и онкологов необходима, это сотрудничество может существенно изменить к лучшему и возможности оказания онкопомощи, и её результаты. Технологи, применяемые в кардиохирургии, дополняют и улучшают технологии онкологического лечения. Так же, как и наоборот. Например, неверно делает тот, кто при злокачественной опухоли сердца

сильная служба грудной хирургии с огромным опытом, то как можно взять и приказом перенаправить онкобольных из этой клиники куда-то ещё? Чего можно добиться исполнением такого приказа? Только увеличения летальности.

Через наш центр за год проходит порядка 2 тыс. онкологических больных, из них четверть – коморбидные пациенты, которым выполняются этапно онкологические и кардиохирургические вмешательства, лучевая и химиотерапия. В свою очередь, применение таких технологий существенно, на годы продлевает жизнь больным.

Кардиологи, кардиохирурги и онкологи должны быть рядом и работать дружно хотя бы потому, что кардиологическая и онкологическая патологии зависимы друг от друга и потенцируют друг друга. Кардиохирургия благодаря своим возможностям увеличивает продолжительность жизни людей, а если растёт продолжительность жизни населения, увеличивается и число онкологических больных. В свою очередь, растущее число онкобольных влечёт за собой увеличение сердечно-сосудистой заболеваемости, в том числе как результат кардиотоксичности химиотерапии. Это очевидно и должно быть прогнозируемо при принятии решений на уровне государственной системы здравоохранения.

– В центре им. Е.Н.Мешалкина эту взаимозависимость осознали задолго до нацпроекта «Онкология» и до появления нового минздрава? Порядок оказания онкопомощи, который всех раззадорил.

– Действительно, 12 лет назад мы в дополнение к кардиохирургии открыли отделения нейрохирургии

и расширили профили работы – идут и другие федеральные специализированные центры, в том числе онкологические. В НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина, в НМИЦ радиологии им. П.А.Герцена создали отделения кардиоонкологии и кардиохирургии. Видимо, опыт центров Алмазова и Мешалкина всё-таки убеждает коллег в правильности преобразования из моно- в многопрофильные учреждения.

– Означает ли это, что время монопрофильных клиник уходит в прошлое?

– Да, и это надо признать. Монопрофильность сохранится, скорее всего, в очень узком спектре разделов медицины, например, в офтальмологии, стоматологии.

На мой взгляд, система оказания медицинской помощи должна быть переосмыслена концептуально. Я думаю, в любом направлении медицины должны остаться по одному специализированному центру для того, чтобы заниматься научными исследованиями, разработкой и апробацией новых технологий, их внедрением и трансляцией в широкую клиническую практику. Пусть они исполняют организационно-методологическую роль.

Что касается представления, будто в монопрофильных федеральных клиниках должны сосредоточиваться все самые сложные пациенты, это как раз идёт вразрез с реальностью: как видно на примере онкологии, монопрофильным клиникам в одиночку сложных коморбидных больных не вытянуть. Каждый четвертый онкологический больной, пролеченный в нашем центре, был с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы. В многопрофильном стационаре есть условия для выполнения симультанных операций таким больным, в монопрофильном их нет.

Возможно, кого-то раздражают отсылки к зарубежному опыту, но само по себе изучение чужого опыта очень и очень полезно. Могу привести два примера организации работы, которые мне кажутся оптимальными. Первый – медицинской городок в Хьюстоне: несколько крупных клиник разного профиля находятся в непосредственной близости друг от друга и тесно сотрудничают, проблемы любого пациента с сочетанной патологией при таком подходе решаются просто.

Другой пример – знаменитая многопрофильная клиника Мейо, где оперируют вообще всё. Для них нет проблемы, когда поступает пациент с некрозом кишечника и серьёзной кардиологической патологией или онкобольной с острой ишемией нижних конечностей. Тут же собралась команда специалистов и прооперировала.

быть подчинено единым подходам к лечению рака, иначе помощь окажется неполной и некачественной. Как говорят главные онкологи Минздрава России, «вы там наоперируете, а нам потом переделывать». Такое же тоже возможно.

– Я понимаю обеспокоенность главных специалистов, они совершенно верно говорят, что необходимо следовать стандартам и порядкам оказания онкопомощи, а не заниматься самостоятельностью с предсказуемо сомнительными результатами. Поддерживаю двумя руками! Они лидеры в данном направлении медицины и должны следить за тем, чтобы онкопомощь везде, где её оказывают, была в русле клинических рекомендаций. Наша задача – соблюдать эти правила. Но это не значит, что надо заведомо по формальным признакам отсеять всех, кто уже нарабатал опыт и успехи в онкологии, от системы оказания онкопомощи.

Нельзя назвать нормальной ситуацию, когда региональная онкологическая служба живёт своей жизнью, а расположенные в этом же субъекте РФ НМИЦы, где тоже есть раздел «онкология», живут своей жизнью, и эти жизни не пересекаются. Мы готовы работать в сотрудничестве с региональной онкослужбой, пропишите нас туда как полноправных участников. Давайте объединим возможности. К сожалению, при столь высокой онкологической заболеваемости работы хватит всем. Мы провели недавно День открытых дверей, так на консультации к нашим онкологам пришло 180 новосибирцев. Выявлено 4 случая первичных опухолей, много рецидивов. Взяли больных и на лучевую, и на химиотерапию. Если всё так хорошо в региональной онкослужбе, почему эти больные не лечатся там?

Наконец, если бы всё было так прекрасно в государственной онкослужбе, не процветала бы онкология в частных клиниках. Я знаю негосударственные медцентры, где на химиотерапию очередь, а ведь там расходы человек оплачивает сам.

Так, может, всё-таки не замыкаться в узком кругу, а задействовать возможности всех лечебных учреждений, способных решать задачи онкологии? Напомню, что целью нацпроекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» является снижение смертности от рака до 180 случаев на 100 тыс. населения. Этой цели невозможно достичь без участия многопрофильных федеральных центров, оказывающих онкологическую помощь.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 11 (2371)

(Продолжение. Начало в № 8 от 01.03.2023.)

Рентгенологическая картина при свернувшимся гемотораксе весьма вариабельна и зависит от стадии его развития. В ранние сроки рентгенологическое исследование в подавляющем большинстве случаев выявляет затенение гемоторакса, не смещаемое при перемене положения тела. Гораздо реже удаётся определить неомогенность этого затенения, а во второй стадии – возникновение множественных горизонтальных уровней жидкости в верхней части затенения. Стоит учитывать, что объём гемоторакса менее 300–500 см³ при рентгенографии лёгких не определяется. При диагностике задержки плевральной жидкости при тупой травме грудной клетки ультразвуковое исследование плевральных полостей превосходит рентгенографию лёгких. УЗИ позволяет с большой точностью визуализировать гемоторакс, однако чувствительность метода зависит от квалификации врача-специалиста. Также метод не позволяет дать полную оценку изменений в грудной полости вследствие недоступности некоторых отделов плевральной полости и затухания сигнала в воздушной среде (лёгкое, пневмоторакс).

Рекомендуется всем пациентам со свернувшимся гемотораксом выполнение торакоцентеза и/или дренирования плевральной полости в целях оценки характера отделяемого.

Характерным признаком свернувшегося гемоторакса являются отрицательные результаты пункций плевральной полости из нескольких точек. При наличии функционирующего плеврального дренажа прекращение поступления жидкости, несмотря на наличие затенения на рентгенограмме лёгких является достоверным признаком свернувшегося гемоторакса.

Травма кровеносных сосудов груди

Рекомендуется у всех пациентов с подозрением на повреждение кровеносных сосудов груди выполнение: рентгенографии лёгких (при тяжёлом состоянии пациента и при невозможности выполнить рентгеновское исследование в вертикальном положении – исследование выполняется лёжа); трансторакального ультразвукового исследования плевральных и перикардиальных полостей (по методике FAST); чреспищеводной эхокардиографии; duplexного сканирования дуги аорты, брахиоцефальных артерий и сосудов корней лёгких; компьютерной томографии органов грудной полости с внутривенным болюсным контрастированием; ангиографии грудной аорты ретроградной; диагностической торакоскопии.

Признаками травмы сосудов груди при инструментальном исследовании являются:

- на рентгенографии лёгких — переломы грудины, лопатки, ключицы, первого ребра и/или нескольких рёбер слева; облитерация контура дуги аорты, расширение средостения более 8 см, «странное» средостение, отклонение левого главного бронха более 1400 вниз от трахеи, утрата перивертебральной плевральной полоски, расслоение кальцификации в дуге аорты, боковое отклонение назогастрального зонда в пищеводе, боковое смещение трахеи, утрата аортального/лёгочного окна; апикальная плевральная гематома; массивный левосторонний гемоторакс;

- при комплексном УЗИ внутренних органов (в объёме FAST) – визуализируется большой объём жидкости в левой плевральной полости, жидкость в полости перикарда (тампонада), связанные с крупными сосудами гематомы средостения и корней лёгких;

- при УЗИ средостения – выявляются внутриаортальные повреждения (разрыв интимы, интрамуральная гематома и/или расслоение аорты);

- при duplexном сканировании аорты – изменения линейной скорости кровотока и конфигурации доплерографической кривой по аорте, брахиоцефальным артериям и сосудам корней лёгких;

- при чреспищеводной эхокардиографии (ЧП-ЭхоКГ) – диагностируются разрывы интимы, интрамуральные гематомы и расслоение аорты; несмотря на чувствительность и специфичность метода (100 и 98% соответственно), в связи с возможным кровотечением из формирующейся гематомы и/или аневризмы в момент исследования, ЧП-ЭхоКГ при травме сосудов груди имеет ограниченное значение;

- на КТ органов грудной полости – гематома средостения, тотальный гемоторакс, экстрavasация контраста, разрывы и расслоения интимы, травматические аневризмы и/или тромбоз на уровне псевдоаневризмы (чувствительность и специфичность метода достигает 93 и 86% соответственно);

- при ангиографии грудной аорты ретроградной (показана не только для диагностики локализации повреждения, но и для планирования рационального хирургического доступа и эндоваскулярного лечения) – выявляются разрывы интимы и полные разрывы стенки аорты/артерий с экстрavasацией контраста, пульсирующие гематомы и формирующиеся ложные аневризмы (чувствительность и специфичность метода составляет 100 и 98% соответственно);

Закрытая травма грудной клетки

Клинические рекомендации

- при диагностической торакоскопии – напряжённые (пульсирующие) гематомы средостения, жидкость в перикарде (тампонада).

Травма сердца

Рекомендуется у всех пациентов с подозрением на повреждение сердца при ЗТГ выполнение: рентгенографии лёгких (при тяжёлом состоянии пациента и при невозможности выполнить рентгеновское исследование в вертикальном положении – рентгенография лёгких выполняется лёжа); ЭКГ; трансторакальной эхокардиографии (ТТ-ЭхоКГ); чреспищеводной эхокардиографии (ЧП-ЭхоКГ); СКТ; сцинтиграфии миокарда.

Признаками повреждения сердца при инструментальном исследовании являются:

- на рентгенографии лёгких – переломы грудины, множественные (в том числе двойные) переломы рёбер, расширение (до шаровидной формы) тени сердца;

- на ЭКГ – выявляются неспецифические изменения в виде подъёма/депрессии сегмента ST, появление патологического зубца Q и патологического волн зубца T, различных аритмий (синусовая тахикардия, брадикардия, желудочковая экстрасистолия, фибрилляция и трепетания предсердий, преходящие нарушения внутрижелудочковой проводимости, блокады ножек пучка Гиса или их ветвей, различные нарушения AV-проводимости, включая преходящую полную AV-блокаду сердца); Достоверность и специфичность составляют 82 и 68% соответственно;

- на ТТ-ЭхоКГ и ЧП-ЭхоКГ – может определяться перикардиальный выпот, снижение сократительной способности миокарда (дискинезия предсердий и желудочков) и сердечного выброса. Чаще снижается фракция выброса правого желудочка. Могут определяться внутрисстеночные гематомы в желудочках, разрывы папиллярных мышц и хорд, клапанные повреждения и дисфункции, а также тромбы в камерах сердца. Информативность исследований ограничена переломами рёбер, гематомами и отёком грудной стенки, а также тяжестью состояния пациента и квалификацией оператора.

- при СКТ и СКТ с ангиоконтрастированием – диагностируются разрывы миокарда и перикарда (с формированием грыжи/вывиха сердца), гидро- и пневмоперикард, поражение коронарных артерий и клапанов сердца;

- при сцинтиграфии миокарда – выявляются зоны повреждения миокарда; методика трудоёмка с низкой чувствительностью (61%) и специфичностью (74%).

Травма диафрагмы

Рекомендуется вести диагностический поиск рентгенологических признаков повреждения диафрагмы у всех пациентов, которым выполняется рентгенография лёгких по поводу ЗТГ в целом.

Следующие рентгенологические особенности (одно или несколько) могут указывать на возможное повреждение диафрагмы: уменьшение лёгочных объёмов, затемнение гемиторакса, атипичный плевральный выпот, высокое стояние купола диафрагмы либо отсутствие её визуализации, уровни жидкости в желудке и кишечнике выше нормального анатомического расположения диафрагмы, интерпозиция толстой кишки.

Рентгеносемиотика может зависеть от стороны повреждения. Так, при разрыве правого купола диафрагмы в правом гемитораксе определяется интенсивная тень с овальными контурами, выступающая над куполом диафрагмы или сливающаяся с ней. При разрыве левого купола в левом гемитораксе чаще выявляются участки просветления от желудка или петель кишечника. При левостороннем разрыве возможно расширение средостения, в связи с чем необходимо проводить дифференциальный диагноз с повреждением аорты.

Учитывая, что в половине всех случаев грыжевое выпячивание органов брюшной полости в грудную клетку отсутствует, рентгенограмма грудной клетки не всегда позволяет поставить диагноз. Чувстви-

Не рекомендуется применять торакоскопию и лапароскопию в качестве самостоятельных методов диагностики повреждения диафрагмы.

Такие методы диагностики, как торакоскопия и лапароскопия, не являются самостоятельными методами диагностики повреждения диафрагмы. Они подразумевают обязательность осмотра диафрагмы у пациентов, взятых на торакоскопическую/лапароскопическую диагностику или оперируемых по поводу закрытой травмы груди/живота или неясной патологии груди/живота. Они могут выполняться у больных, находящихся в стабильном состоянии при неинформативности других диагностических методов и подозрении на сохраняющийся разрыв диафрагмы.

Травма пищевода (грудного отдела)

Рекомендуется у всех пациентов с подозрением на травму пищевода выполнение рентгенографии мягких тканей шеи и рентгенографии лёгких в нескольких проекциях в сочетании с рентгеноскопией пищевода с контрастированием в диагностических целях.

При выполнении исследования необходимо подтвердить или исключить эмфи-

тельность рентгенографии диафрагмы составляет не более 60%. Она не позволяет непосредственно визуализировать дефект диафрагмы. Тем не менее отсутствие визуализации диафрагмы на рентгенограмме лёгких является независимым фактором риска наличия такого повреждения.

Рекомендуется у всех пациентов с подозрением на травму диафрагмы, находящихся на ИВЛ, выполнение рентгенографии лёгких до и после интубации с целью повышения чувствительности рентгенологической диагностики.

Не рекомендуется использование УЗИ плевральных полостей как основного метода диагностики повреждённой диафрагмы у пациентов с подозрением на них по причине недостаточной чувствительности метода.

УЗИ плевральных полостей следует использовать лишь как вспомогательный метод, позволяющий ориентировочно дифференцировать осумкованный выпот в плевральной полости от желудка и петель кишки. Однако метод недостаточно чувствителен для диагностики лёгочного, аортального, сердечного и скелетно-мышечного повреждения.

Рекомендуется у всех пациентов с закрытой травмой груди и подозрением на травматическое повреждение диафрагмы при наличии технической возможности и стабильном состоянии пациента (позволяющем выполнить данное исследование) выполнение магнитно-резонансной томографии (МРТ) органов грудной клетки с целью точной визуализации анатомии диафрагмы и соответствующего уточнения диагноза.

МРТ может использоваться у пациента в стабильном состоянии, у которого есть сомнительный диагноз и нет необходимости в торакотомии, лапаротомии или для поздней диагностики.

Рекомендуется при невозможности выполнения КТ органов грудной полости у всех пациентов с закрытой травмой груди и подозрением на травматическое повреждение диафрагмы выполнение рентгенографии желудка с бария сульфатом с целью уточнения диагноза.

Примерами причин невозможности выполнения МСКТ являются отсутствие компьютерного томографа, нетранспортбельность пациента, резкое снижение насыщения крови кислородом при его перекладывании. Бария сульфат целесообразно вводить через назогастральный зонд. В этом случае стенка желудка, контрастированная бария сульфатом, не ограничена куполом диафрагмы, а назогастральный зонд, пройдя уровень диафрагмы, уходит вверх и появляется в грудной полости, что является патогномичным признаком.

зему окопищеводных тканей, а также возможные затеки контрастных средств за анатомические пределы пищевода. Рентгенологический метод обследования является основным, так как позволяет установить повреждение пищевода и связанных с ним осложнений. Первичное рентгенологическое исследование выполняется при малейшем подозрении на повреждение пищевода без специальной подготовки пациента. Метод включает обзорную полипозиционную рентгенографию шеи и груди с оценкой состояния средостения, лёгких и плевральных полостей, а также контрастное исследование пищевода с взвесью бария сульфата.

Рентгенография мягких тканей шеи и рентгенография лёгких в нескольких проекциях показаны для оценки мягких тканей (отёк, эмфизема), воздушности ткани лёгкого, выявления патологического содержания в плевральных полостях (пневмоторакс, гидроторакс, пневмогидроторакс, одно- или двусторонний), инородных тел, контуров срединной тени (расширение средостения, пневмомедиастинум), пульсации сердца, а также подвижности диафрагмы, состояния костного каркаса. Для объективизации выявленных изменений и оценки динамики процесса рентгеноскопическое исследование необходимо завершать рентгенографией. Эмфизема окопищеводных тканей, возникающая в течение первого часа, указывает на повреждение пищевода даже при отсутствии затекания контрастного средства за его пределы. Эмфизема шеи может появиться при любой локализации перфорации пищевода и проявляется в виде от единичных пузырьков воздуха до 0,5 см в диаметре при микроперфорациях до массивных линейных просветлений, распространяющихся на грудную стенку. Пневмоторакс при перфорациях пищевода с повреждением медиастинальной плевры проявляется появлением газа от верхушки до тотального пневмоторакса. При обзорном рентгенологическом исследовании гидроторакс выявляется на стороне травмы пищевода и визуализируется в виде гомогенного затемнения в плевральной полости. Изменение конфигурации срединной тени — расширение и затемнение её, сглаженность и нечёткость контуров — выявляется не ранее чем через 6–8 часов после травмы пищевода. Обзорное полипозиционное рентгенологическое исследование позволяет выявить наличие рентгенопозитивных инородных тел при ранениях шеи и груди (нож, пуля, осколок, ложка, металлический зубной протез и пр.) и определить их размеры и локализацию. Рентгеноконтрастное исследование пищевода целесообразно начинать с контрастных средств, не содержащих бария сульфат, поскольку затекание

взвеси бария сульфата в средостение и плевральные полости требует тщательного её удаления. При неинформативности такого исследования применяют взвесь бария сульфата. Использование бария сульфата при контрастном методе исследования пищевода в значительной степени облегчает поиск места травмы в нём во время операции при вскрытии средостения. При рентгенологическом исследовании следует обращать внимание на затёки контраста за пределы стенок пищевода, фиксируя локализацию повреждения (правая или левая боковые стенки; передняя или задняя; с двух сторон).

Рекомендуется у всех пациентов с подозрением на травму пищевода в ходе рентгеноскопии пищевода с контрастированием вести поиск признаков повреждения также и других органов грудной клетки.

Рекомендуется у всех пациентов с подозрением на травму пищевода выполнять УЗИ плевральной полости с целью оценки состояния плевральных полостей и перикарда.

Основной задачей первичного ультразвукового исследования является оценка состояния плевральных полостей и перикарда. Метод позволяет выявить минимальный объём жидкости, что невозможно обнаружить при рентгенологическом исследовании. Динамические ультразвуковые исследования направлены на выявление свободной или осумкованной жидкости в плевральных полостях и перикарде, оценку её объёма, локализацию и характер и своевременно проводить коррекцию хирургической тактики и лечения.

Рекомендуется у всех пациентов с травмой пищевода выполнять эзофагоскопию в целях точной диагностики имеющегося травматического дефекта (дефектов) стенки пищевода и определения тактики дальнейшего лечения.

Эзофагоскопия – метод, который позволяет определить глубину и протяжённость повреждения стенки пищевода. Эзофагоскопия для первичного подтверждения диагноза травмы пищевода возможна, но не является обязательным методом исследования, так как всякое повышение внутри пищеводного давления приводит к распространению инфекции по средостению, а инсультация воздуха при недренируемых плевральных полостях чревата развитием напряжённого пневмомедиастинума или пневмоторакса. При эзофагоскопии оценить истинный размер дефекта обычно не представляется возможным, поскольку происходит сброс воздуха через зону его повреждения. Определение расстояния нижнего края дефекта до пищеводно-желудочного перехода важно для выбора оперативного доступа и возможности фундопликации. При выполнении ЭГДС необходимо оценить возможность применения внутрипросветной ВАК-терапии или клипирования дефекта в стенке пищевода.

Рекомендуется у всех пациентов с травмой грудной клетки при проведении дифференциального диагноза между травмой бронхов и/или трахеи и травмой пищевода как потенциальными источниками эмфиземы околотрахеальных тканей выполнение диагностической бронхоскопии.

В процессе дифференциальной диагностики при подозрении на повреждение пищевода большое значение имеет проведение бронхоскопии. Это связано с тем, что одним из симптомов, указывающих на повреждение органа, является подкожная эмфизема. Однако данный симптом может быть следствием повреждения трахеи, а также при травме других органов и заболеваниях. Бронхоскопия позволяет уточнить причину эмфиземы и установить локализацию повреждения в трахее.

Рекомендуется у всех пациентов с подозрением на травму пищевода выполнять компьютерную томографию органов грудной полости в качестве дополнительного метода исследования, позволяющего одновременно получить данные за потенциальные повреждения других анатомических структур.

Компьютерная томография органов грудной полости является методом диагностики повреждений органов груди, в том числе и пищевода. Преимуществом метода является возможность одновременной визуализации изображения структур в изучаемом срезе в поперечной плоскости с их количественной обработкой по плотности, линейным размерам и объёму различных областей, наличия и локализации инородных тел даже при наличии подкожной эмфиземы, пневмоторакса, выраженности подкожно-жирового слоя. Специальной подготовки для проведения рентгеновской компьютерной томографии шеи и груди не требуется. Стандартной укладкой является положение на спине. Исследование начинают с продольной томограммы во фронтальной плоскости, далее выполняются поперечные срезы с уровня основания черепа до уровня диафрагмы. Для увеличения разрешающей способности метода применяется способ «усиления»

изображения, основанный на внутривенном введении контрастных средств. Для оценки смещаемости содержимого плевральных полостей и дифференциальной диагностики внутри- и внелёгочных скоплений КТ-срезы проводят при перемене положения тела больного. КТ не является ведущим методом первичной диагностики при травме пищевода, но в послеоперационном периоде даёт важную информацию для выявления не дренируемых гнойных скоплений и оценки динамики воспалительного процесса в средостении.

Иные диагностические исследования. Рекомендуется всем пациентам с закрытой травмой груди проведение осмотра в кратчайшие сроки с момента поступления врачами – торакальным хирургом, травматологом-ортопедом, хирургом (в зависимости от наличия соответствующих специалистов в медицинской организации).

Рекомендуется всем пациентам с закрытой травмой груди консультация терапевта и/или кардиолога с целью дифференциальной диагностики при подозрении на ушиб сердца.

Рекомендуется всем пациентам с закрытой травмой груди консультация травматолога-ортопеда с целью дифференциальной диагностики при подозрении на травматическое повреждение грудного отдела позвоночника.

Рекомендуется всем пациентам с закрытой травмой груди консультация нейрохирурга с целью дифференциальной диагностики при подозрении на травматическое повреждение спинного мозга в грудном отделе позвоночного столба.

Рекомендуется всех пациентов при их единовременном поступлении делить на медицинские группы, исходя из принципов медицинской сортировки, и планировать лечение согласно данному разделению.

К первой группе относятся пациенты в крайне тяжёлом состоянии с нарушениями витальных функций. Наиболее вероятно повреждение сердца, крупных сосудов, корня лёгкого, тяжёлая сочетанная травма. Пациенты должны быть немедленно доставлены в операционную, где одновременно с реанимационными мероприятиями проводятся все необходимые исследования – осмотр и выявление клинических симптомов повреждения, рентгенография, ЭКГ, УЗИ плевральной и брюшной полости, эхо-кардиография. Задача диагностического этапа сводится лишь к определению стороны преимущественного поражения, видов и, при сочетанной травме, последовательности операционных доступов. Следует помнить, что основная задача – как можно быстрее начать операцию и выполнить окончательную остановку кровотечения.

Ко второй группе следует отнести пациентов в тяжёлом состоянии, но без нарушения жизненно важных функций. Диагностику и интенсивную терапию следует проводить в протившоковой палате. Обследование включает только необходимый минимум: осмотр, КТ органов грудной полости, ЭКГ, УЗИ плевральной и органов брюшной полости, эхокардиографию, плевральную пункцию или дренирование по показаниям. Дальнейшее обследование проводится после операции и стабилизации состояния пациента.

К третьей группе относятся пациенты в состоянии средней тяжести, без жизнеугрожающих нарушений, со стабильной гемодинамикой. Обследование их проводится в шоковой операционной или протившоковой палате и включает все необходимые исследования (осмотр, КТ органов грудной полости или рентгенография лёгких, ЭКГ, общий (клинический) анализ крови и мочи и биохимический анализ крови общетерапевтический, УЗИ плевральной и брюшной полости, эхокардиография, плевральная пункция или дренирование по показаниям, эндоскопия по показаниям, консультации специалистов).

Четвёртая группа – пациенты в удовлетворительном состоянии. В приёмном отделении проводятся все клинические и инструментальные исследования.

Рекомендуется у всех пациентов, находящихся в стабильном состоянии, начинать осмотр с физических и неинвазивных инструментальных методов.

Диагностические исследования, выполняемые в стационаре на фоне протившоковых мероприятий, должны отличаться высокой чувствительностью и достоверностью при минимальных временных затратах. Объём и последовательность диагностических исследований зависят от механизма травмы и тяжести состояния пациента.

Рекомендуется у всех пациентов проводить точную топическую диагностику локализации не угрожающих жизни повреждений по окончании операций реанимационной направленности.

При нестабильной гемодинамике в первую очередь следует выявить и устранить

нарушения функции внешнего дыхания и продолжающееся кровотечение. При критическом состоянии пациента допустимы посиндромная диагностика и выполнение реанимационных мероприятий и хирургических операций, направленных на ликвидацию синдромов, которые в короткие сроки могут повлечь смерть пациента.

Рекомендуется у всех пациентов с подозрением на тяжёлую ЗТГ проводить мониторинг функций жизненно важных систем организма с целью их контроля начиная с момента осмотра пациента до поступления в стационар, в зависимости от доступных возможностей и материально-технического оснащения.

Наиболее простые меры мониторинга включают следующие мероприятия.

1. Визуальная оценка: общее состояние пациента (удовлетворительное, средней тяжести, тяжёлое, крайне тяжёлое, агональное состояние, клиническая смерть), цвет кожных покровов, оценка дыхания (частота, глубина и т.д.). Обязательно измерение температуры тела.

2. Дыхательный мониторинг: наличие или отсутствие дыхания, проводится оценка дыхания, выслушиваются аускультативные шумы, при наличии пульсоксиметра измеряется сатурация, при наличии кардиомонитора – постоянная пульсоксиметрия.

3. Гемодинамический мониторинг: определение пульса на лучевой артерии (при невозможности – на сонных артериях), неинвазивное измерение артериального давления, частота пульса (ударов в минуту в среднем) на пульсоксиметре. При наличии кардиомонитора проводится мониторинг частоты сердечных сокращений (ЧСС), кривая ЭКГ, пульсоксиметрия, при необходимости – катетеризация (обычно лучевой) артерии и измерение инвазивного АД.

4. Нейромониторинг: оценка общего неврологического статуса, оценка уровня сознания в динамике.

Рекомендуется всем пациентам с тяжёлой закрытой травмой органов грудной клетки на этапе стационарного лечения проведение расширенного мониторинга, включая мониторинг электрокардиографических данных, неинвазивного измерения АД и ЧСС, сатурации (SpO₂) с целью непрерывного мониторинга витальных функций.

Рекомендуется всем пациентам с тяжёлой закрытой травмой органов грудной клетки на этапе стационарного лечения в условиях нестабильной гемодинамики и потребности в вазопрессорной поддержке проведение (при наличии соответствующего оснащения) инвазивного измерения АД.

Показания для проведения (начала) гемодинамического мониторинга:

- тяжёлое заболевание или повреждение сердечно-сосудистой и дыхательной систем с выраженными функциональными нарушениями;
- возрастные функциональные нарушения одной и более систем органов;
- острая массивная кровопотеря травматического и хирургического генеза (> 2,5 л);
- сепсис;
- шок или тяжёлая гиповолемия любого генеза;

• дыхательная недостаточность (PaO₂ < 60 мм рт.ст., SaO₂ < 90 % у пациента при спонтанном дыхании или PaO₂/FiO₂ < 300 мм рт.ст. у пациента на искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ));

• острое почечное повреждение (мочевина > 20 ммоль/л, креатинин > 200 мкмоль/л).

Рекомендуется у всех пациентов с проводимой ИВЛ и вазопрессорной поддержкой проведение мониторинга функции сердца (сердечного выброса) методом эхокардиографии, а также оценка тканевого потребления кислорода, чувствительности к инфузионной терапии и оценка отёка тканей в поздней фазе (в зависимости от технического оснащения службы реанимации и интенсивной терапии).

Для более тяжёлых пациентов, которым проводится ИВЛ и вазопрессорная поддержка, методом выбора является эхокардиографическая оценка функции сердца. Для пациентов в сознании, на спонтанном дыхании и с вазопрессорной поддержкой также рекомендуют тест с пассивным поднятием ног для оценки динамики изменения сердечного выброса. Необходим комплексный подход к мониторингу гемодинамики при интенсивной терапии критических состояний с оценкой среднего АД, ЦВД и центральной венозной сатурации (ScvO₂). Обязательна оценка чувствительности к инфузионной терапии (тест с подъёмом ног, динамические параметры); оценка сердечного выброса вместе с тканевым потреблением кислорода (S(c)vO₂, артерио-венозная разница (Da-vO₂)); оценка отёка тканей в поздней фазе – индекс внесосудистой воды лёгких; достоверная оценка преднагрузки.

Рекомендуется у всех пациентов с закрытой травмой груди проведение дыхатель-

ного мониторинга в непрерывном режиме, включая (в зависимости от оснащения медицинской организации соответствующим оборудованием) все или некоторые (доступные для измерения) параметры и методы: пульсоксиметрия, определение парциального давления кислорода в мягких тканях (оксиметрия), капнография, графический мониторинг механических свойств лёгких в процессе искусственной вентиляции лёгких, дыхательный объём, частота дыхания, минутный объём вентиляции лёгких, пиковое давление в дыхательных путях, податливость лёгких (compliance).

Лечение

Лечение пациентов с закрытой травмой груди подчиняется следующим принципам независимо от выбранной тактики:

- Восстановление и поддержание проходимости дыхательных путей.
- Устранение боли.
- Остановка кровотечения и восполнение кровопотери.
- Адекватное дренирование плевральной полости.
- Герметизация и стабилизация грудной стенки.
- Мероприятия, направленные на скорейшее расправление лёгкого.
- Инфузионная, антимикробная и симптоматическая терапия.

Рекомендуется при оказании неотложной помощи при ЗТГ первоочередное внимание уделять проходимости дыхательных путей (с целью своевременной диагностики их обструкции или потенциальной обструкции), предотвращению аспирации содержимым ротоглотки или трахеи, с целью повышения успешности оказания неотложной помощи.

На первое место при травме груди выступает восстановление проходимости дыхательных путей, что является одним из ключевых моментов оказания неотложной помощи. Самое главное – это правильно диагностировать обструкцию или потенциальную обструкцию дыхательных путей, устранить её и поддерживать дыхание пациента. Никакая экстренная медицинская ситуация, кроме кардиопульмонального шока, не угрожает жизни так, как нарушение проходимости дыхательных путей. Неадекватное восстановление проходимости дыхательных путей и, как следствие этого, нарушение вентиляции лёгких являются одной из основных предотвращаемых причин смерти в результате травмы. При начальной оценке тяжести состояния и оказании помощи пациенту с тяжёлой закрытой травмой груди проводят восстановление проходимости дыхательных путей, далее восстановление дыхания и кровообращения (АВС-метод: дыхательные пути, дыхание, кровотечение). При оказании неотложной помощи пациенту, получившему травму, нужно использовать системный подход, в котором основное внимание уделяется дыхательным путям. Если обнаружены какие-либо нарушения проходимости, нужно немедленно их устранить. Поэтому необходимо уметь правильно оценивать, восстанавливать и поддерживать проходимость дыхательных путей, обеспечивая тем самым адекватную вентиляцию и оксигенацию лёгких.

Рекомендуется у всех пациентов с острой дыхательной недостаточностью, вызванной закрытой травмой грудной клетки, принимать меры по эвакуации патологического объёма в грудной полости (при его наличии).

Рекомендуется у всех пациентов с острой дыхательной недостаточностью, вызванной закрытой травмой грудной клетки, последовательно увеличивать степень инвазивности дыхательной поддержки.

Примером увеличения инвазивности является переход от инсультации кислорода к высокопоточной, далее к неинвазивной ИВЛ, интубации и инвазивной ИВЛ.

Рекомендуется у всех пациентов с закрытой травмой груди в целях успешного проведения ранней трахеостомии руководствоваться следующими показаниями к ней:

1. необходимость вентиляции > 3 суток;
2. тяжесть травмы > больше 45 баллов (ISS);
3. ЧМТ (уровень сознания – кома).

Длительное стояние эндотрахеальной трубки может повлечь за собой развитие тяжёлых осложнений со стороны гортани и трахеи. В ряде исследований показано, что ранняя трахеостомия ведёт к уменьшению частоты случаев НП, продолжительности ИВЛ и длительности пребывания в ОРИТ. Среди прочих преимуществ трахеостомии следует отметить больший комфорт для больного, облегчение мероприятий сестринского ухода (санация дыхательных путей и гигиена полости рта), психологический комфорт и др.

(Продолжение следует.)

9 марта 2023 г. в Представительстве ООН в Российской Федерации состоялась презентация ежегодного доклада Международного комитета по контролю над наркотиками (МККН) Организации Объединённых Наций за 2022 г. и приложения к нему о наличии веществ, находящихся под международным контролем.

Доклад рассматривает такие традиционные темы, как помощь государствам-членам в достижении целей конвенции о контроле над наркотиками и ход реализации Целей устойчивого развития. Одна из тематических глав посвящена легализации потребления каннабиса в рекреационных целях в некоторых странах и позиции комитета по данному вопросу. Также освещались различные проблемы нелегального потребления каннабиса, такие как связь с незаконным оборотом наркотиков и воздействие данного явления на общество в целом.

«Ситуация с обеспеченностью контролируемых на международном уровне веществами для использования в медицинских и научных целях по-прежнему неоднозначна, и во многих местах этих веществ недостаточно, – начала свой доклад в Москве член МККН, заместитель директора по науке Национального научного центра наркологии – филиала Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского, доктор медицинских наук, профессор Галина Корчагина. – Чтобы помочь государствам-членам улучшить положение, МККН опубликовал специальное дополнение к ежегодному докладу комитета за 2022 г. под названием «Не оставить без внимания ни одного пациента: ситуация с обеспечением достаточной доступности находящихся под международным контролем веществ для использования в медицинских и научных целях». Надо отметить, что были трудности в формулировании рекомендаций, в том числе касающихся обеспечения доступности во время чрезвычайных ситуаций».

В докладе представлен анализ тенденции к легализации немедицинского употребления каннабиса, причём различные стратегические подходы анализировались, исходя из положений конвенций о контроле над наркотиками. МККН

Начеку!

Контроль над психоактивными веществами

Состоялась презентация ежегодного доклада Международного комитета по контролю над наркотиками ООН



справедливо отмечает, что легализация использования каннабиса для целей, не имеющих отношения к медицине и науке, идёт вразрез с положениями конвенций о контроле над наркотиками. Предусмотренная в конвенциях система контроля позволяет государствам довольно гибко подходить к вопросам защиты молодёжи, охраны здоровья населения, предупреждения неоправданного применения наказания в виде лишения свободы, борьбы с незаконными рынками и связанной с ними организованной преступностью. Центральное место в конвенциях о контроле над наркотиками занимает принцип соразмерности и установка на повышение эффективности программ профилактики и лечения, а также противодействие организованной преступности посредством социальной профилактики и правоприменения. Данные свидетельствуют о том, что легализация каннабиса не способна удержать молодёжь

от употребления его, и незаконные рынки продолжают существовать.

Безусловно, МККН особенно обеспокоен ростом индустрии каннабиса, которая для сбыта продуктов на его основе прибегает к методам, привлекающим молодёжь, и преуменьшением вреда от употребления сильнодействующих продуктов каннабиса.

В докладе также были проанализированы повсеместно наблюдающийся резкий рост незаконного производства и оборота кокаина и усиление угрозы для здоровья людей вследствие увеличения его доступности и повышения степени чистоты.

Комитет по-прежнему обеспокоен большими масштабами культивирования опийного мака и производства опиума в Афганистане, где необходимо срочно улучшить ситуацию с лечебно-профилактической помощью для всех употребляющих наркотики жителей, особенно женщин. Также обращает внимание

на важность мер по охране и поддержанию психического здоровья, в том числе во время чрезвычайных ситуаций.

В докладе сформулированы рекомендации, направленные на улучшение контроля над химическими веществами, используемыми при незаконном изготовлении наркотиков, и решение проблемы распространения не включённых в списки дизайнерских химических веществ – прекурсоров.

Выполнение рекомендаций, сформулированных в публикациях МККН за 2022 г., будет способствовать не только улучшению ситуации с осуществлением конвенций о контроле над наркотиками, но и достижению целей в области устойчивого развития. Поэтому в помощь правительствам разработан проект «МККН-обучение», Глобальная программа оперативного пресечения незаконного оборота опасных веществ, онлайн-система предварительного уведомления об экспорте (PEN-Online) и другие, помогающие странам обмениваться информацией.

Сегодня, когда международное сообщество стремится восстановить темпы реализации повестки дня на период до 2030 г. после пандемии коронавируса и на фоне чрезвычайных ситуаций гуманитарного характера, осуществление конвенций о контроле над наркотиками имеет решающее значение для охраны здоровья и обеспечения благополучия людей.

«Подытоживая своё выступление, хочу резюмировать, что Международный комитет по контролю над наркотиками выражает обеспокоенность тенденцией к легализации немедицинского употребления каннабиса, которая противоречит положениям Единой конвенции о

наркотических средствах 1961 г., – отметила Г.Корчагина. – Ещё раз подчеркну, что ежегодный доклад за 2022 г. МККН отмечает: в Единой конвенции о наркотических средствах 1961 г. каннабис отнесён к веществам, вызывающим сильное привыкание и способным быть предметом злоупотребления, и что любое его использование не в медицинских и не в научных целях противоречит положениям конвенции. МККН выражает обеспокоенность тем, что эта тенденция, наблюдающаяся среди небольшого числа правительств, ведёт к росту потребления, негативным последствиям для здоровья людей и развитию психотических расстройств; с беспокойством отмечает, что субъекты растущей индустрии каннабиса рекламируют свою продукцию, особенно среди молодёжи, таким образом снижается восприятие риска, связанного с его употреблением; последствия легализации каннабиса для общества сложно оценить, поскольку в разных странах приняты разные законодательные модели, а данных всё ещё недостаточно; выражает обеспокоенность тем, что многие страны по-прежнему испытывают трудности с закупкой достаточного количества контролируемых веществ для оказания медицинской помощи, в том числе в чрезвычайных ситуациях; подчёркивает, что страны конфискуют большие объёмы неконтролируемых химических веществ и дизайнерских прекурсоров, используемых при незаконном изготовлении наркотиков, и выражает обеспокоенность глобальным распространением этих веществ».

Найля САФИНА,
к.р.р. «МГ»,
доктор медицинских наук.

Акценты

В целом ситуация в данном разделе медицины оптимистическая и с заболеваемостью, и с доступностью современных методов лечения, и с подготовкой врачей – так можно охарактеризовать итоги VII Новосибирской школы урологии. На форум собрались специалисты из всех городов Сибирского федерального округа, а также Москвы и Санкт-Петербурга.

– Такие школы-конференции мы проводим ежегодно в феврале, это была уже седьмая встреча. Собираемся, чтобы «сверить часы»: узнать, кто из коллег-урологов над какими научными темами работает, обменяться достижениями в клинической практике, а также для презентации новых лечебных технологий, – говорит заведующий кафедрой урологии Новосибирского государственного медицинского университета, главный уролог Минздрава Новосибирской области, доктор медицинских наук, профессор Игорь Феофилов.

Для учёбы урологов выбран формат, который объединяет теорию и практику. Первый день – «живая хирургия», то есть прямые интернет-трансляции мастер-классов из операционных Новосибирской областной больницы. Специалисты в режиме реального времени показывали, как это делается, – выполняли малотравматичные, щадящие операции на почке или мочевом пузыре, проводили плазменную резекцию простаты, комбинированным способом удаляли коралловидный камень из моче-

Урологические итоги: хорошего больше, чем тревожного

точника. Второй день – обсуждение увиденного и знакомство с новыми методами в каждом из разделов урологии.

По словам профессора Феофилова, программа школы каждый год составляется с учётом того, какие урологические заболевания показали рост заболеваемости, в лечении каких патологий есть особые сложности или, наоборот, достигнуты существенные успехи.

– В этот раз внимание сосредоточили на хирургическом лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы, рака почки, мочекаменной болезни и мужского бесплодия. Мочекаменная болезнь уже долгие годы традиционно на первом месте в структуре урологических заболеваний, именно поэтому наше внимание к ней остаётся по-прежнему высоким. Гиперплазия предстательной железы, к сожалению, набирает темп распространения. Здесь возможны разные способы лечения – и хирургические, и консервативные, выбирать подход необходимо с учётом массы нюансов. Что касается рака почки, мы ставим перед урологами задачу всегда, когда это возможно, выполнять органосохраняющие операции. Наконец, тема мужского бесплодия и рекон-



структивно-пластических операций при аномалиях половых органов у мужчин тоже в числе актуальных, поскольку такой запрос пациентов к медицине нарастает, – поясняет И.Феофилов.

И ещё одна тема, заслуживающая особого внимания, – подготовка специалистов для урологии. Представители Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова рассказали об опыте

этого вуза по обучению молодых врачей современным хирургическим техникам. Вывод такой: клинические ординаторы, которые активно работают на симуляторах, имитирующих картинку настоящего хирургического вмешательства с 3D-эффектом, а кроме того, имеют возможность отрабатывать технику лапароскопии на животных, осваивают лапароскопические и роботассистированные технологии значительно быстрее.

– Надо всё больше и больше внедрять в практику подготовки будущих хирургов методики симуляционного обучения навыкам малоинвазивных операций. Как показывает опыт, у таких молодых специалистов, когда они переходят от симулятора к настоящей видеозендоскопической стойке в реальной операционной, больше уверенности в себе, они допускают меньше неточных движений, – подытоживает профессор Феофилов.

К слову, на базе университета работает один из лучших в России вузовских симуляционных центров. Такую оценку ему дали несколько лет назад министр здравоохранения Вероника Скворцова и руководитель Росздравнадзора Михаил Мурашко. Здесь будущие доктора отрабатывают, в том числе, методики трансуретральной резекции, лапароскопические навыки для выполнения разных операций при заболеваниях почек и мочевыводящих путей. Таким образом, можно с уверенностью сказать, что в новосибирскую урологическую службу приходят уже подготовленные молодые хирурги.

Елена СИБИРЦЕВА,
Новосибирск.

Название фонда поддержки противораковых организаций «Вместе против рака» на слуху и у врачей, и у государственных структур: его экспертов регулярно приглашают на «круглые столы» в Госдуму, они выступают на различных медицинских форумах, связанных с онкологической тематикой. О том, кто и с кем именно объединился против одной из самых больших угроз человечеству, что уже удалось сделать, а что пока в планах, мы беседуем с президентом фонда «Вместе против рака» и исполнительным директором Российского общества онкоурологов России Баходуром КАМОЛОВЫМ.

Просто критика –
это не для нас

– Баходур Шарифович, на сайте фонда указано: «Не принимаем пожертвований». Неожиданно, ведь в представлении большинства людей все фонды аккумулируют финансовые средства, в том числе пожертвования граждан, для каких-либо целей. А что аккумулируете вы?

– У нас не благотворительный фонд. Мы аккумулируем продуктивные идеи и хороших специалистов для реализации этих идей. Здесь собралась большая команда профессионалов из числа врачей, юристов, экономистов и аналитиков. В названии организации сказано, что это фонд поддержки противораковых организаций. Дело в том, что профессиональные врачебные объединения, в том числе онкологического, ориентированы прежде всего на реализацию образовательных проектов. Не все из них имеют возможность заниматься аналитикой отрасли и предлагать пути решения проблем профессионального сообщества так, как это делается в цивилизованном мире, где сформирована культура коммуникации между медицинскими ассоциациями и чиновниками.

У врачебных ассоциаций практически нет прямого диалога с Минздравом России, в рамках которого можно обозначить перед регулятором отрасли свои сомнения, предложения, задать неудобные вопросы. Почему нет такой возможности? Потому что общественные врачебные ассоциации зачастую возглавляют те же люди, которые являются главными специалистами Минздрава, то есть налицо конфликт интересов.

Мы же – структура, которая не имеет никакого отношения к министерству или контрольно-надзорным органам, но имеет взаимоотношения с врачебным сообществом. Это даёт нам понимание реальной ситуации, каковы слабые места в отрасли и как их усилить. А соответственно, возможность правильно формулировать вопросы от имени профессионального сообщества и задавать их органам управления здравоохранением, контрольно-надзорным органам, законодателям во время конференций и «круглых столов».

Причём это не просто эмоциональные оценки и бездоказательные упреки, а выводы и предложения, которые рождаются по результатам серьёзных аналитических исследований в сфере оказания онкологической помощи как в целом по стране, так и в регионах.

– Можно ли назвать работу фонда «Вместе против рака» общественным аудитом существующих нормативных актов в здравоохранении, порядков и медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи? И что главное для вас – показать, кто и где недорабатывает, или же подсказать, как надо делать, и помочь это сделать?

– Мы не занимаемся критикой ради критики, наша задача – всесторонне и глубоко изучать объективную ситуацию в системе оказания медицинской помощи, подкреплять её мнениями специалистов, работающих в отрасли, и на этой основе вырабатывать эффективные решения совместно с законодателями, регулятором и врачебным сообществом.

Обеспечить максимальную доступность и эффективность диагностики и лечения невозможно, находясь в режиме противостояния.

Наши интервью

Не рассорить, а объединить

Аккумулировать хорошие идеи сложнее, чем собирать деньги



Фонд стремится как раз создать такую систему, которая бы координировала и гармонизировала работу всех заинтересованных структур. Любая инициатива и готовое решение, которые исходят от министерств, должны подвергаться рецензии профессионалов, включая тех, кому в рамках этих инициатив и решений затем предстоит работать. Это нормально. Например, научные работники прекрасно знают, что есть три этапа защиты диссертации: утверждение темы, апробация и только потом её защита. Но чиновникам проще спустить «сверху» готовые решения, общественные обсуждения формальны и мало влияют на результат.

Можно проиллюстрировать сказанное историей с клиническими рекомендациями. Как только в конце 2018 г. был принят Федеральный закон о клинических рекомендациях (КР), государство поручило профессиональным сообществам разработать единую для всех методологическую платформу по нозологиям. Мне довелось заниматься организацией подготовки клинических рекомендаций по онкологическим и онкогематологическим заболеваниям, объединять экспертов и профсообщества. За очень короткий срок – 8 месяцев – было подготовлено 84 КР. Их согласовал Минздрав России. Но практически сразу всем стало очевидно: мало написать клинические рекомендации, их ещё надо умудриться реализовать, а также привести в соответствие с текущим законодательством и финансовыми механизмами.

Дело в том, что возможности у регионов и отдельных медицинских организаций разные, а требования о выполнении КР ко всем единые. В клинические рекомендации заложены протоколы обследования, лечения, стандарты лекарственного обеспечения и т.д. Однако до начала работы над КР регулятор не озадачился вопросом, хватит ли ресурсов отрасли на работу в рамках современных клинических рекомендаций. Более того, был принят новый порядок оказания онкологической помощи взрослым, который радикально усложнил работу медицинских учреждений. За этим должна обязательно последовать полноценная гармонизация всех норм и процессов. Как раз сейчас фонд ведёт такую работу, а её результаты передаются регулятору.

Не хватает ни на то,
ни на другое

– А к самим клиническим рекомендациям вопросов нет, они идеальные?

– Ничего идеального нет и быть не может. КР нуждаются в регулярном пересмотре и доработке

онкобольных в целом по стране. Таким образом, денег не хватает даже на существующие рекомендации, не говоря уже о сопроводительной терапии. Пожалуй, только Москва и Санкт-Петербург с их бюджетами могут себе позволить значительное количество онкобольных обеспечивать совре-

соответствует требуемым уровням масштабности и доказательности. Нет доказательств не только эффективности, но и безопасности препарата.

Первые попытки включить цитогенетическую терапию в клинические рекомендации по лечению рака молочной железы предпри-

хотя бы потому, что появляются новые лечебные технологии, новые препараты. Более того, возникают новые обстоятельства: например, оказалось, что из сферы внимания разработчиков клинических рекомендаций и Министерства здравоохранения выпал целый раздел оказания онкологической помощи – сопроводительная терапия осложнённых химиотерапии.

Первыми недоработку заметили эксперты Российского общества клинической онкологии и обратились к нам. Фонд поднял эту тему на разных дискуссионных площадках, привлёк к ней внимание регулятора, и в ближайшее время вопрос должен разрешиться: либо будет поставлена задача написать отдельный том клинических рекомендаций по сопроводительной терапии осложнённых у онкологических больных, либо в тематических КР по нозологиям должны появиться соответствующие разделы.

– Это действительно так важно?

– Фактически данная группа пациентов оказалась никому не нужна: поскольку нет КР, нет и финансирования, отсутствует система организации помощи при осложнённом лечении злокачественных новообразований. Между тем абсолютное большинство онкобольных страдают от осложнённой лекарственной терапии. Таких состояний много, из них 12 основных: тошнота, рвота, нейтропения, анемия и т.д. Они могут проявляться в разной степени, бывает, человеку необходимы не просто противорвотные таблетки, а инфузионная терапия в условиях стационара.

Как уже сказано, в клинических рекомендациях этот раздел не предусмотрен, тарифов на лечение осложнённой практики нет, пациентам приходится не только приобретать препараты за свои деньги, но и самим искать, кто поставит капельницу. В онкослужбе вся помощь исключительно плановая, поэтому с осложнениями больной может поступить только в городскую общелечебную сеть, а там не всегда знают, как помочь такому пациенту. Если бы были тарифы на сопроводительное лечение, в онкологических учреждениях могли бы открыть отделения экстренной помощи для пациентов с осложнениями. Это – одна сторона дела.

Вторая заключается в том, что, когда у больного возникают осложнения, врач должен их купировать, а затем либо снизить дозировку, либо вообще отменить препарат и заменить на другую схему лечения. Возможность варьирования дозировок также необходимо прописать в протоколах лечения и ввести в КР, затем сформировать соответствующие тарифы. С 2023 г. появились некоторые новые возможности в назначении сопроводительной терапии, но они незначительны и в целом на ситуацию пока не повлияли.

Негласно регулятор объясняет это тем, что дополнительные денег на сопроводительную терапию для онкобольных нет, потому что все средства уходят на дорогостоящую «химию». По нашим же оценкам, самые новые схемы лекарственной терапии получают не более 5%

менными схемами лекарственной терапии, в регионах ситуация куда более сложная. Кстати, на этом фоне отчёты главных специалистов Минздрава о внедрении инновационных технологий лечения рака выглядят нелепо.

Не всё то «инновация»,
что так названо

– Помимо оценки нормативно-правового поля фонд следит за появлением наукоёмких медицинских технологий. Почему это представляет для вас интерес?

– Дело в том, что не все так называемые научные инновации, предлагаемые для лечения онкологических больных, в реальности являются таковыми.

Недавно мы провели аналитическое исследование по поводу технологии гипертермии, которая в СМИ была преподнесена как очередная прорыв в лечении рака. На деле оказалось, что сама по себе гипертермия вовсе не является новой технологией, её пытались использовать ещё 30 лет назад, в частности в лечении наркоманов. Теперь предложили «нагревать» онкологических пациентов.

Мы направляли запросы разработчику метода и в федеральный научный институт онкологии, который с этим разработчиком сотрудничает. Два месяца собирали по крупицам информацию. В итоге выяснилось, что, по существу, это не инновация, а чистой воды профанация. Понятно, что государство и народ ждут от науки громких заявлений о прорывах, но когда под видом прорыва преподносится откровенный абсурд, надо пресекать такие действия. Ведь, начитавшись сообщений в СМИ, огромное число людей со злокачественными новообразованиями начнёт воспринимать данный «метод» как свою последнюю надежду.

Увы, это не единичный случай. Причём такого рода информация вводит в заблуждение не только пациентов, но и врачей. Вот почему мы периодически выпускаем материалы с должными экспертными комментариями.

– В отношении лекарственных препаратов бывают подобного рода ситуации: презентуется как инновация, а на самом деле ничего из себя не представляет?

– К сожалению, бывает. Аналогичная история произошла с так называемой цитогенетической терапией рака.

Напомню, что такого метода, как цитогенетическая терапия, в онкологии не существует, хотя он продвигается под этим звучным названием. Его нет ни в европейских, ни в американских, ни в российских клинических рекомендациях. Результаты клинических исследований данной медицинской технологии тоже не опубликованы, хотя разработчик отечественного генно-инженерного препарата, моделирующего действие фактора некроза опухоли (ФНО), утверждает, что они проводились, иначе бы препарат не был зарегистрирован в России ещё в 2009 г.

Мы выяснили: то, что разработчик препарата называет клиническими исследованиями, не является таковым, потому что не

происходило несколько лет назад, это эксперты категорически отказались его включать в КР, так как не было соответствующей доказательной научной базы. И вот сейчас начинается очередная активная рекламная кампания по его продвижению, в том числе на федеральном телеканале, хотя все данные указывают на то, что технология цитогенетической терапии существует только в фантазии заказчиков. Стыдно, что коллеги-врачи участвуют в этом «шапито».

– В чьих силах прекратить это?

– Профессиональные ассоциации онкологов и главные онкологи Минздрава России призваны остановить продвижение препарата с недоказанной эффективностью. А регулятором должна вестись работа по отзыву таких регистрационных удостоверений. Практику применения противораковых препаратов с недоказанным действием, недоказанной безопасностью и эффективностью необходимо пресекать.

– Какие проекты фонду хотелось бы, но пока не удалось реализовать?

– Полностью готов к старту проект ONCOmonitor – паспортизация онкологической службы каждого субъекта РФ. Наши специалисты разработали цифровую платформу в виде интерактивной карты для сбора и визуализации информации о качестве и доступности онкологической помощи во всех российских регионах.

По нашему мнению, это чрезвычайно важный информационный ресурс для органов власти. Мы собрали во всех регионах информацию, и по полученным ответам стало очевидно, что федеральное Министерство здравоохранения не имеет полной информации о том, сколько учреждений онкологического профиля есть в стране, не говоря уже о ресурсной базе этих учреждений: какие там подразделения, каков их коечный фонд, какое медицинское оборудование имеется, какова кадровая обеспеченность. Данные, собранные нами, и те цифры, которые периодически на разных площадках предоставляют чиновники Министерства здравоохранения, существенно различаются.

Очень важно, что в цифровой платформе на объективную информацию о структуре лечебной сети и её «начинке», о показателях онкологической заболеваемости и смертности накладываются результаты общественного мониторинга работы онкослужбы, полученные в ходе анкетирования врачей и пациентов.

Проект – супер. Он может стать внешней экспертизой применения приказа № 116 Минздрава России о Порядке оказания онкологической помощи. Напомним, это тот нормативный акт, который вступил в силу больше года назад и до сих пор вызывает бурные дискуссии внутри медицинского сообщества. Опираясь на данные онкомонитора, регулятор мог бы вносить коррективы в работу онкологической службы.

– От себя добавлю: если, конечно, регулятор в этом заинтересован...

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Рациональное использование пространства

На базе симуляционного центра Алтайского государственного медицинского университета (Барнаул) создано новое виртуальное учебное пространство «Бережливая поликлиника», включающее в себя взрослое и детское отделения, кабинет участкового врача-терапевта, кабинет участкового врача-педиатра, фильтр-бокс, кабинет неотложной помощи, кабинет доврачебной помощи, дневной стационар (взрослый и детский), открытую регистратуру.

Структура маршрутизации движения потоков пациентов с разными причинами обращений позволяет рационально использовать пространство медицинского учреждения, а также время персонала и пациентов. Распределение пациентов по потокам организовано с помощью различных навигационных элементов (настенных, подвесных и напольных цветных указателей), которые сами по себе являются особым образовательным инструментом и учат студентов, посещающих симуляционный центр, методам навигации и маршрутизации в медицинских учреждениях, прививают правильную философию пациентоориентированного подхода в организации процесса оказания первичной медико-санитарной помощи.

Новое виртуальное пространство позволяет организовать своего рода «фабрику процессов» и проводить обучение «бережливым технологиям» в здравоохранении.

Для подготовки педагогических кадров в вузе было проведено обучение 6 сотрудников кафедр поликлинической терапии, эпидемиологии, микробиологии и вирусологии, а также 6 сотрудников симуляционного центра по программе «Бережливые технологии в здравоохранении. Фабрика процессов» в новой виртуальной поликлинике.

Бережливая поликлиника симуляционного центра является базой для практических занятий студентов институтов клинической медицины и педиатрии, а также повышения квалификации врачей по программе «Бережливые технологии в здравоохранении». Это уже вторая виртуальная клиника в симуляционном центре АГМУ. Ранее созданная виртуальная стоматологическая поликлиника является базой для проведения практических предклинических занятий студентов института стоматологии.

Патент для тест-системы!

Уникальная клеточная тест-система для оценки эффективности противовоспалительных лекарственных препаратов, разработанная в НИИ биотехнологий Самарского государственного медицинского университета, показала высокую эффективность по итогам апробации в биофармацевтической компании ООО «Мабскейл». Основа тест-системы – это так называемые нормальные человеческие клетки, полученные из операционного материала. На них специалисты проверяют, подавляется ли выработка воспалительных цитокинов (вещества, запускающие процесс воспаления в организме) под действием нового разрабатываемого лекарства, и таким образом оценивают эффективность препарата.

Разумеется, прежде чем передать тест-системы на апробацию, учёные НИИ биотехнологий СамГМУ тестировали на них действие препаратов различных российских и зарубежных производителей для лечения псориаза, ревматоидного артрита и других заболеваний.

– Нашим тест-системам нет аналогов в мире, они уже показали свою эффективность. Уникальность тест-систем в том, что мы работаем на первичных клеточных культурах – клетках здорового человека. Для оценки биологической активности лекарств в абсолютном большинстве случаев используют

клетки животных или так называемые бессмертные (раковые) клетки человека. Но они имеют изменённый генотип и отвечают на воздействие препарата не так, как нормальные клетки человека. Кандидаты в лекарственные препараты, найденные с помощью раковых клеток, в 95% случаев не проходят испытания *in vivo* – на организменном уровне на животных и человеке, – рассказала директор НИИ биотехнологий СамГМУ Лариса Волова.

Оценка биологической активности лекарственных препаратов на

аналитическое обеспечение и проведение контроля качества клинических лабораторных исследований в учреждениях здравоохранения. «Лабораторная диагностика» является одной из самых перспективных областей оказания медицинских услуг. Лабораторные методы исследования являются базой для постановки диагноза, выработки схемы лечения пациента и подтверждения результатов проведённой терапии. Потребность в кадрах, обладающих комплексными знаниями и владеющих современными технологиями лабо-

сухожилия», «Десмургия», «Оперативная гинекология», «Урология»; 5 третьих мест в номинациях: «Теория в эндоскопии», «Теория в травматологии», «Остеосинтез», «Теория в гинекологии», «Теория в абдоминальной хирургии».

По итогам олимпиады хирургическая сборная Университета им. И.И.Мечникова набрала 442 балла и выиграла главный приз этапа – золотой кубок. Такой победы студенты-хирурги мечниковцы добиваются уже второй год подряд.

Состав сборной университета включал 60 человек. Теперь

щимся медицинского колледжа о реальной возможности их поступления в университет.

Эстафета медицинских знаний

В 2022 г. проект Астраханского государственного медицинского университета «Эстафета медицинских знаний: студенты – воспитанникам детских домов» стал победителем ежегодного конкурса ПАО «ЛУКОЙЛ» под лозунгом «Духовность и культура», а в феврале 2023 г. была завершена его реализация.

В медицинских вузах страны

Больше новаций — эффективнее лечение

нормальных клетках человека максимально приближена к условиям *in vivo* и позволяет значительно сократить расходы на использование клеток животных.

Следующим шагом в рамках создания препарата может стать совместная работа с биотехнологическими компаниями по сравнению их более доступных биоаналогов с оригинальными лекарственными препаратами с помощью тест-систем, разработанных в СамГМУ, а также разработка и создание новых тест-систем для поиска противоопухолевых лекарственных препаратов. Деятельность по созданию клеточных тест-систем велась специалистами СамГМУ в рамках программы Минобрнауки «Приоритет-2030» (нацпроект «Наука и университеты»).

По результатам работы оформлен патент на изобретение и опубликован ряд научных статей, в том числе в журналах Scopus Q1.

Спецгрант вуза

Башкирский государственный медицинский университет вошёл в число вузов-обладателей гранта по треку «Территориальное и (или) отраслевое лидерство» в рамках федеральной программы «Приоритет-2030». Всего к защите по данному треку было рекомендовано 46 университетов страны. БГМУ вошёл во вторую группу вузов, финансирование которых составит по 426 млн руб.

К месту напомнить, что ранее университет был включён в группу российских вузов, отобранных для участия в программе государственной поддержки «Приоритет-2030», поэтому ежегодно университет получает ещё и базовую часть гранта в размере 100 млн.

По новой программе

Рязанский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова получил право на реализацию новой образовательной программы среднего профессионального образования – программы подготовки специалистов среднего звена по специальности 31.02.03 «Лабораторная диагностика». Соответствующая запись внесена Федеральной службой по надзору в сфере образования и науки (Рособраздор) в реестр лицензий на осуществление образовательной деятельности.

Областью профессиональной деятельности выпускников обладателей специальности «лабораторная диагностика» являются клинические, микробиологические, морфологические, санитарно-эпидемиологические лабораторные исследования, а также лабораторные и инструментальные исследования при производстве судебно-медицинских экспертиз,



И.Есауленко и Л.Христенко

расторных исследований, растёт с каждым годом.

Набор обучающихся по специальности среднего профессионального образования «Лабораторная диагностика» начнётся в этом году в предстоящую приёмную кампанию.

Быть первыми

Студенческая хирургическая сборная Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова одержала победу на региональном этапе Всероссийской олимпиады по хирургии им. М.И.Перельмана, которая прошла в Санкт-Петербурге на базе 1-го Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова.

В состязаниях приняли участие команды 11 российских университетов. Хирургические испытания проходили 2 дня по следующим направлениям: десмургия, гистерорезектоскопия, шов сухожилия, кардиохирургия, урология, эндоскопия, интубация трахеи, пластическая, абдоминальная микрохирургия, детская кардиохирургия, остеосинтез, трансплантация почки, вязание узлов, эндовидеохирургия и оперативная гинекология.

У хирургических бригад Северо-Западного ГМУ им. И.И.Мечникова 9 первых мест в конкурсных направлениях: вязание хирургических узлов, хирургия клапанов сердца, детская кардиохирургия, эндовидеохирургия, гистерорезектоскопия, микрохирургия, абдоминальная хирургия, трансплантация почки, пластическая хирургия; 6 вторых мест в номинациях: «Эндоскопия», «Теоретический конкурс», «Шов

хирургическая сборная университета будет представлять вуз в финале Всероссийской студенческой олимпиады по хирургии им. М.И.Перельмана в Москве, который пройдёт в стенах Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова.

Медицинский кластер

В рамках проекта «Медицинский кластер» между Воронежским государственным медицинским университетом им. Н.Н.Бурденко и местным медицинским колледжем в городе Бутурлиновка состоялось подписание плана мероприятий взаимодействия в 2023 г.

Документ подписали ректор университета Игорь Есауленко, директор колледжа Людмила Христенко и директор Института сестринского образования ВГМУ им. Н.Н.Бурденко Анна Крючкова.

План сотрудничества разработан и согласован на основании действующей «дорожной карты» взаимодействия университета с Бутурлиновским муниципальным районом. В соответствии с подписанным планом в 2023 г. в муниципалитете будут проведены мероприятия образовательной, культурно-массовой и спортивной направленности, совместные конференции и конкурсы, а также будут углублены деловые контакты с представителями практического здравоохранения Бутурлиновского района. В реализации соглашения непосредственное участие примут профессорско-преподавательский состав медуниверситета, ряд профильных управлений и должностных лиц вуза.

Во время мероприятия И.Есауленко рассказал обучаю-

Идея проекта родилась на основе многолетнего опыта просветительской работы профессора Дины Никулиной, члена Всероссийского общества «Знание». В ряду оригинальных форм масштабных мероприятий профилактической работы проведены обследование разных групп населения с учётом экологических факторов и информационно-образовательные мероприятия для широких кругов населения по привитию навыков сохранения здоровья. Особенно хорошо себя зарекомендовали курсы «Домашняя медсестра», проводившиеся на базе учебно-научно-диагностического центра университета и в школах города, в которых слушатели имели возможность обучаться оказанию себе и своим близким первичной доврачебной помощи. Подобные мероприятия не потеряли своей актуальности, ведь значительная часть населения не обладает минимальными медицинскими знаниями, необходимыми для формирования здорового образа жизни, а также для принятия решений при экстренных ситуациях, для ухода в семье за детьми или больными.

В итоге появилась цель – провести подобные мероприятия для воспитанников детских домов по основам медицинских знаний в рамках программы «Домашняя медсестра», а также по оказанию помощи будущим абитуриентам в профессиональном ориентировании и выборе учебного учреждения по окончании средней школы. Такая помощь воспитанникам детских домов необходима больше, чем другим детям.

– Грантовая поддержка позволила провести встречу преподавателей и членов студенческого отряда «Медзнания» с детьми среднего и старшего школьного возраста 5 городских и сельских учреждений Астраханской области для детей, оставшихся без попечения родителей и с ограниченными возможностями здоровья. Преподаватели и студенты с энтузиазмом передавали свои знания и делились опытом обучения, провели мастер-класс по оказанию неотложной помощи при остановке сердца и тренинги по практическим навыкам десмургии, мозговой штурм по ориентированию в лекарственных средствах и правилам их использования. А в процессе неформального общения студентов и школьников ответили на предложенные в анкете вопросы на тему профессионального ориентирования подростков. Программа проекта обязательно получит своё логическое развитие и в дальнейшем, – сообщила «Медицинской газете» профессор Дина Никулина.

Подготовил
Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Исследования

Лазер и диагноз

Изменённые по каким-то причинам клетки – инфекция, трансформация или мутация – являются мечниковским макрофагам и иммунным лимфоцитам маркёры в виде аномальных протеинов.

Появление белков на клеточной оболочке отличает изменённые клетки от здоровых, чем и объясняется таргетность иммунного ответа в организме. В случае опухолей такие протеины являют собой специфические опухолевые антигены (TAg), и одной из причин их появления является конечно же мутации генов. В качестве примера можно привести валиновую замену, т.е. замену аминокислот в нормальном гемоглобине, который с помощью имеющегося в нём железа переносит из лёгких O₂, а обратно CO₂, осуществляя тем самым газообмен в организме. Замена на аминокислоту валин приводит к серповидноклеточной анемии, из-за которой людям приходится делать частые переливания крови. Во втором случае валиновая замена в белке Ras приводит к карциноме, и её сначала выявили в клетках саркомы крыс (Rat sarcoma, откуда название протеина), а затем и у людей.

Неожиданный механизм генерации TAg обнаружили в парижском Институте Кюри. Вот уже полтысячи лет идут споры между преформистами и эпигенетиками, первые из которых утверждали, что полностью сформированный гомункулус есть уже в головке спермия. Нынешние эпигенетики обращают внимание на метилирование ДНК, т.е. присоединение к ней метильных групп –СН₃. Оно осуществляется ферментами метилтрансферазами

и способствует выключению генов, почему у мужчин не работают женские гены и наоборот. Ещё одно пояснение открытия, сделанного в Париже, связано с транспозонами, т.е. участками ДНК, меняющими своё положение в геноме. Французы выяснили, что TAg могут возникать в результате эпигенетического контроля транспозонов, что влияет на синтез белков. До сих пор считалось, что TAg генерируются на основе изменений в канонических генах без учёта эпигенетики транспозонов, о которых знают очень давно. Если учесть, что геном человека содержит 3 млрд значимых «букв» ген-кода, то метилтрансферазам и транспозонам есть из чего выбирать, и это следует учитывать при выявлении TAg. Свой вывод авторы сделали на основе исследования и биопсий людей с опухолью лёгких, и изложение сути их открытия весьма упрощено.

По другую сторону океана в Университете Торонто также озаботились механизмами генерации антигенов. Известно, что чуть ли не каждая клетка «омывается», помимо крови, и лимфой, которая поступает в региональный лимфоузел. В его клеточных фолликулах дендритные клетки (ДК, имеющие древовидные отростки, отсюда их название) выполняют роль мечниковских макрофагов. Те, как известно, поглощают патогены, после чего с помощью ферментов расщепляют их в лизосомах, чтобы затем презентовать фрагменты в виде антигенов Т-лимфоцитам. В Торонто показали, что активность ферментов в фолликулах лимфоузлов весьма низкая, и это способствует лучшему «сохранению» антигенов. Авторы писали, что интактные иммуногены предпочтительнее процессиро-

ванных ферментами протеазами в лизосомах макрофагов.

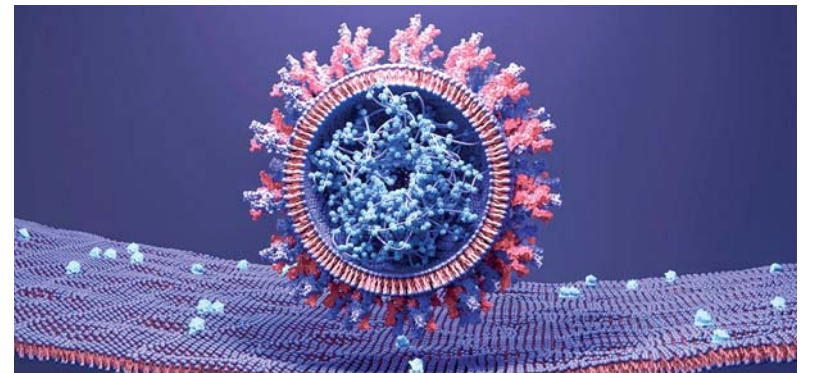
В том же Гарварде показали, что нормальный эпигенетический «ландшафт» меняется (подвергается молекулярной эрозии) вследствие накопления порывов двуцепочной ДНК (DSB – Double-Strand Breaks). В нормальных клетках процесс этот обратим благодаря эпигенетическому программированию с помощью соответствующих энзимов репарации ДНК. Авторы назвали открытый ими механизм ICE (Inducible Changes to Epigenome), отметив, что в норме он способствует клеточному старению. Но нарушение эпигеном-ландшафта ведёт к аномальному омоложению клеток и нежелательному ускорению их деления, а оно способствует генеративному развитию карциномы, в том числе из эпителиальных клеток слизистой толстой кишки (CRC – ColoRectal Carcinoma).

Рурский университет в Бохуме предложил использовать для автоматической диагностики CRC нейросети. Учёные Бохума с помощью инфракрасного лазера «учили» её, для чего стандартные парафиновые срезы биопсий разделили на три группы. Одна из них подразумевала обучение, вторая использовалась для тестирования, а третья для оценки результатов. Процесс обучения состоял из двух стадий, на первой из которых использовались биопсии 629 пациентов, а на второй – 547. Авторы видят преимущество своего цифрового подхода в отсутствии необходимости как-то метить препараты, точности диагноза и его скорости. Естественно, что ИИ на данном этапе подразумевал лишь средство поддержки того или иного решения, выносимого патологом. Тем не менее генеративный претренинг позволил осуществить более точную стратификацию пациентов и обещает более точную автоматизированную диагностику в будущем.

Выводы

Считается, что некий русский полевой хирург использовал зелёную плесень для лечения нагноившихся ран у солдат и офицеров. Но реально антибиотиковая эра началась со случайного открытия А.Флеминга, который, торопясь уехать с друзьями на уикэнд, оставил открытые чашки Петри с микробным «газоном» под распахнутым окном. Ещё одним фактором стал влажный туман, благодаря которому не высох агар, где росли микробы. Вернувшись в лабораторию, Флеминг увидел литические пятна прозрачности, образовавшиеся в результате лизиса бактериальных клеток на месте роста «налетевших» извне грибов. Своё наблюдение будущий Нобелевский лауреат описал в статье, назвав обнаруженное им явление «антибиозом».

Долгая дорога



COVID с красными спайками

Во время войны два исследователя в Оксфорде выделили из разрастаний грибов кистевика Penicillium с гифами, которые похожи на пальцы руки, откуда его русское название. Пенициллина, «наработанного» ими, хватило для почти полного выздоровления лондонского полисмена, уколовшего губу шипом розы, но промышленное производство чудодейственного в те времена антибиотика было налажено в штате Нью-Джерси за океаном. Всем троим в 1945 г. была присуждена Нобелевская премия...

Антибиотики, к сожалению, не действуют на вирусы, почему те время от времени «вырываются» на свободу. Поэтому большинство надежд возлагается на вакцины, создание, производство и хранение которых дорого и занимает много времени. К тому же очень трудно прогнозировать потребность в них, поэтому врачи и фармакологические гиганты заинтересованы в получении эффективных лекарств в виде малых молекул (small molecules). Одним из примеров является недавно одобренный за океаном инмазеп (Inmazeb), структура которого была недавно раскрыта.

Второй пример представили фармакологи и химики-физики двух китайских университетов – Тяньцзиня и пекинского Цинхуа. Они полагают, что им удалось выделить в «лаборатории на чипе» – Lab on chip, или in silico (в кремнии) модуляторы малого молекулярного веса взаимодействия спайкового RBD (Receptor Binding Domain) с белком ACE.

Китайские молекулярные фармакологи исходили из известной структуры RBD варианта омикрон BA.4, подтверждённой собственной криоэлектронной микроскопией (cryo-EM). Она, в частности, показала, что свободные жирные кислоты связываются со спайками, в результате чего стабилизируется закрытая форма (closed conformation). Та слабо взаимодействует с клеточным ACE (энзим конверсии ангиотензина), что нарушает потенциально возможный эндоцитоз. Свою задачу блокирования молекулярного интерфейса двух протеинов с помощью лекарства авторы решили путём скрининга сотен тысяч веществ (323 426), которые должны были занять «карман», оккупируемый молекулами жирных кислот. Скрининг исходно отсеял больше 4/5 исходного числа, а от 60 тыс. осталась всего 1 тыс. Картирование молекулярных фрагментов (FragMap) дало промежуточное конечное число – 54 вещества, структуру которых подтвердили благодаря поверхностному плазмон-резонансу (Surface Plasmon Resonance).

Известно, что поверхность вируса COVID «утыкана» большими белковыми молекулами шпилек, вершины которых имеют те самые домены, которые упомянуты выше. Контакт RBD и ACE необходим для воздействия ферментов, локализованных в клеточной оболочке, после чего вирусная частица буквально «втаскивается» с помощью эндоцитоза в цитоплазму. Вирус, будучи внутриклеточным паразитом, может размножаться только в ней, где находит необходимые для этого ресурсы в виде белковых аминокислот, нуклеотидов РНК и энергии АТФ. Естественно, что лучшим выхо-

дом из ситуации, которая пока блокируется только иммунными антителами, которые синтезируются против тех же RBD вирусных шпилек. Аминокислоты в результате мутаций быстро меняются в них, что снижает эффективность наработанных вакцин, почему в деле разработки новых вариантов прививок используются иные подходы (в частности, предлагаются вакцины, в которых используются разного рода китайские молекулярные наночастицы).

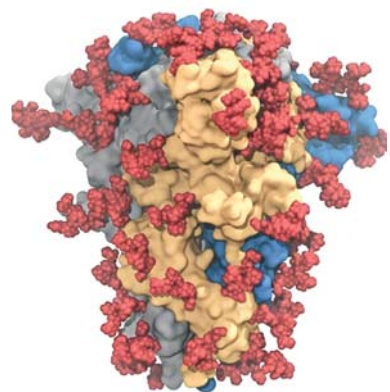
Взгляд

Уловление вирусов

Вирусы, такие как Эпштейна – Барр и герпеса-симплекса, могут быть весьма агрессивными в отношении нашего мозга даже по прошествии многих лет.

Ещё в 1991 г. вирусологи Манчестерского университета обратили внимание нейробиологов и врачей на фермент тимидин-киназу латентного вируса герпеса, который был обнаружен у 8 пациентов с болезнью Альцгеймера и у 6 здоровых. Сегодня журналы представили данные анализа около 800 тыс. электронных историй болезни двух генбанков – Финляндии и Соединённого Королевства. В первом нашли 45 пар ассоциаций вирусов с нейродегенеративными заболеваниями (НДЗ), а в втором – воспроизведение 22 из них. Речь идёт о связи инфицирования вирусами с повышением риска развития НДЗ – болезней Альцгеймера и Паркинсона, бокового амиотрофического склероза и разных видов деменции, которые могут проявляться спустя 15 лет и более после перенесённого вирусного энцефалита.

Вирус COVID усеян спайками, или белковыми триммерами, представляющими собой соединения трёх протейновых молекул, каждая из которых имеет RBD (Receptor Binding Domain), или домен связывания с белковой молекулой ACE на поверхности клеток (без него COVID не способен попасть в цитоплазму, где он только и может размножаться). Статистика говорит, что только вакцинация, подкреплённая повторной процедурой – ревакцинацией – надёжно защищает человека от тяжёлого течения инфекции не только омикрона, но и его «вариантов беспо-



Спайки вируса с RBD на его вершине, «скрывающимися» красными гликанами

койства» (VOC), таких как Цербер и Кранкен. Вирус особенно опасен для людей среднего возраста.

Попадая внутрь клетки, COVID естественным образом активирует Т-лимфоциты. Главным орудием борьбы с инфекцией является выброс белковых интерлейкинов, подстёгивающих кинетику клеточного деления иммунных клеток, и в частности лейкоцитов. Чрезмерный выброс интерферона гамма способен спровоцировать развитие шока, который может оказаться весьма опасным. Поэтому понятна стратегия создателей различных вакцин, представляющих собой целый арсенал антител, большая часть которых не блокирует RBD. Именно по этой причине некоторые вакцинированные вполне могут заразиться и даже заболеть, хотя и в лёгкой форме. В данном случае мы имеем дело с крупнотоннажным производством, ярко иллюстрируемым добычей золота и алмазов (из тонны руды добыча на грамм). Неэффективность антител связана

с тем, что RBD, с одной стороны, находится как бы в закрытом состоянии и раскрывается только при сближении с клеточным ACE, с другой же – он прикрыт гликанами. Только недавно специалистам Технологического института (США), удалось получить антитело BD-368, для которого нет преград для нейтрализации вирусного спайка. Оно обещает создание более дешёвых вакцин, которые будут брать качеством, а не количеством. Nature сообщил также о распространении в США нового субварианта омикрона ХВВ.1.5, который может представлять глобальную угрозу. Поэтому понятен интерес журнала к пакловиду, предложенному ещё в 2021 г. Статистика говорит, что этот противовирусный препарат на 90% снижает риск развития тяжёлого течения инфекции.

Японское слово «оригами» означает фигуру из бумаги, получаемую многократным сложением. Но это слово используется также для получаемых из цепей ДНК различных форм, например «шапочек» треугольной формы, между которыми улавливаются крупные вирусы COVID, гриппа и зика, диаметр которых больше 100 нанометров. Внутренняя поверхность ДНК-шапочек для этой цели снабжается антителами, которые специфичны для тех же спайков и гриппозного гемагглютинаина, или молекулами гепарин-сульфата. Новый подход к решению вирусной проблемы предложен молекулярными биологами Технологического университета в Мюнхене, которые ещё в 2021 г. предложили ДНК-ловушки для «уловления» отдельных протеинов. Похоже, что учёные во всеоружии новейших методов исследования и нанотехнологий всерьёз взялись за вирусы, решая заодно и другие задачи той же иммунологии и клеточной биологии.

Подготовил Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам ACS Central Science, Science, Cell, European J of Cancer, Scientist, Science Immunology, Communications Biology, Physorg, Scientist, Cell Reports Physiological Science, J Medical Virology, Nature, Neuron.

Ракурс

Чем южнее,
тем хуже?

Почти во всём мире уровень загрязнения воздуха превышает безопасные пределы, говорят новые научные исследования. Чистый воздух остался лишь на 1% территории земного шара, а лидерами загрязнения являются страны Южной и Восточной Азии.

По мнению учёных, во всём мире суточная концентрация мелкодисперсных частиц в воздухе большую часть времени превышает рекомендуемые пределы.

Ни для кого не секрет, что загрязнение воздуха является серьёзной проблемой, стоящей сегодня перед миром. Новое исследование глобальных ежедневных уровней загрязнения воздуха показывает, что вряд ли где-либо на Земле можно спастись от грязного воздуха.

Согласно результатам, опубликованным в журнале *Lancet Planetary Health*, около 99,82% территории земного шара подвержено воздействию концентрации твёрдых частиц – PM2.5 – мельчайших частиц в воздухе, которые могут вызвать рак лёгких и сердечные заболевания, – превышающей предел безопасности, рекомендованный ВОЗ. И только 0,001% населения земного шара дышит воздухом, который считается приемлемым, говорится в документе.

Исследование, проведённое учёными из Австралии и Китая, показало, что на глобальном уровне более чем 70% дней в 2019 г. суточные концентрации PM2.5 в воздухе превышали 15 мкг/м³ – рекомендуемый ВОЗ суточный предел. Качество воздуха вызывает особую тревогу в таких регионах, как Южная и

Восточная Азия, где более чем 90% дней концентрация PM2.5 превышала пороговое значение.

Хотя учёные и регулирующие органы, как правило, меньше обеспокоены ежедневным уровнем, чем хроническим воздействием.

«Я надеюсь, что наше исследование сможет изменить мнение учёных и политиков о ежедневном воздействии PM2.5, – сказал Юминг Го, ведущий исследователь Университета Монаш. – Кратковременное воздействие, особенно внезапное увеличение уровня PM2.5 приводит к значительным проблемам со здоровьем».

В то время как учёные и чиновники общественного здравоохранения уже давно знают об опасности – от загрязнения воздуха ежегодно умирает 6,7 млн человек, причём причиной почти двух третей преждевременных смертей являются мелкодисперсные частицы, – количественная оценка глобального воздействия PM2.5 была сложной задачей. Юминг Го и его соавторы решили эту проблему, объединив наземные измерения загрязнения воздуха, собранные с более чем 5 тыс. станций мониторинга по всему миру, с метеорологическими данными и географическими факторами для оценки глобальных суточных концентраций PM2.5.

Исследователи обнаружили, что самые высокие концентрации наблюдались в Восточной Азии (50 мкг/м³), за которой следует Южная Азия (37) и Северная Африка (30). Жители Австралии и Новой Зеландии сталкивались с меньшей угрозой, а другие регионы Океании и Южной Америки входили в число мест с самыми



низкими годовыми концентрациями PM2.5.

Учёные также изучили, как изменилось загрязнение воздуха за два десятилетия, до 2019 г. В большинстве районов Азии, Африки, Океании, а также Латинской Америки и Карибского бассейна за последние 20 лет произошло увеличение концентрации PM2.5, частично вызванное усилением лесных пожаров. Известно, что мелкодисперсные частицы состоят из сажи от транспортных средств, дыма, золы от лесных пожаров, загрязнений от кухонных плит на биомассе, сульфатных аэрозолей от производства электроэнергии и пустынной пыли.

В статье также показано, как уровни содержания мелкодисперсных частиц варьируют в зависимости от времени года, что является отражением деятельности человека, которая ускоряет загрязнение воздуха. Например, в северо-восточном Китае и Северной Индии с декабря по февраль были зафиксированы более высокие концентрации PM2.5, что, вероятно, связано с увеличением использования ископаемого топлива. В странах Южной Америки повышение концентрации наблюдалось в период с августа по сентябрь, причиной чего может являться подсечно-огневое земледелие.

Почему бы и нет?

Чаще общаешься, значит,
дольше живёшь

Китайские специалисты из больницы при Сычуаньском университете выявили связь между частотой общения пожилых людей и их продолжительностью жизни.

Авторы проанализировали данные более 28 тыс. участников в среднем возрасте 89 лет, собранные в период с 2002 по 2019 г. Испытуемых опросили о том, насколько регулярно они принимают участие в общественной деятельности: почти каждый день; минимум раз в неделю; раз в месяц; периодически и никогда.

Также была собрана информация о потенциально влияющих факторах, включая пол, образование, семейное положение, доход, потребление фруктов и овощей, образ жизни, состояние здоровья.

Выживаемость изучалась в среднем в течение 5 лет или до смерти. За первые 5 лет 25 406 человек заявили, что не занимались какой-либо общественной деятельностью; 1379 сообщили, что делали это иногда; 693 – по крайней мере раз в месяц; 553 – хотя бы раз в неделю; и 532 – почти ежедневно. За весь период исследования умер 21 161 (74%) испытуемый, 15 728



из которых скончались в течение первых 5 лет.

Результаты показали, что более регулярная социальная активность была связана со значительным увеличением продолжительности жизни. Чем больше частота, тем больше вероятность долголетия. Время смерти наступало позже на 42% чаще у тех, кто общался время от времени, на 48% – у тех, кто общался ежемесячно, на

110% – у тех, кто делал это еженедельно, и на 87% – у тех, кто делал это почти каждый день, по сравнению с теми, кто сказал, что они практически ни с кем не общаются.

Когда данные были дополнительно скорректированы по возрасту, корреляция между социальной активностью и продолжительностью жизни стала ещё более очевидной.

Открытия, находки

Сила мысли

Мозговой имплантат позволит парализованным и пациентам с тяжёлыми дегенеративными заболеваниями снова общаться.

Печатать без помощи пальцев, а только силой одного разума – это уже не далёкая фантастика, а завтрашний день. Группа инженеров и учёных из компании Precision Neuroscience работает над созданием коркового интерфейса уровня 7 (в коре головного мозга 6 слоёв клеток, а это будет 7-й). Этот мозговой имплантат тоньше человеческого волоса и напоминает скотч, который кладут прямо на кору мозга. Для этого в черепе полностью парализованного пациента делают тончайший надрез и, как письмо в щель почтового ящика, опускают туда этот «мозговой скотч». Надрез в черепе настолько тонкий, что даже не требуется удалять волосы вокруг перед операцией. Причём, как уверяют разработчики, операция обратима. Когда человек решит, что хочет избавиться от мозгового имплантата, его можно вынуть, при этом на самом мозге никаких операций и манипу-

ляций не проводится. Только за счёт плотного соприкосновения с корой головного мозга имплантат-скотч считывает нервные импульсы-мысли и переводит их в слова на экране компьютера.

Как известно, есть ряд таких заболеваний, при которых человек лишается способности не только двигаться, но и говорить. При этом мыслительная деятельность у него не нарушена. Новое изобретение позволит таким людям восстановить связь с родными и близкими и даже общаться с друзьями в соцсетях. В принципе, ничто не мешает использовать такие имплантаты и здоровым людям, если они решат стать киборгами и расширить возможности своего тела и разума.

Надо сказать, ранее компания успешно использовала своё устройство Layer 7 для расшифровки нейронных сигналов у животных. Выяснилось, что у разных видов млекопитающих есть свой язык, хотя и более примитивный, чем у людей. Теперь они ждут разрешения от властей США, чтобы начать тестирование на людях.

Кстати

Один из уроков
пандемии

В 2023 г. пандемия COVID-19 завершится и режим международной чрезвычайной ситуации в связи с этой болезнью будет отменён, уверен генеральный директор Всемирной организации здравоохранения Тедрос Адханом Гебрейесус. Соответствующее заявление он сделал при вручении ему медали Томаса Фрэнсиса-младшего за вклад в здравоохранение.

«Я уверен, что в какой-то момент в этом году мы сможем сказать, что COVID-19 завершился как чрезвычайная ситуация в области общественного здравоохранения, имеющая международное значение, и как пандемия», – сказал Гебрейесус.

Он напомнил, что 11 марта исполнилось ровно 3 года «с тех пор, как ВОЗ впервые заявила, что глобальную вспышку COVID-19 можно охарактеризовать как пандемию». Это был «знаменательный момент, который привлек внимание мировых СМИ». Но с точки зрения

ВОЗ, по его словам, гораздо более важным был момент, когда шесть недель раньше – 30 января 2020 г. – организация объявила распространение коронавируса «чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение».

«Сейчас мы, безусловно, находимся в гораздо лучше положении, чем когда-либо во время пандемии», – подчеркнул генеральный директор. Он обратил внимание на тот факт, что «впервые еженедельное количество зарегистрированных смертей теперь ниже», чем когда ВОЗ впервые использовала слово «пандемия» в отношении распространения SARS-CoV-2 3 года назад. «Улучшение значительное», – добавил Гебрейесус.

Среди уроков пандемии, которые следует усвоить, он назвал большое значение инвестиций в здравоохранение, научных исследований и международного сотрудничества.

Бывает и такое

Древняя адаптация
к туберкулёзу

Учёные Университета Эмори обнаружили, что коренное население современного Эквадора адаптировалось к туберкулёзной палочке за несколько тысяч лет до прибытия европейцев.

Ранее исследователи установили признаки возбудителя туберкулёза в костях андских мумий возрастом 1400 лет, что противоречит некоторым теориям о том, что туберкулёз не существовал в Южной Америке до прибытия европейцев 500 лет назад.

Было проведено полное секвенирование геномов с использованием образцов крови 15 современных коренных жителей, живущих на высоте более 2,5 тыс. м в нескольких

разных провинциях Эквадора. Выявлены биомаркеры, которые обычно присутствуют у людей при активной туберкулёзной инфекции. Также были обнаружены биомаркеры, связанные с адаптацией к гипоксии или низким уровнем кислорода в крови в результате жизни на большой высоте.

Учитывая предполагаемые сроки отбора генов, способствующих адаптации, можно сделать вывод, что коренные народы Эквадора, возможно, приспособились к *Mycobacterium tuberculosis* за 3 тыс. лет до прибытия европейцев. Кроме того, выявлен коллапс населения, совпадающий с прибытием европейцев, который является более серьёзным, чем в других регионах Анд.

Подготовила Юлия ИНИНА.
По материалам Bloomberg, iScience,
Journal of Epidemiology & Community Health.

А ещё был случай

Неврологические миниатюры

В жизни врача хватает переживаний и печали. Порой в нашей профессиональной деятельности встречаются и забавные случаи. Некоторые из них запомнились.

Муха-диагност

Молодая истеричная женщина среди многих симптомов тяжёлого недуга блестяще продемонстрировала полную потерю чувствительности (анальгезия) левых конечностей. И кололи её мы, и щипали, однако никакой реакции на боль получить не могли. Но вдруг в нежную белую кожу внутренней поверхности левого бедра села муха и стала там прогуливаться. И тут... резкий шлепок пациентки прихлопнул её. Всё стало ясно.

Звентрация

У железнодорожного вокзала машина сбила человека. Через несколько минут прибыла «скорая помощь». Пострадавший был без сознания. Врачу представилась жуткая картина: сквозь растегнувшуюся одежду вывалились разорванный живот в клочьях безжизненных мышц. С диагнозом: «травматическая звентрация» (выпадение кишок и других внутренних органов) больной был доставлен в ближайшую дежурную больницу. Угрожающая патология очевидна, и поэтому, не тратя лишней минуты на детальный осмотр, хирург приказал: «На стол!»

Каково же было удивление и возмущение врачей, когда, приступая к операции, они обнаружили, что живот в полном порядке, а просто



был обернут слоем говядины. Пострадавший вскоре пришёл в себя. Он оказался работником мясокомбината. «Изобрёл» оригинальный способ хищения, позволявший обманывать охрану.

«Голову отрезали!»

Дежурный анестезиолог в Институте нейрохирургии совершал обход оперблока. В операционной травматологического отделения ему представилась жуткая картина – доктор медицинских наук Евгений Афанасьевич Бова оперировал на окровавленной шее, лишённой головы. Точь-в-точь как на полотне «Усекновение главы Иоанна Крестителя». Анестезиолог в ужасе помчался к заведующему клиник: «Бова голову отрезал!» – сообщил он с порога кабинета.

Заведующий онемел, ему стало плохо с сердцем.

Вскоре в кабинет вошёл доловный Евгений Афанасьевич. «Что вы наделали?» – пролепетал испуганный профессор. «Вы знаете, я такое придумал, что можно оформить как рационализаторское предложение, – заявил он. – Я оперировал неврому культю бедра и впервые догадался положить больного головой на ножной конец операционного стола, а культей – на головной. Так намного удобней удалять неврому».

Анестезиолог принял ампутированное бедро за шею. А заведующий клиникой после пережитого с неделю отлёживался дома.

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

Евгений САРАТОВСКИЙ.

Размышлизмы

- ✓ Отравиться можно и духовной пищей.
- ✓ Потерявши голову, по остаткам мозгов не плачут.
- ✓ Выходя из себя, не забывайте дорогу назад.
- ✓ Под иной глубокий ум не подкопаешься.
- ✓ Не каждая крыша едет в нужную для кровельщика сторону.
- ✓ В День дурака многим как-то не до смеха.

- ✓ Ничто так не отравляет сознание, как его отсутствие.
- ✓ Не все мысли приходят в голову.
- ✓ Потoki утопии часто смывают умные мысли.
- ✓ И бездушные способны кривить душой.

ТОМ

Разговоры

Мы можем с тобой говорить
о политике,
О том, кто умён и кто полный дурак,
Про то, что соврал губернатор на митинге,
И что из вещей унести на чердак,

О том, как горят фонари
этим вечером,
Кто кошку соседям подкинул
в подъезде,
Что в городе в августе делать
нам нечего,
И цены повысят опять
за проезд...

С тобой говорим о судьбе
и о вечности,
Чужие цитаты мы врём впопыхах.
Болтать можно так до седой
бесконечности
О том, как похожи Иисус и Аллах,
Что ляпнул профессор в порыве
нечаянном,
Что пишут в газетах,
кричат по Ти Ви...
Но только одно мы скрываем
отчаянно –
Молчим мы о нашей взаимной
любви...

Реторта

Великая вечная музыка
живёт в моих глубинах
и не даёт покоя.
Даже когда на душе
совсем пусто,
когда тошно и гадко,
когда хочется тишины
и безмолвия хочется...
Она всегда пробуждается
неожиданно –
и стонет, и плачет,
и ноет, и гудит,
и жадно вырваться,
но всегда остаётся внутри...
Как подкрашенная жидкость
в запаханной реторте,
которая кипит
лишь тогда,
когда поджигает спиртовку
любопытный лаборант.
Где бы его отыскать?..

Максим СТРАХОВ

Вера

Все верят!
Я верую...
Вербное воскресенье.
Верующие вереницами
к храму за три версты
выстроились.
И даже привередливая
тётя Вера
проверенной дорогой
уверенно бредёт
в верном направлении.
Суеверные старухи
недоверчиво смотрят ей вслед.
А она верит...
Но иногда привирает.
Надо перепроверить...

Лимфа

Блуждающая любовь
тёплой прозрачной
лимфой
притекает
к кончикам
пальцев,
заставляя их
внезапно неметь
и не двигаться.
Как раз тогда,
когда решаюсь
набрать на мобильном
твой многозначный номер...

Грачи

Февральский мороз
отчаянно стиснул зубы
в угрожающем оскале.
И рычит. И тяжело выдыхает
холодный и сухой ветер.

Худые, измождённые грачи
сегодня утром
длинными чёрными лапами
оставили на снегу
тёплые следы.

Скоро капель...

Первый поцелуй

Первый поцелуй.
Первое ощущение
себя мужчиной...
Первое предательство
матери...

СКАНВОРД																															
Тика-гелор	Греч. богиня мрака									Черта	"Фор-рест" ...			Инструмент, доводка	Кузов автомобиля																
Лента из марли	Баллада у Бен-Гальцев	Буква кириллицы	"Трем-бита", актриса	Горин, пьеса	Жер-лянка	Варшава, река				Красно-желтая краска	Узбек. поэт	Проурокиназа	Крестная мать	Деньги, Корея																	
		Прозрачная бумага				Мавзолей Тадж-Махал	Солдат	Продукт из муки	Собор			Зеленый плод																			
Сильноточный провод	Болезнь (прост.)			Барто				Жен. одежда у вост. славян					Попер. нити ткани																		
		Живет в Ираке	Орнамент	Часть одежды	Лобзик	Площадка, спуск судов	Сказочный карлик	Станина	6 соток	Декор. кустарник																					
Корень из 10000	Бем-бикс	Ломоть		Анчар		Осадки				Цех в ср.-век. Японии			Негр (устар.)																		
		Апина, песня			Спутник Земли			Преисподняя		Э	Е	Ж	О	В	И	К	П	Х	Р	О	М	К									
										Ф	О	Н	Д	Е	Л	А	Н	А	П	Р	И	Л	И	Н	Ю	О	О				
										Е	О	Д	Е	С	Т	О	Н	А	Л	Ж	Р	К	У	Р	И	Ц	А				
"Дядя Ваня", перс.				Магнитотвердый сплав		Пахотн. орудие, Ср. Азия				С	М	Ы	К	Л	К	А	Р	У	З	О	О	С	Т	А	З	О	Д	Е	Р		
Автор Валерий Шаршуков	Крученая льняная нитка					Косметика				А	Н	Д	А	У	М	А	Р	Ш	А	Л	Г	А	Л	С	Т	У	К	А	Т	У	М
										Т	К	А	С	К	А	Д	И	Д	О	Л	Л										
										У	Д	И	Л	А	К	А	Р	Л	С	Х	И	М	А								
										М	А	Р	Л	И	Н	О	С	Ь	Ч	И	Н										

Ответы на сканворд, опубликованный в № 10 от 15.03.2023.

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты. Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов. Редакция имеет право публиковать присланные в свой адрес материалы. Факт пересылки означает согласие автора на передачу редакции прав на публикацию и получение соответствующего гонорара.

Главный редактор А.ПАПЫРИН. Справки по тел.: 8 (495) 608-86-95. Рекламная служба: 8 (495) 608-85-44. Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13. Адрес редакции, издателя: 129110, Москва, ул. Гиляровского, 68, стр. 1. E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения); medgazeta72@mail.ru (электронная подписка); www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография». Адрес: 123022, Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр. 1. Заказ № 0593. Тираж 14 009 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.