

Медицинская

25 сентября 2024 г.
среда
№ 38 (8158)

газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит один раз в неделю.
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru



Всемирный день борьбы с гепатитом: планы и итоги.

Стр. 4

Какие инновации внедрены в интервенционной радиологии?

Стр. 10

Вопросы медицины обсудили на Восточном экономическом форуме – 2024.

Стр. 12

Главная тема

Всегда вместе

На территории Детской городской клинической больницы им. З.А.Башляевой дан старт строительству семейного дома



Новый уникальный проект стартовал в городе Москве. Столичные власти, руководство лечебного учреждения и представители фонда «Семья вместе» сети «Вкусно – и точка» объединили усилия и направили их на создание семейного дома. Это будет своего рода бесплатная гостиница для родственников детей, проходящих длительное лечение в больнице.

Символично, что проект, нацеленный на семейно-ориентированный подход в медицине, стартовал именно в Год семьи. Он позволит детям не разлучаться с родителями во время лечения и проводить время в комфортной атмосфере.

Старт строительству дали депутаты Госдумы Татьяна Буцкая, Бадма Башанкаев, Анатолий Выборный, Герой России, космонавт-испытатель Антон Шкаплеров, помощник руководителя Департамента здравоохранения Москвы Светлана Браун, главный врач детской городской клинической больницы им. З.А.Башляевой, главный специалист педиатр ДЗМ, доктор медицинских наук Исмаил Османов, а также представители фонда «Семья вместе» сети «Вкусно – и точка» и, конечно же, родители детей, проходящих сейчас лечение.

С.Браун и И.Османов на торжественной церемонии

Место под будущий дом выбрали в шаговой доступности от самой больницы и в первую очередь от приёмного отделения. Строительство планируется завершить уже в 2025 г. В новом двухэтажном здании площадью 1,5 тыс. м² будут размещены 26 спален, гостиная, игровая комната для малышей, столовая, кухня и прачечная. Семейный дом полностью оборудуют необходимой бытовой техникой. Отдельное внимание уделено людям с ограниченными возможностями – первый этаж будет максимально приспособлен для их пребывания. Стоит отметить, что пребывание абсолютно бесплатное. В разговоре с корреспондентом «МГ» И.Османов отметил, что содержание и обслуживание семейного дома полностью берёт на себя благотворительный фонд, а размещение будет происходить исключительно после согласования с больницей и только родственников пациентов.

– Начало строительства Семейного дома – исторический день. Ничто не сможет заменить ребенку семейного общения и поддержки родителей, и уже доказано – это потенцирует лечебный эффект. Должен сказать, что, несмотря на наши возможности, а нам доступны самые современные мировые технологии, мы ставим

себе задачу сместить педиатрию в максимально профилактическую сторону. В Москве работает проект «Москва – столица здоровья», благодаря ему мы получаем информацию о всех детях, нуждающихся в помощи, и мгновенно реагируем. С открытием дома родители будут точно знать, что смогут заселиться и находиться рядом со своим ребёнком в период лечения, – отметил главный врач больницы им. З.А.Башляевой.

Б.Башанкаев сказал, что это совместный проект хороших людей. Благодаря им всё получилось. Теперь дети смогут находиться рядом с родителями.

– Это будет хорошая, добрая традиция. Мы теперь должны продолжать её и рассказать о ней другим регионам. Напомню, что в прошлом году через тернии к звёздам мы приняли закон, позволяющий детям-инвалидам находиться вместе с родителем в стационарах. Я знаю, что некоторые больницы поначалу восприняли это сложно, но потом поняли, какие большие преимущества даёт совместное нахождение семьи. А вот то, что сейчас происходит, это следующий, ещё более гуманный и человечный шаг, – уточнил депутат.

(Окончание на стр. 2.)

Визиты

Внешнее давление – не помеха

Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко и министр внешнеэкономических связей и иностранных дел Венгрии Петер Сийярто провели в Будапеште 15-е заседание Российско-Венгерской межправительственной комиссии по экономическому сотрудничеству. В ходе встречи члены комиссии обсудили вопросы дальнейшего сотрудничества стран по нескольким направлениям, в том числе в сфере здравоохранения.

Глава Минздрава России отметил, что в этом году возобновились заседания профильных рабочих групп в рамках комиссии. Их работа позволяет выявлять нерешённые проблемы и генерировать новые проектные инициативы. В первом полугодии текущего года, несмотря на внешнее давление, страны вернулись к положительной динамике двусторонней торговли после некоторого замедления в 2023 г. В России твёрдо настроены на дальнейшее развитие взаимодействия с Венгрией, сказал М.Мурашко на итоговом брифинге, напомнив, что заседание Российско-Венгерской межправительственной комиссии состоялось в знаменательный для совместных взаимоотношений период – 90 лет назад установлены дипломатические взаимоотношения между двумя странами.

П.Сийярто в свою очередь выразил надежду на значи-

тельные шаги в развитии сотрудничества между Россией и Венгрией.

М.Мурашко напомнил, что в сентябре 2024 г. провёл встречу с венгерскими компаниями, которые работают на территории России, выслушал их вопросы. «Хочу заверить, что ряд вопросов мы проработали и уже решили. Считаю, что такой формат взаимодействия эффективен», – сказал министр.

Стабильный уровень сотрудничества между Россией и Венгрией наблюдается в таких областях, как энергетика, здравоохранение, промышленность, сельское хозяйство, где есть большие серьёзные успехи. Министр здравоохранения России отметил и высокий уровень доверия в культурно-гуманитарном сотрудничестве. Также в настоящее время наращивается сотрудничество в сфере производства и взаимных поставок фармпрепаратов и медицинских изделий.

«Фармацевтическая отрасль обеих стран отличается высоким качеством производимой продукции и применением инновационных разработок. Считаю, что по данному направлению наше сотрудничество имеет хорошие перспективы», – сказал глава Минздрава РФ.

Кроме того, в настоящий момент прорабатываются возможности по расширению сотрудничества в области высшего образования и увеличения числа студенческих обменов.

Игорь НАУМОВ.

ЭКСПЕРТНЫЙ УРОВЕНЬ

Николай ЛЕБЕДЕВ

Главный врач ОКДЦ ПАО «Газпром», заслуженный врач Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор:

Как ведомственная медицина мы на сегодняшний день чувствуем себя востребованными.

Стр. 6-7



Новости

С позитивным отношением к миру

Руководитель Федерального медико-биологического агентства Вероника Скворцова выступила ключевым спикером паритетной дискуссии «Взгляд на меняющийся мир», участниками которой стали председатель Совета Федерации Валентина Матвиенко, официальный представитель МИД России Мария Захарова, председатель Совета Республики Беларусь Наталья Кочанова, ректор Дипломатической академии МИД России Александр Яковенко.

Глава ФМБА России рассказала о необходимости сохранять традиционные ценности и наш культурный код, подчеркнув особую роль России. «С точки зрения нейронаук, полноценная жизнь возможна только при позитивном психоэмоциональном состоянии. Есть два пути, каким образом можно его достичь. Первый путь характерен для общества потребления – это получение удовольствия от насыщения. Но «желание рождает желание», и насыщение не приходит никогда. Более того, со временем для получения удовольствия требуются всё более острые, яркие и необычные ощущения. Неслучайно включаются механизмы зависимого поведения – потребление алкоголя, наркотиков, галлюциногенов, уход в виртуальную реальность. Это порочный путь, ведущий к искажению действительности, эгоцентризму и деградации личности. И есть второй путь, с которым мы связываем ценностные коды нашей страны. Это получение радости от созидания, от отдачи, от служения, от ощущения гармонии с окружающей средой. Ответственность, целеустремлённость, трудолюбие, любовь к Родине лежат в основе процветания человечества. Наша страна выбрала именно этот путь. Он закреплён в стратегической концепции по сохранению и укреплению традиционных российских духовно-нравственных ценностей. Позиция России очень притягательна для всех здоровых сил и позволяет сплотить страны и общества, придерживающихся тех же ценностей. При этом сохраняются самобытность стран и народов, культурное и конфессиональное многообразие», – подчеркнула В.Скворцова.

Руководитель ФМБА России затронула аспект активного накопления знаний и технологий. Федеральное медико-биологическое агентство активно развивает самые передовые биомедицинские технологии, позволяющие, например, замедлять старение, профилактировать возраст-ассоциированные заболевания, обеспечивать долголетие.

«Отмечу, что сейчас наступил период, когда возвращаются наши учёные, многие годы проработавшие в США, странах Западной Европы, Австралии. Они были там очень успешны, но решили вернуться. Они хотят здесь заниматься наукой, чтобы их дети жили и учились в России. У них появляется гарантия, что результаты их исследований не будут направлены во зло», – отметила В.Скворцова.

В завершение выступления руководитель агентства подчеркнула важность воспитания культуры здоровьесбережения и здорового образа жизни. Это не только предупреждает развитие заболеваний, но и позволяет воспитывать позитивное отношение к миру, стрессоустойчивость и оптимизм.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Сверх плана

В Ставропольской краевой клинической больнице за шесть месяцев текущего года по ОМС проведено 12 трансплантаций почек и печени. Поскольку годовой план по этому направлению выполнен досрочно и полностью, из краевого бюджета выделено дополнительно 15 млн руб., что позволит до конца года провести ещё 10 трансплантаций.

– Трансплантация органов и тканей является одним из уникальных направлений, которые развивают в Ставропольской краевой клинической больнице. В этом году уже достигнуты значительные результаты, но, благодаря дополнительным средствам, трансплантологи приступили к проведению сверхплановых операций, – сообщил министр здравоохранения Ставропольского края Юрий Литвинов.

С 2018 г. краевыми специалистами выполнено 55 трансплантаций почек и печени. Сегодня в СККБ планируется внедрение операций по пересадке сердца и поджелудочной железы.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

Сообщения подготовлены корреспондентами
«Медицинской газеты»
(inform@mgzt.ru)

Подписка на «МГ» продолжается

К сожалению, расходы на услуги почты, полиграфию, хозяйственные нужды возрастают. И как бы ни хотелось сделать газету более доступной – это непросто, но мы стараемся.

Оставить заявку на оформление подписки можно по адресам электронной почты:

mg.podpiska@mail.ru,
mg.podpiska@mail.ru.

Контакты

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

Оплатить подписку можно и онлайн. Платежи по QR-кодам безопаснее.

Отсканируйте
этот QR-код
для оплаты



Главная тема

Всегда вместе

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Семейный дом в московском детском лечебном учреждении станет вторым подобным проектом благотворительного фонда «Семья вместе». Первый был построен на территории детской республиканской клинической больницы в Казани.

– Это наш второй дом. Первый возведён 11 лет назад, и за это время порядка 17 тыс. родителей воспользовались им. Семейный дом решает очень важную проблему – расставания родителей и детей во время длительного лечения. Не секрет, что, согласно законодательству, родственник может находиться вместе с ребёнком. В частности, койко-место предоставляется родителям детей до 4-х лет и с ограниченными возможностями здоровья. В остальных случаях больница самостоятельно рассматривает варианты размещения. Семейный дом даёт возможность всем, не только одному сопровождающему, а ещё братьям, сестрам, бабушкам, дедушкам быть рядом с ребёнком во время лечения. Это очень положительно влияет на процесс выздоровления,



Почётные гости разрезают торт, символизирующий начало строительства

помогает ребёнку легче справиться с болезнью, – подчеркнула генеральный директор фонда Екатерина Мыслицкая.

Она отметила, что подобные семейные дома планируется строить и дальше. В настоящее время рассматривается возможность возве-

дения такого объекта в Московской области. Кроме того, есть планы масштабировать проект на все регионы, где есть крупные федеральные детские центры.

Сергей БУДАЧЕНКОВ,
обозреватель «МГ».



Проект семейного дома

Конкурсы

...Только лауреатов – 55!

В Дивееве (Нижегородская область) подведены итоги IV профессионального конкурса медицинских работников «Серафимовский врач – 2024». В этом году количество заявок на конкурс, входящий в программу «С именем преподобного Серафима Саровского», увеличилось вдвое. В оргкомитет обратились 484 участника, из 56 субъектов Российской Федерации, Республики Беларусь и Казахстан.

Решением экспертного совета почётных званий и премий удостоены 192 участника, в том числе титулов: «Серафимовский врач» – 9 врачей; «Серафимовская сестра милосердия» – 5 медсестёр; «Серафимовский наставник» – 8 медработников. Лауреатами конкурса названы 55 специалистов отрасли, а специальной премией отмечены 7 работников и поощрительной премией – 108.

С полным списком победителей можно ознакомиться на сайте конкурса, входящего в программу «С именем преподобного Серафима Саровского», а «Медицинская газета» публикует имена победителей в главных номинациях.

Почётного звания «Серафимовский врач» удостоены: Валерий Джавадов, педиатр, участковый Мурманской городской детской поликлиники № 1; Ольга Евстигнеева, врач функциональной диагностики отделения ультразвуковой диагностики Центральной клинической больницы «РЖД-Медицина» (Москва); Марина Кургина, аку-

шер-гинеколог амбулаторного приёма городской поликлиники № 14 (Санкт-Петербург); Тамара Колкунова, терапевт поликлинического отделения медико-санитарной части № 2 клинической больницы № 50 ФМБА (Саров); Сергей Наумов, заведующий отделением хирургии сосудов научно-исследовательского института – специализированной кардиохирургической клинической больницы им. академика Б.А.Королёва (Нижний Новгород); Валерий Плюшкин, педиатр выездной бригады Советской подстанции станции скорой медицинской помощи (Новосибирск); Владислав Рыбаченко, терапевт приёмного отделения центральной районной больницы (Североморск); Павел Рыхтик, заведующий отделом лучевой диагностики, врач ультразвуковой диагностики, рентгенолог Приволжского окружного медицинского центра ФМБА (Нижний Новгород); Ольга Спинова, заведующая отделением медико-социальной помощи городской поликлиники № 114 (Санкт-Петербург).

Почётного звания «Серафимовская сестра милосердия» удостоены: Светлана Сиразеева, заведующая Нижне-Услонским фельдшерско-акушерским пунктом Верхнеуслонской ЦРБ (Республика Татарстан); Надежда Сыщикова, медицинская сестра отделения лучевой диагностики и эндоскопии Тамбовской ЦРБ (село Покрово-Пригородное); Татьяна Федотова, медицинская сестра областного онкологического диспансера (Иркутск); Кристина Чун-

касова, медицинская сестра отделения медицинской реабилитации № 1 клинической больницы № 6 им. Г.А.Захарьина (Пенза); Елена Чижова, фельдшер неотложной медицинской помощи Ступинской клинической больницы (Московская область).

Почётного звания «Серафимовский наставник» удостоены: Сергей Богданов, главный врач Нижегородской областной клинической больницы им. Н.А.Семашко (Нижний Новгород); Наталья Егорова, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Приволжского исследовательского медицинского университета Минздрава России, кандидат медицинских наук (Нижний Новгород); Татьяна Маймусова, клинический психолог Центра помощи кризисным беременным и женщинам с малолетними детьми в трудной жизненной ситуации «Материнский ковчег», Калужская епархия; Марина Недбаева, директор Купинского медицинского техникума Новосибирской области; Марина Учайкина, преподаватель дисциплины «Акушерство и гинекология» Арзамасского медицинского колледжа Нижегородской области; Ирина Фомина, главный врач городской поликлиники № 1 Приокского района (Нижний Новгород); Елена Фомина, директор Темниковского медицинского колледжа, (Республика Мордовия); Вячеслав Шевчук, эндокринолог клинической больницы «РЖД-Медицина» (Пермь).

Владимир РОКОЛЁВ.

Нижегородская область.

Начеку

Санитарный щит страны

Президент России Владимир Путин провёл рабочую встречу с руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека – главным государственным санитарным врачом России Анной Поповой. Она проинформировала Президента о мерах по обеспечению эпидемиологической безопасности в стране и работе единой информационно-аналитической системы Роспотребнадзора.

«Два года назад в Александровском зале Большого Кремлёвского дворца вы сказали нам, всему коллективу, что в числе приоритетов – формирование санитарного щита нашей страны, и главная задача – уберечь граждан от различных современных угроз: биологических, гигиенических и грядущих. Постараюсь коротко доложить о том, что нам удалось за это время сделать в рамках серьёзной задачи, которую вы перед нами поставили», – сказала А.Попова.

По её словам, предотвращённый экономический ущерб в результате

снижения числа случаев инфекционных заболеваний после принятых мер составил в прошлом году 865,9 млрд руб., а предотвращённые потери, связанные с факторами внешней среды, – 213,3 млрд руб. На 15% вырос уровень доверия к мерам санитарно-эпидемиологического характера.

«Мы можем видеть, как в случае кишечных инфекций вирусы вытесняют бактерии. У нас всё меньше и меньше заболеваний, вызванных сальмонеллами, дизентерийными возбудителями, и всё больше тех, которые вызываются вирусами. Значит, мы меняем вектор своих действий, диагностики, ПЦР-диагностики, выявление», – отметила главный санитарный врач.

Сформирована трёхуровневая сеть мониторинга патогенов. Если раньше были ПЦР-лаборатории, то теперь ПЦР-центры, которые аккумулируют информацию. Значительно больше стало центров секвенирования – теперь их 54 по сравнению с 14 в 2019 г. Этот процесс, по словам главы Роспотребнадзора, подтолкнула пандемия. В четыре раза увеличилось число

лабораторий высокого уровня безопасности, в них есть все необходимые условия для работы с самыми опасными возбудителями.

«Главный инструмент для достижения любой точки нашей страны – это мобильные лаборатории. Мы также нарастили мощности: их было пять, теперь – 71. Можем очень быстро достичь практически любой точки страны, где есть дороги, чтобы оказать помощь больным с инфекцией и разобраться, что произошло. Все мобильные лаборатории действуют на базе российских высокопроходимых автомобилей, которые сделаны по специальным правилам и стандартам и могут зайти в наши самолёты МЧС», – подчеркнула А.Попова.

Сегодня вместе с «Ростехом» и «Вертолётами России» Роспотребнадзор разрабатывают такую же хорошо защищённую и высокопроизводительную лабораторию со съёмными модулями на базе вертолёта «Ка». Планируется, что в течение ближайших трёх лет этот проект будет реализован.

Сергей ФЁДОРОВ.

Акции

Более полумиллиона в первый день

Федеральная просветительская акция «Диктант здоровья» вызвала огромный интерес у россиян и получила рекордный отклик – всего за сутки на вопросы по правилам личной гигиены, здорового питания и профилактики заболеваний ответили более полумиллиона человек.

Её поддержали научные эксперты, заслуженные артисты, популярные телеведущие, музыканты, спортсмены и блогеры. Принять участие в «Диктанте здоровья» россиян призвали ведущие федеральные СМИ и социальные медиа.

Первыми его написали несколько тысяч старшеклассников из 89 регионов страны. На массовую аудиторию диктант представили заместитель директора по научной работе ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, председатель Национальной ассоциации специалистов по инфекционным болезням им. В.И.Покровского,

академик РАН Александр Горелов; вратарь ЦСКА и сборной России, обладатель Суперкубка России Илья Помазун; актёр театра и кино, продюсер, кинорежиссёр Гоша Куценко; актёр и театральный педагог, ректор Школы-студии МХАТ, заслуженный артист РФ, заслуженный деятель искусств РФ Игорь Золотовицкий и другие звёзды.

А.Горелов напомнил о важности санитарного просвещения и призвал россиян активно участвовать в акции: «Санпросвет – ключевое направление профилактической медицины. Это школа здоровья, когда простыми и доступными методами мы даём инструмент для населения: через образование и просвещение формируем те навыки, которые позволяют благополучно существовать на планете Земля. Ответьте на вопросы «Диктанта здоровья», и, поверьте, вы получите новые знания, новую информацию и новые впечатления».

Владимир ЧЕРНОВ.

Официально

Сотрудничество расширяется

Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко провёл в Минздраве России встречу с министром здравоохранения Вьетнама Дао Хонг Лан. На ней обсуждались вопросы сотрудничества по ключевым направлениям, в том числе по вопросу создания во Вьетнаме банка тканей для лечения заболеваний роговицы.

М.Мурашко отметил, что отношения между странами сейчас развиваются по многим направлениям, в том числе в области здравоохранения. Он также подчеркнул, что медицинские организации Минздрава России готовы к тесному сотрудничеству по вопросу создания во Вьетнаме глазного банка.

Вопрос хранилища тканей для лечения заболеваний роговицы был поднят во время визита Президента РФ Владимира Путина во

Вьетнам в июне 2024 г. Директор НМИЦ МНТК микрохирургии глаза им. С.Н.Фёдорова Дмитрий Арсютков на встрече с делегацией иностранных коллег в Минздраве России отметил, что наша страна ведёт разработки и клиническую практику по этому направлению с 80-х годов прошлого века. Работа глазного банка охватывает вопросы правильного забора биоматериала, хранения и использования. Многие этапы доведены до совершенства, отметил Д.Арсютков.

В ходе встречи также обсуждались вопросы развития сотрудничества в сфере здравоохранения по различным приоритетным направлениям. Одно из них уже реализуется – охрана материнства и детства. Основной вектор взаимодействия по этому направлению – профилактика и снижение материнской заболеваемости и смертности, а также внедрение современных технологий выхода

детей с экстремально низкой массой тела. Стороны обсудили возможности расширения совместной работы.

В ходе встречи представители стран также рассмотрели возможность сотрудничества в области медицинского образования и подготовки кадров, в том числе по послевузовскому обучению врачей и повышению квалификации, участию медицинских специалистов в научных мероприятиях. В этом году 27 вьетнамских врачей примут участие в научно-практических семинарах в Москве и Санкт-Петербурге. Министр здравоохранения Вьетнама, в свою очередь, отметила особую заинтересованность в расширении сотрудничества по этому направлению, а также в обучении преподавателей, и подчеркнула, что специалистов, прошедших обучение в России, отличает качественно более высокий уровень.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

Криминал

Мошенники в белых халатах

Первомайский районный суд г. Кирова вынес приговор по уголовному делу в отношении 12 участников организованной преступной группы. Они признаны виновными по статье «Мошенничество», сообщили в областной прокуратуре.

В суде установлено, что с мая 2017 г. по июнь 2018 г. подсудимые представлялись работниками нескольких медицинских центров, приглашали потерпевших на бесплатные медицинские диагностики.

Во время общения они сообщали заведомо ложные сведения о выявлении несуществующих заболеваний, в том числе онкологических, на оплату лечения которых потерпевшим требовалось оформление кредита. Соучастники также угова-

ривали граждан приобретать гель для ультразвуковых исследований и массажёры под видом якобы высокоэффективного медицинского оборудования. В результате обмана и злоупотребления доверием 175 потерпевших соучастники завладели денежными средствами в размере почти 14 млн руб.

Суд, согласившись с мнением государственного обвинителя, приговорил правонарушителей к лишению свободы на сроки от 2 до 6 лет с отбыванием наказания в исправительной колонии общего режима.

Удовлетворены также иски потерпевших о взыскании причинённого материального ущерба. Для возмещения суд сохранил арест на имущество соучастников.

Юрий ДАНИЛОВ.

Подписка-2025

ПОДПИСНЫЕ ИЗДАНИЯ ПЧТА РОССИИ

КНИГИ ГАЗЕТЫ АЛЬМАНАХИ ЖУРНАЛЫ

2025
1 полугодие

Официальный каталог Почты России на первое полугодие 2025 года

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

8 800 100-00-00

Уважаемые читатели!

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

- Подписные издания**
- ✓ Официальный каталог «Почта России» на первое полугодие 2025 г.
 - ✓ Электронный каталог «Почта России».
 - ✓ Каталог периодических изданий – газеты и журналы, первое полугодие 2025 г. («Урал-Пресс»).

Подписные индексы:
ПН014 – на месяц.
ПН016 – год.

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

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

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

КАТАЛОГ
периодических изданий
газеты и журналы

1 полугодие 2025 года

30 лет со своей прессой

Избранные издания для бизнеса

Накануне Всемирного дня борьбы с гепатитом несколько лет подряд проходят пресс-конференции специалистов с журналистами ведущих медицинских и общественных СМИ. Регулярность таких встреч позволяет оценить путь, который пройден за последний и предыдущие годы, и обсудить новые задачи, которые медикам и обществу предстоит решить в ближайшем будущем.

Позитивная тенденция

Важным шагом в этом году стало утверждение в программе госгарантии минимальных объёмов охвата лечением хронического вирусного гепатита С. Сейчас каждый регион не просто формально обязан лечить это заболевание по ОМС – конкретизировано минимальное число пациентов, которым должна быть оказана такая помощь.

И главное: в федеральном бюджете на 2024-2026 гг. предусмотрены существенные средства, целевым образом выделенные на лечение гепатита.

По словам председателя правления организации «Вместе против гепатита», члена Совета по вопросам попечительства в социальной сфере при Правительстве РФ Никиты Коваленко, законодательно определено софинансирование региональных программ за счёт федерального бюджета, где чётко прописано, на какие цели выделены эти средства.

«Сейчас существует четыре канала, по которым пациенты с гепатитом С могут получить терапию, – отметил он. – Это «Круг добра» для пациентов моложе 18 лет, ОМС – базовая программа госгарантий для пациентов с тяжёлым поражением печени, с сопутствующими заболеваниями. Амбулаторное лечение осуществляется за счёт региональных бюджетов и софинансирования из федерального. ВИЧ-инфицированные пациенты с гепатитом получают терапию по своим каналам».

Такой подход себя оправдал: в прошлом году было впервые вылечено больше человек, чем выявлено новых случаев. А в этом году планируется вылечить около 100 тыс. пациентов. Специалисты считают: этот показатель позволит России выйти на элиминацию гепатита С в те сроки, которые поставил Президент.

Способствовали такому прорыву и увеличение мероприятий по скринингу и диагностике и, самое главное, существенное расширение охвата лечением. Однако пока открытым остаётся вопрос адекватной оплаты труда врачей, оказывающих подобную медицинскую помощь. Это тем более важно, что количество пациентов увеличивается.

«Если мы посмотрим статистику по заболеваемости за 2023 г., то увидим, что было зарегистрировано более 46 тыс. новых случаев хронического гепатита С, а это даже больше, чем в 2019 г., – сказал главный внештатный специалист по инфекционным болезням Министерства здравоохранения РФ, заместитель директора по научной работе и инновационному развитию НИИЦ фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний, доктор медицинских наук Владимир Чуланов. – Однако подобные данные следует правильно интерпретировать. Они говорят не о росте заболеваемости, а о том, что проблема действительно стала гораздо актуальнее и вызвала больший отклик среди пациентов и большую настороженность среди врачей».

Иными словами, подобные цифры – свидетельство увеличения выявляемости пациентов, которые были ранее инфициро-

Пресс-конференции

Лучшая профилактика — вылечить всех

Внимания к пациентам с гепатитом всё больше

ваны, и теперь наконец попали в поле зрения врачей.

Таким образом, налицо позитивная тенденция.

По мировым стандартам

В. Чуланов подчёркивает: именно это и является основной задачей: выявить всех инфицированных пациентов, чтобы включить их в систему оказания помощи.

Причём важно помнить не только о гепатите С. И гепатит В, и гепатит D – тоже достаточно распространённые и требующие внимания хронические вирусные гепатиты.

Участники встречи отметили: одним из главных достижений последних лет стало утверждение современных клинических рекомендаций по лечению хронического гепатита С. Они приняты и в европейском сообществе, и в других международных организациях; в полном соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения. То есть российские специалисты сейчас могут лечить хронические вирусные гепатиты так же, как это делают их коллеги во всём мире.

Это стало возможным и благодаря тому, что все препараты в Российской Федерации зарегистрированы и доступны. Среди них есть и глубоко локализованные, и даже российские разработки, которые также используются в клинической практике.

При этом в новой нормативной базе предусмотрена возможность скрининга на гепатит С в рамках диспансеризации населения, что безусловно, значительно расширит круг выявленных пациентов и будет способствовать максимальному оказанию им необходимой помощи.

Огромным достижением можно назвать то, что с 1 сентября 2024 г. начал официально функционировать федеральный регистр пациентов с хроническими вирусными гепатитами, о его необходимости ведущие специалисты страны говорили многие годы. Он позволит более чётко учитывать пациентов, стоящих на учёте и требующих лечения; планировать объёмы финансирования помощи, а также даст возможность оценивать результаты работы медиков.

Параллельно со всё возрастающей выявляемостью инфицированных пациентов с особенной силой встаёт и психологический вопрос стигматизации. В связи с этим В. Чуланов заявил о необходимости «провести ребрендинг гепатита С, чтобы он более не воспринимался в обществе как заболевание, исключительно связанное с социальными пороками».

Детям – особая забота

По мнению главного внештатного специалиста Минздрава России по инфекционным заболеваниям у детей, президента Детского научно-клинического

центра инфекционных болезней ФМБА России, академика РАН Юрия Лобзина, нынешняя ситуация с лечением детей с гепатитом С создаёт предпосылки для микроэлиминации заболевания в данной возрастной группе. Он обосновывает это тем, что юных граждан с этим заболеванием не так много, как взрослых, и при поддержке фонда «Круг добра»

ным путём, то есть от женщин, которые являются носителями HCV-вируса. При этом возможно спонтанное самоизлечение от гепатита С. Этот процесс идёт очень активно первые три-четыре года, и к шести годам в принципе становится понятно, очистился организм от вируса или нет.

И второй всплеск происходит в 16 лет, когда подростков начинают



есть надежда на сведение этих случаев к минимуму.

Способствовать будет и принятие новых клинических рекомендаций лечения детей с хроническим вирусным гепатитом С. На данный момент они полностью подготовлены, прошли все согласования и вскоре должны быть утверждены в Минздраве РФ.

Отличием данных рекомендаций является чётко выстроенная диагностическая и терапевтическая парадигма. Так, в первую очередь должны быть обследованы на гепатит С дети, рождённые от матерей с HCV-инфекцией. Терапия показана всем от 3 лет, причём от 3 до 12 назначают специальные лекарственные формы, а подростки старше 12 лечатся аналогично взрослым.

Однако Ю. Лобзин задаётся вопросом: а сколько же детей с хроническим гепатитом С в России? Согласно официальным данным на конец 2022 г., их число составляло 4262. На самом деле реальное количество намного больше.

Расчётное число больных гепатитом С в Российской Федерации в мае 2024 г. составляло 2 млн 700 тыс. Поскольку, по оценке Росстата, доля детей и подростков в возрасте до 18 лет, постоянно проживающих в России, составляет 22,4% от общей численности населения страны – можно предположить, возможное количество пациентов детского возраста по аналогии со взрослыми может достигать 164 тыс.

Для того чтобы конкретизировать эти данные, Юрий Лобзин предлагает осуществлять скрининг детей на HCV в 6 и 16 лет.

Статистика свидетельствует: в подавляющем числе случаев дети заражаются вертикаль-

но интересовать различные косметические процедуры – педикюр, маникюр, пирсинг и татуировки. Появляется возможность передачи заболевания через инъекционное применение психотропных препаратов, половым путём и т.д. Таким образом, исключительно важно именно в этот момент проводить и оценивать скрининг, чтобы вовремя обнаружить заболевание и начать его лечить.

К слову, по словам Ю. Лобзина, в Соединённых Штатах существуют аналогичные рекомендации по тестированию, поскольку там наблюдаются те же две волны повышения заболеваемости: около шести лет и в подростковом возрасте.

Нет сомнения, что это предположение будет реализовано и двухэтапный скрининг детей даст свои результаты.

Пока же важно оказать помощь уже выявленным маленьким и юным пациентам. По словам директора по медицинским вопросам «Круга добра» Валерии Богдановой, уже более половины официально зарегистрированных детей с гепатитом С получили помощь от фонда, и это практически всего за год работы. «Нам радостно делиться историями детей, которые уже получили эту помощь, – подчеркнула В. Богданова. – Они рассказывают, что не верили, что это возможно, что это будет так легко, что достаточно короткий курс лечения обладает практически стопроцентной эффективностью. Сейчас дети здоровы, могут жить, не думая об этом заболевании».

Задачи диспансеризации

Всем известное утверждение, что большинство болезней легче предупредить, чем вылечить,

получило своё подтверждение в выступлении руководителя лаборатории поликлинической терапии НИИЦ ТПН Минздрава России, главного специалиста Минздрава России по медицинской профилактике, профессора Любови Дроздовой. Она отметила, что главными задачами в профилактической работе на сегодня являются информирование людей и в ряде случаев – и медицинских работников, дестигматизация пациентов и, конечно же, скрининг.

Л. Дроздова рассказала о внесении изменений в порядок проведения диспансеризации профилактических медицинских осмотров, куда включён скрининг на вирус гепатита С один раз в 10 лет, начиная с 18 лет.

Главный специалист Минздрава по профилактической медицине убеждена: пациентов, которые будут проходить скрининг, окажется немало, если учесть, что неуклонно идёт движение к задаче охватить ежегодными профосмотрами и диспансеризацией 70% населения, взрослых и детей. По её словам, в прошлом году было даже некоторое перевыполнение по этому показателю, поэтому есть уверенность, что и в этом году процент охвата не уменьшится.

Скрининг рекомендуется проходить всем людям, так как инфицирование может произойти в самых обыденных ситуациях: при оказании стоматологических услуг, в маникюрных и тату-салонах – «их более широкая распространённость уже привела к изменению пути передачи».

Эксперт сообщила также, что существует поручение Министерства здравоохранения привести ряд изменений в нормативные правовые акты для того, чтобы более чётко выстроить маршрут пациентов.

Маршрутизация предполагается достаточно гибкая: после того как заболевание выявляет терапевт, пациент направляется на консультацию к специалисту-инфекционисту. В зависимости от доступности медицинской помощи и специалистов в данной конкретной организации или остаётся у терапевта, который будет вести его с помощью телемедицинских консультаций с инфекционистами, или передаётся для ведения инфекционисту.

В заключение встречи Н. Коваленко отметил, что мир изменился: современные препараты позволяют вылечить гепатит С практически у любого пациента, а внимание государства к этому вопросу позволяет каждому человеку рассчитывать на терапию во вполне прогнозируемые сроки. Медицинская помощь больным должна превратиться в безостановочный отлаженный конвейер.

Необходимо изменить и информационную повестку вокруг гепатитов: самый простой и надёжный способ профилактики распространения инфекционного заболевания – вылечить всех, кто может стать источником заражения. К счастью, с гепатитом С – это вполне достижимая цель. Но многие пациенты по-прежнему скрывают свой диагноз, не зная о возможности лечения, о том, что государство инвестирует в эту задачу значительные средства, что система здравоохранения серьёзно меняется и перестраивается, чтобы выполнить поручение Президента.

Встреча со специалистами показала: с каждым годом ситуация с заболеваемостью и терапией вирусных гепатитов в стране улучшается. Помощь пациентам оказывается более масштабная и качественная, она постепенно становится максимально доступной.

Алёна ЖУКОВА.

Москва.

Всего год потребовался на то, чтобы превратить строение 1972 года постройки в часть современного стационара. Пациенты уже оценили качество и масштаб проведённых работ. Больница с каждым годом преобразается и становится более современной, удобной и оснащённой. В первые дни работы нового корпуса корреспондент «МГ» встретился с главным врачом ГКБ им. В.В.Вересаева – Игорем ПАРФЁНОВЫМ, чтобы расспросить, всё ли удалось и насколько уже сейчас задействован обновлённый объект в оказании медицинской помощи населению.

В первую очередь экстренная помощь

Городская клиническая больница им. В.В.Вересаева полтора года назад дала старт открытию флагманских центров. И до сих пор на её территории происходят изменения – идёт комплексная реновация больничного комплекса. На открытии нового объекта мэр Москвы Сергей Собянин сказал: «Мы продолжаем серьёзную системную, я бы сказал, кардинальную модернизацию московских больниц. Здесь, в клинике им. В.В.Вересаева, мы в 2022 г. запустили первоклассный флагманский центр, в 2023 г. открыли после реконструкции первый лечебный корпус, в этом году – второй лечебный корпус».

Для учреждения здравоохранения это событие стало знаковым. Бывший хирургический корпус 1972 года постройки стал полностью соответствовать идеологии современного стационара.

– Оснащение, медицинская логистика, кадры – всё это заложено в новый стандарт экстренной медицинской помощи и максимально раскрывает потенциал нашей больницы. Второй лечебный корпус в отличие от первого, рассчитанного в основном на экстренную помощь, необходим больше для плановых пациентов, – отметил И.Парфёнов.

Он пояснил, что больница им. В.В.Вересаева, в первую очередь, ориентирована на оказание экстренной медицинской помощи. В задачи медицинского персонала флагманского центра, куда поступают больные по скорой помощи, входит проведение диагностики пациентов, интенсивное и, в том числе, оперативное лечение, а также реанимация.

«По нашей статистике, порядка 40% больных после диагностики в течение суток отпускаем домой с рекомендациями, а остальные 60% госпитализируются. Вот для последних и рассчитаны первый и второй корпус. По сути, с введением в строй второго лечебного корпуса мы завершили важный этап развития больницы, как скоромощного стационара, позволяющего оказывать специализированную, в том числе высокотехнологичную помощь. Экстренные и плановые больные теперь смогут получать полный комплекс необходимой помощи (диагностика – оперативное вмешательство – реанимация)», – уточнил главный врач больницы.

Что же имеется в виду под плановой помощью? Это не стационарное лечение в привычном понимании обывателя, «не про полежать в больнице, прокапаться». Это оказание высокотехнологичной специализированной помощи, которую невозможно провести амбулаторно. Например, больной попадает во флагманский центр с инфарктом миокарда или инсультом. Ему оказывается помощь, проводится жизнеподдерживающая операция, нормализуется состояние. Но в ходе обследования выясняется, что у пациента есть зона поражения сонных артерий и поэтому ему нужна первичная или вторичная профилактика инсульта.

«Таких больных необходимо оперировать в плановом порядке. Причём это надо делать в ближайшее время, а не в отдалённой перспективе. Именно для пациентов с сосудистыми патологиями и



Перемены

Новые возможности для стационара

Завершён ещё один этап модернизации городской клинической больницы им. В.В.Вересаева

модернизировался второй корпус», – отметил И.Парфёнов.

Старожилы знают больницу им. В.В.Вересаева как № 81. И исторически сложилось так, что многие обращаются за медицинской помощью именно сюда. И.Парфёнов подчеркнул: «Наша больница опорная для северного округа. В зоне обслуживания проживает 1 млн 300 тыс. жителей столицы. Жители видят, как больница развивается. Мы получаем прекрасные отзывы и от пациентов, и от правительства Москвы. Весь коллектив работает на получение гарантированного, качественного результата в оказании медпомощи».

Самое современное и технологичное

Модернизация второго корпуса проходила при постоянном контроле персонала больницы. Ещё на этапе проектирования были учтены маршрутизация больных, размещение отделений и оборудования, грамотно продумана вся логистика корпуса и множество других вопросов.

«Понятно, что мы были ограничены рамками существующего здания, – сказал главный врач больницы им. В.В.Вересаева. – Со стенами и имеющимися площадями ничего не сделаешь. Но постарались максимально рационально использовать пространство. Например, на седьмом этаже нового лечебного корпуса после капитального ремонта развёрнуты блок для пациентов кардиохирургического, аритмологического и сосудистого профилей (с двумя высокотехнологичными операционными и специализированным отделением реанимации). В чём нюансы? Дело в том, что пациенты с кардиохирургическими, так же как с сердечно-сосудистыми заболеваниями – это сложная категория больных, им требуются операции на крупных сосудах. В частности, это брюшная и грудная аорты, брахиоцефальные, сонная артерии и артерии нижних конечностей. Операции на сердце длительные и требуют определённой аппаратной поддержки систем жизнеобеспечения человека, например, зачастую применяют аппарат искусственного кровообращения. Даже температурный режим может быть во время операции особый – температуру тела человека могут понижать с помощью специального оборудования. То есть подготовка и сама операция требуют подключения большого количества оборудования, аппаратуры. Потом больного переводят в кардиохирургическую реанимацию. В отделении ведётся

интенсивное наблюдение за состоянием пациентов, перенёвших хирургическую операцию, вплоть до момента восстановления сознания, дыхания, кровообращения, уход и обязательная коррекция жизненно важных функций. Можете представить, если бы не было продумано, что реанимация и операционная расположены на одном этаже? Это закладывалось ещё в проекте.

В новом корпусе находятся кардиохирургическая и сосудистая операционные, отделения кардиохирургии, сосудистой хирургии, кардиологии, хирургического лечения сложных нарушений ритма. В кардиологии есть свой блок интенсивной терапии. В корпусе

дициты, резекции желудка, поджелудочной железы, трансплантация печени. Всё это требовало больших доступов. И тогда эта фраза давала некое объяснение, почему так. Сегодня ситуация поменялась кардинально. Чем меньше доступ, тем менее он травматичен, тем более талантлив хирург. Сейчас ему необходимо владеть современными передовыми технологиями, чтобы выполнять такие вмешательства. Если говорить о больнице им. В.В.Вересаева, всё, что сегодня существует в хирургической науке и практике, есть у нас, и мы это используем в работе. Наш коллектив отделений кардиохирургии и сосудистой хирургии на сегодняшний

были дополнительные подготовка и обучение. Кроме того, все прошли строжайший отбор», – уточнил И.Парфёнов.

По его словам, ремонт, новое оборудование – это путь к реализации задуманного. Но именно сотрудники будут воплощать всё в жизнь, поэтому для них необходимо создать условия для работы, также как организуется комфорт для пациента.

«Не секрет, что специалисты нашей профессии живут на работе порой в круглосуточном режиме, – сказал главный врач. – Комфортные условия – это залог результативной производительности. Врачи и медсёстры должны иметь возможность

предусмотрено 12 коек кардиохирургической реанимации и 15 – общей реанимации. На всех этажах есть кабинеты функциональной диагностики, УЗИ, реабилитации первого этапа лечения.

«Мы имеем все возможности быстро ставить диагнозы и с первых минут начинать лечение, благодаря оснащённости по последнему слову техники и высокому профессионализму специалистов нашей больницы. Поэтому пациенты гарантированно получают высокий уровень качества оказания медицинской помощи», – уточнил И.Парфёнов.

Стоит отметить, что второй корпус, как и всё лечебное учреждение, полностью укомплектовано самым современным оборудованием. Главврач отметил, на сегодняшний день удалось так скомплектовать и оснастить функциональные подразделения, что это позволяет говорить не только о сегодняшнем дне, но и

день активно развивает малоинвазивные технологии. Хирурги проводят уникальные вмешательства – применяют эндоскопические технологии при операции на пороках сердца, используют лапароскопию в хирургии брюшного отдела аорты. Это наши разработки, которые мы внедряем.

По словам И.Парфёнова, новые технологии – это всегда затратно. Но расходы полностью покрываются быстрым восстановлением пациента и возвращением его к привычной жизни. Минимальный процент инвалидизаций больных, короткие больничные, отсутствие необходимости длительных сопровождений, быстрая реабилитация – все это полностью оправдывает внедрение таких технологий. В итоге при большом количестве таких операций экономический эффект для общества увеличивается в разы.



рассчитывать на ближайшие годы вперёд. Создан задел для развития и внедрения новых технологий. Так, в больнице В.В.Вересаева в настоящее время реализуются 4 гранта, связанных с научно-практическими изысканиями.

Чем меньше, тем талантливее

Малоинвазивные технологии развиваются стремительно. Да, необходимо оборудование, дорогостоящие расходники, но цель оправдывает средства, затраченные на это. Флагманский центр на базе больницы им. В.В.Вересаева тому подтверждением.

«Я застал те времена, когда говорили «большой хирург – большой разрез», – сказал Игорь Павлович. – Помню, как проводились операции – грыжи, холециститы, аппен-

Особо стоит отметить, что для пациентов вся помощь бесплатна. Все затраты на себя берёт Московский городской фонд обязательного медицинского страхования и бюджет столицы в рамках выделения средств на оказание высокотехнологичной помощи.

Самая главная составляющая

Важнейшим аспектом для современных стационаров является квалифицированный персонал. Никакое современное оборудование не поможет пациенту, если рядом не будет специалиста. В новом корпусе трудятся порядка 270 человек.

«У нас большой коллектив, и поиска медперсонала для работы в модернизированном корпусе не потребовалось. Скорее, необходимы

отдохнуть, перевести дух. И при ремонте мы это тоже учли».

В планах – помощь будущим мамам

Больница им. В.В.Вересаева – это не только стационар круглосуточного пребывания, а ещё и два роддома. Они находятся на значительном отдалении от основной территории лечебного учреждения, что не соответствует современным требованиям. Поэтому следующий этап работ нацелен именно на оказание помощи будущим мамам.

– Ещё в двух корпусах мы уже начали ремонт, – уточнил И.Парфёнов. – Бывшее здание поликлиники, в последние годы там располагался консультативно-диагностический центр, будет модернизировано под центр женского здоровья. Корпус № 12 станет современным, супероснащённым роддомом. Расположение на одной территории продиктовано тем, что у будущих мам зачастую есть различные болезни – от диабета до сосудистых патологий, и необходимо максимально минимизировать риски, оказав необходимую помощь ещё до родов. Концепция нашего стационара как раз позволяет это делать.

В сухом остатке

Если подводить итог главной теме материала, что же представляет собой обновлённый корпус?

Первый-третий этажи и шестой, седьмой отданы под отделения: анестезиологии и реанимации для кардиохирургических и сосудистых пациентов; кардиологии, сосудистой хирургии и кардиохирургии; лечения сложных нарушений ритмов сердца. В оперблоке размещены две операционные – кардиохирургическая и для манипуляций на крупных сосудах. Оставшиеся два этажа задействованы под отделения: эндокринологическое, терапевтическое и нейрохирургическое.

В корпусе № 2 размещены более 2,3 тысячи единиц медицинской техники и других изделий, современные рентгеновские аппараты, в том числе, типа «С-дуга», 14 аппаратов УЗИ и эндоскопическая стойка.

Конечно, на всех этапах обеспечена безбумажная цифровая среда для ведения электронной истории болезни пациентов.

Для удобства маршрутизации и логистики корпус объединили подземным переходом со всеми зданиями стационара.

Юрий ГЛИНКИН,
корр. «МГ».

Москва.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Коллектив Отраслевого клинко-диагностического центра ПАО «Газпром» уже около 30 лет трудится на благо здоровья работников, пенсионеров «Газпрома» и членов их семей. Его подразделения сегодня расположены в Москве и Санкт-Петербурге. В структуру ОКДЦ входят поликлиники, Клиника микрохирургии глаза, Клиника стоматологии, отделы лучевой, лабораторной диагностики, скорой медицинской помощи, физкультурно-оздоровительной работы и др. И всё это огромное хозяйство – зона ответственности Николая ЛЕБЕДЕВА. В 2008 г. он принял на себя руководство учреждением, после чего получила развитие специализированная, высокотехнологичная амбулаторная помощь по ряду направлений. Лечебно-диагностические отделения были оснащены самым современным инновационным оборудованием, значительно увеличены штаты сотрудников, развёрнуты новые отделы и клиники. В эти дни свой 60-летний юбилей Николай Николаевич отмечает «на два дома» – в Москве и Санкт-Петербурге.

Накануне юбилея главный редактор «Медицинской газеты» Алексей ПАПЫРИН расспросил главного врача ОКДЦ, заслуженного врача РФ, доктора медицинских наук, профессора о том, как удаётся осуществлять многогранную деятельность и что ожидается в будущем.

– Николай Николаевич, легко ли далось решение о переезде из Москвы в Санкт-Петербург?

– Ленинград, как он в мою молодость назывался, для меня не посторонний, я приехал поступать из Белоруссии, и город меня покори. Учился в Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова. Потом уехал на Северный флот служить начмедом большого противолодочного корабля, а вернулся в Ленинград уже в качестве адъюнкта и прошёл путь от аспиранта до руководителя учебного процесса на одной из ведущих хирургических кафедр Военно-медицинской академии, защитил и кандидатскую, и докторскую. Затем возглавил хирургическую службу нефтегазовой отрасли, преподавал в Москве в Институте усовершенствования врачей Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова. Поэтому возвращение в Петербург – это как хорошее поощрение, никакого дискомфорта не испытываю. Но, конечно, в Москве я приобрёл и продолжаю приобретать колоссальный опыт.

– А как успеваете принимать управленческие решения, учитывая, что подразделения ОКДЦ находятся в двух столицах? Часто приходится ездить из Питера в Москву и обратно?

– Конечно часто. И, думаю, придётся ездить ещё чаще, учитывая, что руководством компании принято решение о переезде всех наших дочерних обществ в Санкт-Петербург. Открытие новых площадей обязывает нас работать непосредственно вблизи нашей администрации. Мы, конечно же, неукомительно выполним это указание.

Успеваю благодаря чёткой структурированности своего рабочего времени и, конечно же, эффективной работе нашей команды. Только делегирование полномочий может чётко и ясно разграничить функции и обеспечить эффективность работы в двух городах. Находясь в Москве и в Питере, мы полностью сохраняем преемственность оказания помощи прикрепленным пациентам, благодаря в том числе ИТ решениям. У нас действует электронная медицинская карта: если записи в ней делаются на приёме в Москве, а затем пациент уезжает работать на неделю в Петербург, то врач сразу её видит, с первой минуты идёт продолжение лечения, ничего заново не надо спрашивать. И наоборот, больничный лист можно открыть в Петербурге, закрыть в Москве. Поэтому нахождение наших подразделений в двух городах не мешает, а даёт эффективность, особенно в организационном плане.

– Вы сказали о слаженной работе команды. Что она собой представляет?

– Безусловно, наша работа командная. Не могу не назвать своих предшественников. Первым руководителем «Медицинского центра ПАО «Газпром» стал Валерий Владимирович Сидоренко, который провёл большую работу по оснащению лечебного учреждения газовой отрасли современным оборудованием, набору высококвалифицированных кадров, организации лечебно-профилактической деятельности. В 1997 г. медицинское учреждение

позволяла выполнять такие операции. Но единственным противопоказанием для выполнения операций в амбулаторных условиях является не столько объём хирургического вмешательства, сколько комплекс сопутствующих патологий, который не позволяет на следующий день отпустить пациента домой. То есть мы взвешенно подходим к выбору объёма хирургических вмешательств, учитываем в первую очередь надёжность гемостаза, проводим профилактику тромбоэмболии, инфицирования. Помимо лечащего врача, хирурга, риски оценивает анестезиолог – чтобы человек, проснувшись после операции, вечером надёжно был транспортирован нашим санитарным транспортом домой и находился

в том, что мы начали её внедрять намного раньше, чем это произошло в стране, поэтому пошли своим путём. Отсюда особенности, обусловленные ведомственным здравоохранением. Мы сейчас работаем над конвергенцией нашей информационной системы и ЕГИСЗ по общепринятым стандартам.

– А что в перспективе у лучшего амбулаторного центра ведомственной медицины?

– Как известно, в Лахта-центре, уже ставшем визитной карточкой Санкт-Петербурга, располагается штаб-квартира «Газпрома». Мы в ближайшее время получим там свои поликлинические площади. Они будут использованы в первую очередь для решения таких задач, как диспансерное обследование,

Экспертный уровень

Николай ЛЕБЕДЕВ:

Ведомственная медицина эффективна и востребована

«Поликлиника ПАО «Газпром» в связи с упразднением и присоединением Медицинского центра стало единым ведомственным амбулаторно-поликлиническим учреждением. Его главным врачом был назначен Анатолий Владимирович Пулик, при нём последующие 10 лет учреждение активно расширялось и развивалось. Мы и сегодня называем его нашим ангелом-хранителем, знаменем Центра, талисманом. Уважаемый Анатолий Владимирович приносит нам удачу.

Руководителя укрепляет его ближний круг, заместители. Назову некоторых коллег. Это заместитель главного врача по медицинской части Игорь Алексеевич Лазарев, заместитель по клинко-экспертной работе Владимир Николаевич Спесивцев, заместитель по терапии Николай Николаевич Рыжман, заместитель по хирургии Александр Низамеддинович Шихметов, заместитель по медицинской реабилитации Ольга Михайловна Калашникова. В моём понимании заместители – это не те люди, которые только кланяются и говорят, какой ты великий, а те, которые могут критически оценить ситуацию, дать совет, поспорить для принятия правильного решения. Я делегирую им полномочия, но не бегаю за спиной, проверяя, что и как они сделали. Мы прорабатываем стратегию движения вперёд и дальше работаем на реализацию цели в виде результата.

Это, конечно, и руководители хозяйственной службы, обеспечивающие наш тыл, условия для работы, руководители кадрового, бухгалтерского, планово-экономического, юридического, информационно-технического отделов и мн. др. Всего в ОКДЦ работают более 600 врачей и провизоров, более 750 медицинских сестёр. Большинство врачей и средних медицинских работников имеют высшую и первую квалификационную категорию. Среди врачебного состава в ОКДЦ ПАО «Газпром»: 12 заслуженных врачей Российской Федерации, 7 профессоров, 16 докторов медицинских наук, 119 кандидатов медицинских наук. Каждый на своём рабочем месте трудится для достижения главной цели – здоровья пациентов.

– Хирургия стала малоинвазивной, операций проводится больше, в подавляющем большинстве они эффективны, точны, малотравматичны. Какие вмешательства выполняют хирурги вашего амбулаторного центра? И где проходит грань, определяющая, какие операции можно делать без госпитализа-



в амбулаторных условиях более 15 тыс. пациентов.

Благодаря высококвалифицированному коллективу медицинских работников, оснащению современным оборудованием наши специалисты оказывают пациентам качественную, доступную высокотехнологичную, специализированную помощь мирового уровня. Пересадку органов мы, конечно, не делаем, но такие операции, как герниопластика, флебэктомия, холицистэктомия, выполняем лапароскопически. Мы освоили и весь спектр гинекологического пособия (кроме удаления матки). Блестяще осуществляем сегодня артроскопические операции, особенно на мелких суставах, и имеем хорошие результаты. Надёжно лечим лор-пациентов, выполняем вмешательства в амбулаторных условиях.

Где грань? Объём операции и вид вмешательства рассматриваем с двух точек зрения. Во-первых, персонал в совершенстве должен знать эти хирургические вмешательства, просчитывать риски, во-вторых, важна техническая оснащённость центра, которая бы

позволяла выполнять такие операции. Но единственным противопоказанием для выполнения операций в амбулаторных условиях является не столько объём хирургического вмешательства, сколько комплекс сопутствующих патологий, который не позволяет на следующий день отпустить пациента домой. То есть мы взвешенно подходим к выбору объёма хирургических вмешательств, учитываем в первую очередь надёжность гемостаза, проводим профилактику тромбоэмболии, инфицирования. Помимо лечащего врача, хирурга, риски оценивает анестезиолог – чтобы человек, проснувшись после операции, вечером надёжно был транспортирован нашим санитарным транспортом домой и находился

в том, что мы начали её внедрять намного раньше, чем это произошло в стране, поэтому пошли своим путём. Отсюда особенности, обусловленные ведомственным здравоохранением. Мы сейчас работаем над конвергенцией нашей информационной системы и ЕГИСЗ по общепринятым стандартам.

– А что в перспективе у лучшего амбулаторного центра ведомственной медицины?

– Как известно, в Лахта-центре, уже ставшем визитной карточкой Санкт-Петербурга, располагается штаб-квартира «Газпрома». Мы в ближайшее время получим там свои поликлинические площади. Они будут использованы в первую очередь для решения таких задач, как диспансерное обследование,

проведение скрининга, оказание неотложной помощи. Плюс в том, что человеку не нужно будет далеко ездить, чтобы пройти первичную диагностику. Это можно будет сделать у нас на высоком уровне и решить, нужно ли дообследование, госпитализация и т.д. Сегодня у нас уже большие наработки по этому направлению.

Второе – это дальнейшее развитие профилактики заболеваний, восстановительной медицины и физической культуры на грани с медицинскими программами.

Третье – это стоматология. Мы развиваем этот вид помощи, и она достаточно эффективна и востребована. В Клинике стоматологии ОКДЦ успешно проводится лечение, реставрация зубов, применяются все виды современного протезирования. Отдел оснащён современным оборудованием, видеосистемой, телекоммуникационной и компьютерной сетью. Замечу, что сегодня культура населения растёт. Если раньше, вы помните, к стоматологам ходили с боязнью, обычно перед самой пенсией, то сейчас уже даже маленьких детей охотно приводят для профилактики пародонтоза, на приём к ортодонту (для исправления прикуса, исправления жевательно-речевого аппарата) и т.д. И сами родители в достаточно молодом возрасте обращаются к гигиенистам для профилактики заболеваний дёсен. Стало доброй традицией раз в полгода появляться у стоматолога, чтобы просаннировать полость рта, устранить кариес, поставить пломбу. Стоматология всегда востребована.

Ещё один наш конёк – это операция на глазах в амбулаторных условиях. Одним из самых инновационных подразделений, которому нет равных в России по качеству оказания медицинской помощи, является наш Центр микрохирургии глаза. Востребованность хирургической лазерной коррекции зрения в нём огромная, лечение проходят десятки тысяч пациентов, это не только работники «Газпрома» и члены их семей, но и другие российские граждане, зарубежные гости. Такую же структуру мы планируем создать и в Петербурге.

– Наверное, временами хочется встать к операционному столу? Вы продолжаете оперировать?

– Старюсь. Скажу честно, учитывая мою занятость, необходимость решать множество организационных, снабженческих вопросов, это не всегда получается, но всё-таки в операционной появляюсь, участвую в операциях. Безусловно, радуюсь успехам коллег, которых мы под-

в домашних условиях без рисков осложнений.

– Вы упомянули электронную карту. Вы уже полностью перешли на цифровые технологии? Вся документация ведётся в электронном виде?

– Документация у нас ведётся полностью в электронном виде. Есть цифровой профиль пациента. Как я уже сказал, есть ЭМК. Мы одними из первых внедряли эти технологии на платформе МИС «МедиаЛог». Но у нас есть некоторые особенности, отличия от системы государственного образца. Сегодня ЭМК широко используется, особенно в Москве, и действительно показала свою высочайшую эффективность, потому что формирует преемственность между стационаром и поликлиническим звеном. Как и электронные больничные листы, которые тоже показали свою эффективность. Мы над этим тоже работаем, учитывая, что медицинские подразделения нашего центра находятся в двух городах. Наша ЭМК одна из самых лучших, позволяет анализировать заболеваемость, делать ежегодные отчёты. Но она не того стандарта, который действует в ЕГИСЗ. Дело

готовили, стараюсь им помогать. Исхожу из того, что пациент – это не экспериментальная модель. Если ты серийно не ходишь в операционную, то не надо из себя корчить великого. Я считаю, что участие в операции со специалистами, которые выполняют это каждый день, – почётная миссия для меня на данном этапе. Существует неписаное правило, что любой оперирующий хирург на утро должен сам лично перевязать пациента. А в силу объективных обстоятельств не каждый раз могу себе это позволить. Поэтому с удовольствием помогаю моим младшим товарищам, которые блестяще освоили объёмы и методики хирургических вмешательств, и наслаждаюсь их работой. Участвую на ведущих ролях, даю методические советы во время вмешательства, как лучше сделать, какие методики применить.

– Как вы оцениваете состояние ведомственной медицины в нашей стране? По-моему, споры о том, нужна ли такая форма, потеряли смысл. Сложилась система, когда ведомственные клиники зависимы от государства, и наоборот. То есть всё стало сбалансированным.

– Я читаю, что состояние ведомственной медицины, её качество в нашей стране по-прежнему не падает. Может быть, конкретно в нашей отрасли, в системе ПАО «Газпром», мы так это чувствуем. Почему? Потому что у нас больше развито амбулаторно-поликлиническое звено, то есть первичная медико-санитарная помощь, специализированная помощь. Но на примере ведомственной медицины РЖД могу сказать, что они до сих пор являются основными центрами оказания неотложной квалифицированной помощи в отдалённых уголках нашей страны. Есть такие станции узловые, где кроме них, извините, медицинского представительства вообще нет.

Поэтому к государственному балансу ещё идти и идти. Другое дело, когда мы говорим о Москве или Петербурге, крупных областных городах, где действительно медицина набрала большие обороты, созданы фантастические центры. В них осуществляется не только медицинская помощь как таковая, но и постдипломное образование, обучение в симуляционных центрах.

Как ведомственная медицина мы на сегодняшний день чувствуем себя востребованными. В следующем году нашему центру исполняется 30 лет. Мы готовимся провести отраслевую научно-практическую конференцию, на которой, думаю, будет как раз оценён вклад ведомственной медицины в сохранение здоровья газетчиков. Был период, когда у нас в стране диспансеризацию немножко отодвинули, и даже считалось, что это не страховая случай для страховых компаний. Мы же на протяжении всех лет сохраняли объёмы обследований, ежегодную диспансеризацию, и это дало хорошие результаты.

– Николай Николаевич, как при таком жёстком ритме удаётся сохранить оптимизм, хорошее настроение, силы и желание не останавливаться на достигнутом, строить дальнейшие планы и идти вперёд?

– Это даётся природой, дальше шлифуются учителями, жизнью и, конечно, замечательными коллегами. Я вам больше скажу, большое значение имеет семья, понимание, что ты нужен, востребован, можешь рассчитывать на помощь не только делами, но и словами. Если хотите, это любовь. Вот и всё. Три начала – генотип, фенотип и семья – дают такой слаженный, синергичный эффект.

Журналистский коллектив «МГ» поздравляет Николая Николаевича Лебедева с круглой датой и желает ему новых достижений и успехов на поприще охраны здоровья людей очень нужной и нелёгкой профессией.



Фото
Александра ХУДАСОВА.

Сотрудничество

Искусственный ум нуждается в помощи

Российский учёный-физиолог поставил точку в научной дискуссии между швейцарскими и немецкими нейроонкологами. Доцент Института интеллектуальной робототехники Новосибирского государственного университета Пётр Меньшанов дал чёткий и обоснованный ответ на вопрос, можно ли применять методы на основе искусственного интеллекта (ИИ) для прогноза и выявления эпилепсии у пациентов с опухолями головного мозга. Статья П.Меньшанова с его выкладками опубликована в престижном международном научном журнале, а это само по себе означает, что доводы новосибирского специалиста признаны убедительными.

Предыстория такова. Нейроонкологи из Цюриха разработали STAMPE2 – шкалу оценки риска развития эпилепсии при опухолях головного мозга. Она учитывает следующие факторы: S (Sensorimotor Deficit) – нарушения чувствительности и двигательной активности у пациента; T (Tumor progression) – скорость развития опухоли; A (Age) – возраст пациента; M (Major surgical complication) – осложнения в ходе операции; P (Preoperative epilepsy) – наличие эпилепсии до операции; E (Edema) – отёки.

Разработчики рискометра использовали для классификации специально созданную компьютерную программу. Обученный ИИ сам определял вероятность возникновения эпилепсии у онкологического пациента после операции на головном мозге.

В свою очередь врачи в одной из клиник Лейпцига не смогли использовать разработку швейцарских коллег: STAMPE2 здесь не работал. Раздосадованные немецкие исследователи придали эту историю огласке, публично подвергнув эффективности рискометра сомнению в ряде научных журналов. Между учёными двух стран разгорелся нешуточный спор о том, допустимо

ли задействовать технологии на основе ИИ в столь ответственном деле, как прогноз послеоперационных судорог.

Одно из специализированных научных изданий обратилось с просьбой к новосибирскому учёному – специалисту в сфере интеллектуальной медицинской робототехники – определить, кто в этом споре прав. Разобравшись в ситуации, П.Меньшанов выяснил, что сам по себе рискометр STAMPE2 эффективен, просто немецкие онкологи преувеличили возможности искусственного интеллекта и не предоставили цифровому помощнику достаточный объём данных.

– В результате ИИ не смог корректно применить в отношении немецких пациентов систему оценки рисков, предложенную швейцарскими разработчиками. «Машина» прогнозировала развитие эпилепсии или отсутствие такой вероятности даже в тех случаях, где врачам было очевидно, что всё ровно наоборот. Для корректной работы метода нужно было объяснять цифровому ассистенту, как именно должны быть обработаны данные, – пояснил эксперт.

Специалисты из Германии согласились с доводами россиянина. Следующие результаты использования ими метода STAMPE2 оказались уже достоверными.

По мнению директора Института интеллектуальной робототехники Новосибирского государственного университета Алексея Окунева, данный случай показателен и поучителен: необходимо тщательно проверять любые технологии на основе машинного обучения перед внедрением их в медицинскую практику.

– Если бы онкологи необдуманно начали использовать цифрового ассистента в клинике, от работы ИИ могли пострадать пациенты, – подчеркнул А.Окунев.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Новые подходы

В Красноярском краевом онкодиспансере начали проводить комплексное геномное профилирование. Специалисты называют этот метод вершиной эволюции в диагностике рака. Компьютер выстраивает геномную последовательность, и лаборатория имеет данные обо всех вариантах генетических изменений в опухоли. Эта информация нужна врачам, чтобы назначить онкологическую таргетную терапию. Нацеленность на конкретную генетическую мишень повышает эффективность лечения, поскольку как индивидуален каждый человек, так и каждая опухоль имеет свой «портрет».

Разглядеть её «портрет»

В учреждении подчёркивают, что исследование проводится бесплатно для пациентов, средства на эти цели выделил краевой бюджет. Подобную щедрость может позволить себе далеко не каждый субъект РФ.

– Комплексное геномное профилирование значительно расширило наши диагностические возможности. С его помощью за один раз из блока можно проанализировать 324 известные генетические поломки и найти мутации, включая редкие, которые не найдены другими методами. После чего становится возможным подобрать терапию, наиболее подходящую для лечения конкретной опухоли, – говорит главный врач онкодиспансера Руслан Зуков.

Как пояснил Р.Зуков, комплексное геномное профилирование используется не тотально, а исключительно по показаниям: при распространённых опухолях без первично выявленного очага, холангиокарциноме, опухолях слюнных желёз, местнораспространённом или метастатическом раке лёгкого, когда иные диагностические методы не обнаружили точки воздействия для таргетной или иммунной терапии.

Специалисты краевого онкодиспансера уже получили первые результаты. У двоих пациентов с IV стадией рака лёгкого при выполнении иммуногистохимии и ПЦР в опухоли не было найдено ни одной мутации. Больные, согласно клиническим рекомендациям, начали получать стандартное лечение и одновременно были направлены на комплексное геномное профилирование. По результатам этого исследования у них были выявлены редкие мутации в генах, что дало возможность онкологам задействовать во второй линии лечения таргетную терапию.

Елена ЮРИНА,

Красноярск.

Современные технологии

К раннему выявлению рака

Под руководством победительницы четвёртого сезона конкурса управленцев «Лидеры России» – флагманского проекта президентской платформы «Россия – страна возможностей» Полины Хилимончик в Оренбургской области внедряются программы диагностики рака с использованием технологий искусственного интеллекта.

П.Хилимончик работает начальником Центра мониторинга скрининговых программ Оренбургской области. В 2024 г. под её руководством запущена программа диагностики рака кожи с использованием мобильного приложения «ПроРодинки» – такая практика в масштабе всего региона реализуется в России впервые.

«Сейчас искусственный интеллект распознаёт не только меланому, но и базальноклеточный, плоскоклеточный рак. Пользователю достаточно скачать приложение и сфотографировать подозрительный участок кожи, его проанализирует искусственный интеллект. Слова «рак», «меланома» приложение не использует, речь идёт о подозрении на злокачественное новообразование, когда нужно срочно обратиться к врачу. Есть телефоны горячих линий и указаны адреса, куда можно прийти проконсультироваться», – рассказала П.Хилимончик.

Поскольку скрининговые программы должны проводиться массово и доступно, ко Дню борьбы с меланомой центр инициировал проведение дня открытых дверей в медицинских организациях по



всей Оренбургской области для онконастороженных пациентов.

«В этом году на диагностику пришли 700 человек, был диагностирован 31 рак кожи, причём на ранней стадии. Важно отметить, что меланома – агрессивный вид рака, при котором быстро образуются метастазы, сложно поддающиеся фармакологическому лечению. Нам удалось выявить злокачественные новообразования на преинвазивной стадии, когда лечение может быть щадящим, а прогноз для жизни пациента благоприятным», – добавила победительница.

Будучи начальником центра на базе областного онкодиспансера, Полина курирует ещё ряд программ, направленных на раннее выявление злокачественных опухолей, – это скрининг рака лёгкого, шейки матки, молочной железы, колоректального рака, стоматологический скрининг. Запущен пилот-

ный проект обследования на рак желудка с участием сотрудников крупных промышленных предприятий и правительства Оренбургской области.

«За 2023 г. и первое полугодие 2024 г. благодаря скринингу диагностировано 2032 случая рака, в том числе молочной железы, лёгких, кожи, колоректальной локализации, шейки матки, 1462 из них – на ранней стадии. Предраковая патология диагностирована в 5290 случаях. Можно говорить о спасении 7 тыс. жизней, что даёт высокий социальный эффект и позволяет снижать смертность от онкологии в регионе», – отметила лидер.

Централизованная модель организации скринингов онкологических заболеваний и создания Центра мониторинга таких программ в Оренбургской области уже признана одной из перспективных практик в стране и вошла в топ

лучших инициатив, отобранных по итогам форума «Сильные идеи для нового времени». В регионе организованы два референсных центра по второму прочтению маммографических изображений, три центра скрининга колоректального рака, внедряются технологии искусственного интеллекта.

«Алгоритмы обрабатывают медицинские снимки и приоритизируют те, где с большой вероятностью есть патология. ML-сервисы акцентируют внимание врача на признаках, которые при большом потоке рутинных исследований могут быть не замечены, потому что у специалиста замыливается взгляд. Точность и чувствительность искусственного интеллекта постоянно растёт», – подытожила П.Хилимончик.

В четвёртом сезоне конкурса управленцев «Лидеры России» Полина участвовала в треке «Государственное управление» и по итогам суперфинала вошла в число победителей конкурса.

«Конкурс «Лидеры России» является не просто эффективным социальным лифтом. Это площадка для продвижения оригинальных идей государственного масштаба. И мы видим, что предложения учитываются, реализуются на практике и приносят пользу. В конкурсе участвуют люди целеустремлённые, амбициозные, которые любят свою страну и свой регион», – отметил глава региона Денис Паслер.

Конкурс управленцев «Лидеры России» проводится с 2017 г. по поручению Президента страны.

Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 37 (2443)

Грибовидный микоз (ГМ) – первичная эпидермотропная Т-клеточная лимфома кожи (ЛК), характеризующаяся пролиферацией малых и средних Т-лимфоцитов с церебриформными ядрами.

Этиология и патогенез

Этиология заболевания неизвестна. Считается, что лимфомы кожи возникают вследствие хронической антигенной стимуляции, что ведёт к неконтролируемой клональной пролиферации и накоплению неопластических Т-клеток в коже. Предполагают роль золотистого стафилококка в возникновении лимфом кожи. Некоторые исследователи сообщают о значении вируса Эпштейна-Барр и цитомегаловируса в этиологии заболевания. Есть данные о развитии лимфом кожи у людей, получающих иммуносупрессивную терапию после трансплантации органов, и у ВИЧ-инфицированных.

Эпидемиология

Грибовидный микоз является наиболее часто встречающейся формой кожной Т-клеточной лимфомы и составляет 1% всех неходжкинских лимфом, 50% первичных лимфом кожи и 65% кожных Т-клеточных лимфом. Заболеваемость грибовидным микозом в мире равна 6-7 случаев / 106 в год с регулярным повышением в последние десятилетия. Этот показатель значительно варьирует в различных географических регионах: в США заболеваемость грибовидными микозом составляет 0,46 случаев на 100 тыс. человек, в странах Европы этот показатель колеблется от 0,26 до 1,0 на 100 тыс. человек в год (55% мужчин и 45% женщин). Более 75% случаев грибовидного микоза наблюдается у пациентов старше 50 лет, средний возраст дебюта заболевания составляет 55-60 лет. Грибовидный микоз может также поражать детей и подростков (1% случаев). Соотношение заболевших мужчин и женщин составляет 2,0:1,0 с преобладанием пациентов с тёмным цветом кожи (1,7:1).

Классификация заболевания

- Грибовидный микоз (классический трехстадийный вариант)
- Другие формы грибовидного микоза:
 - входят в ВОЗ-классификацию опухолей кожи:
 - фолликулотропный грибовидный микоз
 - педжетоидный ретикулёз
 - синдром гранулематозной вялой кожи.
 - редко встречающиеся варианты:
 - эритродермический
 - фолликулярный
 - сиринготропный
 - буллёзный/везикулёзный
 - гранулёматозный
 - пойкилодермический
 - гиперпигментный
 - гипопигментный
 - одноочаговый
 - ладонно-подошвенный
 - гиперкератотический/веррукозный
 - вегетирующий/папилломатозный
 - ихтиозиформный
 - пигментно-пурпурозный;
 - пустулёзный.

Клиническая картина

При классическом варианте грибовидного микоза заболевание протекает стадийно, с нарастанием распространённости процесса, и делится на 3 клинических стадии: пятнистая (эритематозная), бляшечная и опухолевая.

Заболевание начинается с пятен разных размеров, с чёткими краями, которые расположены несимметрично и чаще локализируются на ягодицах и участках кожи, защищённых от солнечного облучения, – молочных железах, нижних отделах живота, в подмышечных и паховых складках, на внутренней поверхности бёдер и плеч. Цвет пятен варьирует от розовато-красного до желтовато-оранжевого и коричневого оттенков. Поверхность пятен может быть морщинистой (псевдоатрофичной) и слегка лихенифицированной, в случае появления телеангиоэктазий и участков пигментации развивается пойкилодемия. В эритематозной стадии болезнь может проявляться разнообразными и нехарактерными эритемами, уртикароподобными, псориазо- и параспориазоподобными, экземопоподобными высыпаниями.

Для бляшечной стадии характерно образование инфильтрированных бляшек различной величины, желтовато-красной или синюшной окраски. Поверхность их может быть гладкой, слегка шелушащейся или лихенифицированной. Образование бляшек протекает бессимптомно или сопровождается очень сильным зудом, иногда их рост идёт неравномерно из-за периферической части, в результате чего образуются дугообразные очаги. Разрешаются бляшки медленно и неравномерно, при разрешении в центре они приобретают кольцевидную форму.

Грибовидный микоз

Клинические рекомендации

- Клиническими симптомами, характерными для ранних стадий грибовидного микоза, являются:
- вариабельность формы, размеров и цвета высыпаний
 - феномен одновременного прогрессирования и регрессирования отдельных высыпаний
 - пойкилодермия (пятнистая пигментация, телеангиоэктазии, атрофия кожи)
 - множественные высыпания, несколько зон вовлечения
 - характерная локализация высыпаний на участках кожи, не подвергающихся солнечному облучению
 - зуд, сопровождающий высыпания.

В опухолевой стадии у пациента обычно обнаруживается сочетание пятен, бляшек и узлов. Узлы могут формироваться как в области существующих бляшек, так и на непораженной ранее коже. Их локализация и количество могут варьировать от единичных до множественных. В опухолевой стадии могут поражаться лимфатические узлы и внутренние органы.

Фолликулотропный грибовидный микоз является самостоятельным вариантом грибовидного микоза, характеризующимся наличием фолликулотропных инфильтратов, часто с сохранением межфолликулярного эпидермиса и преимущественным поражением головы и шеи. Фолликулотропный грибовидный микоз развивается главным образом у взрослых, но описан также у детей и подростков. Мужчины болеют чаще, чем женщины. Поражение кожи располагается преимущественно на лице и шее, где оно наиболее выражено. Заболевание может проявляться сгруппированными фолликулярными папулами, пятнами, ассоциированными с фолликулами, плотными бляшками или опухолями. Другими клиническими проявлениями являются акнеформные высыпания (комедоны, кисты) и высыпания, напоминающие волосистой кератоз, которые локализуются главным образом на туловище и конечностях. Поражение кожи при фолликулотропном грибовидном микозе часто ассоциировано с алопецией. У детей заболевание чаще всего проявляется гипопигментированными, приуроченными к волосным фолликулам пятнами и ассоциированной алопецией. Частым и очень характерным признаком болезни являются инфильтрированные бляшки в области бровей, сопровождающиеся выпадением волос. Зуд зачастую очень интенсивный. Часто наблюдаются вторичные бактериальные инфекции. В редких случаях фолликулотропный грибовидный микоз может проявляться солитарными очагами поражения (солитарный или одноочаговый фолликулотропный грибовидный микоз) или эритродермией.

Сиринготропный грибовидный микоз представляет собой редкий вариант заболевания, имеющий много общего с фолликулотропным грибовидным микозом. Он характеризуется выраженным поражением эккринных желёз, часто ассоциируясь с пилоэрилизмом. Поражения кожи могут быть солитарными или, чаще, генерализованными.

Педжетоидный ретикулёз представляет собой редкий вариант грибовидного микоза, характеризующийся локализованными

пятнами или бляшками с интраэпидермальной пролиферацией неопластических Т-лимфоцитов. Термин педжетоидный ретикулёз следует использовать только для локализованного типа болезни (тип Ворингера-Колоппа), но не для диссеминированного типа (тип Кетрона-Гудмана), так как в настоящее время у большинства пациентов с генерализованными высыпаниями заболевание рассматривают как первичную кожную CD8+ агрессивную эпидермотропную цитотоксическую лимфому, первичную кожную / Т-клеточную лимфому или опухолевую стадию грибовидного микоза. Поражение кожи у пациентов обычно представлено солитарными, медленно прогрессирующими псориазоформными или гиперкератотическими бляшками, которые обычно локализуются на конечностях, чаще всего на кистях и стопах.

Синдром гранулёматозной вялой кожи – это крайне редкий вариант грибовидного микоза, характеризующийся медленным формированием складок вялой кожи и гра-

нулёматозным инфильтратом с клональными Т-лимфоцитами. Первоначальным проявлением поражения кожи при синдроме гранулёматозной вялой кожи, как и при классическом грибовидном микозе, являются пятна и бляшки, которые трансформируются в крупные, висащие складки атрофичной кожи в области сгибов (подмышки и пах), напоминающие синдром вялой кожи – cutislaxa. Внекожная диссеминация патологического процесса развивается крайне редко, и у большинства пациентов заболевание имеет индолентное течение.

Гипопигментный грибовидный микоз часто обнаруживается у людей с тёмной кожей и часто встречается у детей и подростков. У пациентов с белой кожей гипопигментированные очаги поражения обычно сосуществуют вместе с эритематозными высыпаниями, типичными для классического грибовидного микоза. Заболевание проявляется гипопигментированными пятнами, которые локализуются преимущественно на туловище и конечностях и не сопровождаются субъективными ощущениями.

Помимо вариантов, подробно рассмотренных выше, описано ещё несколько клинических вариантов грибовидного микоза. Варианты, подобно гиперпигментному, буллёзному/везикулёзному, пойкилодермическому, пигментному пурпуроподобному, пустулёзному, ихтиозиформному, ладонно-подошвенному грибовидному микозу, были названы согласно их характерным клиническим проявлениям. Тем не менее обычно они характеризуются теми же гистологическими признаками и таким же течением, что и классический грибовидный микоз, и поэтому не включены в последнюю классификацию лимфом кожи как самостоятельные заболевания.

Диагностика

Критерии установления диагноза/стояния:

- диагностика грибовидного микоза базируется на основании комплексной оценки клинической картины заболевания (наличия пятен, бляшек, узлов, изменения пигментации кожи, появления нетипичных для классического варианта грибовидного микоза высыпаний: пузырей, пустул и др.), патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала кожи (наличие в инфильтрате плеоморфных («церебриформных») лимфоидных клеток малых и средних размеров;
- наличие лимфоидных клеток, располагающихся цепочкой в базальном ряду эпидермиса (3 и более);
- наличие интраэпидермальных лимфоцитов, окружённых светлым перинуклеарным ободком;
- повышенное количество интраэпидермальных лимфоцитов при отсутствии спонгиоза («диспропорциональный эпидермотропизм»);
- размер эпидермальных лимфоцитов больше, чем дермальных;
- внутриэпидермальные скопления лимфоцитов (микроабсцессы Потрие);
- фиброз и/или отёк сосочковой части дермы.

Морфологические особенности, характерные для разных стадий и форм грибовидного

микоза, подробно приведены в комментариях, в том числе с применением иммуногистохимического метода с использованием антител к CD2, CD3, CD4, CD5, CD7, CD8, CD20, CD30, CD56, TIA1, granzyme B, TCR (βF1), TCR-γ, CD45RO.

Иммуногистохимические критерии диагностики грибовидного микоза:

- клетки инфильтрата состоят из α/β Т-хелперов – зрелых клеток памяти, которые имеют иммунофенотип: βF1+ CD2+ CD3+ CD4+ CD5+ CD7+ CD8 – CD45RO+
- потеря экспрессии лимфоцитами маркера CD7 более чем на 10%
- полная или частичная потеря экспрессии пан-Т-клеточных антигенов CD2, CD3, CD5 и CD7 на поздних стадиях
- диссоциация иммунофенотипа интраэпидермального и дермального лимфоидного компонента (со слабой экспрессией и утратой экспрессии части антигенов, таких как CD2, CD3, CD4, CD5, CD7)
- увеличение соотношения CD4/CD8 (более чем 8/1)

– определение перестройки гена Т-клеточного рецептора (исследование методом ПЦР для определения реарранжировки генов цепей Т-клеточного рецептора (ТКР) является вспомогательным методом, так как моноклональность инфильтрата обнаруживается в 90% случаев бляшечной и опухолевой стадий грибовидного микоза и лишь в 50-60% – в пятнистой стадии. Результаты молекулярно-генетического исследования необходимо оценивать в комплексе с другими диагностическими методами, так как доминантный клон Т-лимфоцитов может обнаруживаться в группе так называемых «клональных» дерматозов).

Согласно рекомендациям Международного общества по лимфомам кожи и Европейской организации по изучению и лечению рака, выделяют 4 стадии грибовидного микоза – I стадию, выделяя стадии IA и IB, а также II, III и IV стадии.

План обследования варьирует в зависимости от стадии грибовидного микоза:

- при IA и IB-стадиях необходимо проведение физикального осмотра с картированием кожи, прицельная рентгенография органов грудной клетки и УЗИ лимфатических узлов (периферических).
- пациенты с II, III и IV стадиями должны быть обследованы в соответствии со стандартами обследования пациентов с нодальными лимфомами. Кроме того, при наличии пятен/бляшек необходимо определение площади поражения кожного покрова, при наличии узлов – определение их общего количества, размеров наибольшего узла и вовлечённых областей кожи.

Установление стадии заболевания является важным фактором при планировании лечения и определения прогноза течения заболевания. У большинства пациентов с ранними стадиями средняя выживаемость равна 12 лет. В поздних стадиях у пациентов с узлами, эритродермией, вовлечением л/у и крови, без поражения внутренних органов средняя выживаемость равна 5 годам. Пациенты с узлами (T3) имеют более плохой прогноз, чем с эритродермией (T4). Внутренние органы вовлекаются редко, средняя выживаемость при этом меньше 2,5 лет. Пациенты со стадиями IB/IIA, имеющие фолликулярную форму грибовидного микоза или пациенты с очень «толстыми» бляшками имеют более плохой прогноз из-за сниженной чувствительности к наружным видам терапии, что необходимо учитывать при назначении лечения. В поздних стадиях наличие множественных узлов, крупноклеточной трансформации и снижения количества CD8+Т-клеток в дермальном инфильтрате и/или крови также ассоциировано со снижением выживаемости.

Жалобы и анамнез

Для грибовидного микоза характерно постепенное начало заболевания и медленное развитие. Высыпания часто спонтанно бесследно разрешаются. Пациенты предъявляют жалобы на высыпания на коже, которые часто сопровождаются зудом.

Физикальное обследование

Клиническое обследование пациента основывается на основополагающим методом в диагно-

стике начинающегося грибовидного микоза, так как даёт возможность не только заподозрить грибовидный микоз, но и определить разновидность и стадию этого заболевания, а также определить оптимальное место для получения биоптата кожи. При клиническом обследовании необходимо оценить вид кожных высыпаний (пятна, бляшки, узлы или их сочетание) и площадь поражения кожных покровов. Критерии клинической диагностики ранних стадий грибовидного микоза приведены в разделе 1.6 «Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)».

Для установления стадии заболевания, согласно рекомендациям ISLE-EORTC, при наличии пятен/бляшек необходимо определение площади поражения кожного покрова, при наличии узлов – определение их общего количества, размеров наибольшего узла и вовлечённых областей кожи. Необходима также пальпация лимфатических узлов и оценка их размеров, консистенции, подвижности, спаянности с окружающими тканями, болезненности.

Лабораторные диагностические исследования

Рекомендуется общий (клинический) анализ крови развёрнутый для выявления возможных отклонений и состояний, являющихся противопоказаниями к назначению системной терапии грибовидного микоза и для контроля безопасности проводимой системной терапии или фототерапии (УУР С, УДД – 5).

Лекарственные препараты, используемые для системной терапии грибовидного микоза, обладают нежелательными явлениями, отражающимися в изменениях показателей крови, выявление которых требует проведения общего (клинического) анализа крови. На фоне системной терапии может наблюдаться развитие тромбоцитопении, анемии, нейтропении и изменение других показателей.

Рекомендуется проведение анализа крови биохимического общетерапевтического с включением показателей лактатдегидрогеназы и мочевого кислоты, а также для выявления возможных отклонений и состояний, являющихся противопоказаниями к назначению системной терапии грибовидного микоза и для контроля безопасности проводимой системной терапии или фототерапии кожи (УУР – С, УДД – 5).

Повышение уровня лактатдегидрогеназы и мочевого кислоты в крови указывает на прогрессирование и агрессивное течение грибовидного микоза. Лекарственные препараты, используемые для системной терапии грибовидного микоза, обладают нежелательными явлениями, отражающимися в изменениях биохимических показателей крови, выявление которых требует проведения биохимического анализа крови. На фоне системной терапии может наблюдаться увеличение показателей креатинина, триглицеридов, повышения печёночных трансаминаз.

Инструментальные диагностические исследования

Рекомендуется всем пациентам с грибовидным микозом проведение ультразвукового исследования лимфатических узлов (периферических) для определения степени их вовлеченности в патологический процесс и стадии заболевания (УУР С, УДД – 5).

Данный метод исследования применяется с целью подтверждения или выявления лимфаденопатии и/или мониторинга состояния у пациентов с ранними стадиями грибовидного микоза (T1N0B0, T2N0B0). Выявление изменений лимфатических узлов, обусловленных патологической пролиферацией Т-лимфоцитов, свидетельствует о прогрессировании грибовидного микоза и необходимости проведения дополнительных исследований.

Рекомендуется всем пациентам с грибовидным микозом проведение прицельной рентгенографии органов грудной клетки (УУР С, УДД – 5).

Данный метод исследования применяется с целью подтверждения отсутствия или наличия лимфаденопатии и/или мониторинга состояния у пациентов с ранними стадиями грибовидного микоза (T1N0B0, T2N0B0). Выявление изменений лимфатических узлов, обусловленных патологической пролиферацией Т-лимфоцитов, свидетельствует о прогрессировании грибовидного микоза и необходимости проведения дополнительных исследований.

Рекомендуется проведение магнитно-резонансной томографии или позитронно-эмиссионной томографии, совмещённой с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ), органов грудной полости, брюшной полости и малого таза для выявления потенциальной

вовлечённости в патологический процесс лимфатических узлов и внутренних органов у пациентов с грибовидным микозом на поздних стадиях и/или обнаружении изменённых периферических лимфатических узлов при обследовании (УУР С, УДД – 5).

Выявление изменений лимфатических узлов или внутренних органов, обусловленных патологической пролиферацией Т-лимфоцитов, свидетельствует о развитии поздних стадий грибовидного микоза.

Иные диагностические исследования

Рекомендуется всем пациентам с подозрением на грибовидный микоз проведение патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала кожи из очага поражения для верификации диагноза.

При проведении патологоанатомического исследования необходимо учитывать клеточный состав дермального инфильтрата и его расположение. Основными диагностическими критериями являются:

- наличие в инфильтрате плеоморфных («церебриформных») лимфоидных клеток малых и средних размеров;
- наличие лимфоидных клеток, располагающихся цепочкой в базальном ряду эпидермиса (3 и более);
- наличие интраэпидермальных лимфоцитов, окружённых светлым перинуклеарным ободком;
- повышенное количество интраэпидермальных лимфоцитов при отсутствии спонгиоза («диспропорциональный эпидермотропизм»);
- размер эпидермальных лимфоцитов больше, чем дермальных;
- внутриэпидермальные скопления лимфоцитов (микроабсцессы Потрие);
- фиброз и/или отёк сосочковой части дермы.

Морфологические особенности, характерные для разных стадий и форм грибовидного микоза, подробно приведены в комментариях (УУР С, УДД – 4).

Для повышения достоверности патологоанатомического исследования необходима отмена лечения любыми наружными препаратами, особенно содержащими кортикостероиды, а также кортикостероидами системного действия и иммунодепрессантами за 2 недели до проведения биопсии, в неясных случаях рекомендуется проведение нескольких биопсий из разных очагов и повторных биопсий через 2-4 недели (без назначения наружной терапии).

При патологоанатомическом исследовании для пятнистой (эритематозной) стадии характерны эпидермотропные поверхностные мелкоочаговые периваскулярные инфильтраты, для бляшечной – эпидермотропный плотный полосовидный инфильтрат в верхней части дермы, для опухолевой – плотный очаговый или диффузный инфильтрат, занимающий всю дерму и проникающий в подкожную жировую клетчатку, эпидермотропизм может отсутствовать.

Фолликулотропный грибовидный микоз морфологически характеризуется перифолликулярным или диффузным лимфоцитарным инфильтратом дермы с различной степени выраженности инфильтрацией фолликулярного эпителия мелкими, среднего размера и иногда крупными Т-клетками с церебриформными гиперхромными ядрами. Во многих случаях обнаруживается муцинозная дегенерация фолликулярного эпителия (фолликулярный муциноз), которая может быть визуализирована окраской альциановым синим или коллоидным железом, однако были также описаны случаи без фолликулярного муциноза. Инфильтрация фолликулярного эпителия может сопровождаться инфильтрацией эккринных потовых желёз (сиринготропизм), комбинация которых часто называют аднексотропным грибовидным микозом. Тем не менее одновременная инфильтрация интерфолликулярного эпидермиса (эпидермотропизм), характеризующая ранние стадии классического грибовидного микоза, встречается редко. В ранних поражениях, клинически характеризующихся приуроченными к фолликулам пятнами или акнеформными высыпаниями или высыпаниями, подобными волосному кератозу, перифолликулярный инфильтрат обычно скудный и содержит, помимо атипичных Т-клеток, различное количество мелких реактивных Т-клеток, гистиоцитов и иногда – эозинофилов. При прогрессировании поражения кожи до более инфильтрированных бляшек или опухолей дермальные инфильтраты становятся более диффузными и могут содержать большее количество крупных клеток или среднего размера клеток с тонкодисперсным хроматином. Часто наблюдается значительная примесь эозинофилов и особенно в случаях вторичной бактериальной инфекции – плазматических клеток.

В некоторых случаях могут присутствовать кластеры мелких В-лимфоцитов. В случаях разрушения эпителия волосных фолликулов может наблюдаться гранулёматозная реакция. В случаях с диффузными дермальными инфильтратами с частичным или даже полным разрушением эпителиальных структур дифференциальная диагностика между фолликулярным грибовидным микозом и другими типами ТКЛК может быть сложной.

Крупноклеточная трансформация, которую определяют по присутствию более 25% бластных клеток или присутствию кластеров бластных клеток, была описана более чем в 20% случаев фолликулотропного грибовидного микоза и наблюдается чаще, чем при классическом грибовидном микозе.

Типичная гистологическая картина представлена гиперплазией эпидермиса с выраженной инфильтрацией мелкими и среднего размера атипичными клетками, расположенными по отдельности, или гнёздами, или кластерами. Атипичные клетки имеют среднего размера или крупные церебриформные ядра и обильную вакуолизированную цитоплазму. В поверхностной дерме может присутствовать инфильтрат, состоящий преимущественно из мелких лимфоцитов, но изредка он содержит неопластические Т-лимфоциты.

Гистологически синдром гранулёматозной вялой кожи характеризуется плотным инфильтратом по всей толщине дермы из мелких и среднего размера Т-лимфоцитов с примесью многочисленных макрофагов и множества рассеянных многоядерных гигантских клеток. Присутствие многоядерных гигантских клеток, содержащих более 10 ядер на клетку, считается характерной особенностью заболевания, но наблюдалось также и в случаях гранулёматозного грибовидного микоза. Обычно наблюдаются потеря эластических волокон, эластофагоцитоз и эмпериполез (поглощение лимфоцитов) многоядерными клетками. Эпидермис может быть инфильтрирован мелкими атипичными Т-лимфоцитами с церебриформными ядрами, как и при классическом грибовидном микозе.

При гипопигментном грибовидном микозе обнаруживаются типичная гистологическая картина ранней пятнистой стадии грибовидного микоза. Такие варианты грибовидного микоза, как гиперпигментный, буллёзный/везикулёзный, пойкилодермический, пигментный пурпуроподобный, пустулёзный, ихтиозиформный, ладонно-подошвенный, характеризуются теми же гистологическими признаками, что и классический грибовидный микоз.

Рекомендуется при наличии гистологических признаков грибовидного микоза (лимфопрролиферативного заболевания) в морфологической картине применение иммуногистохимического метода исследования с использованием антител к CD2, CD3, CD4, CD5, CD7, CD8, CD20, CD30, CD56, TIA1, granzyme B, TCR (βF1), TCR-γ, CD45RO.

Иммуногистохимические критерии диагностики грибовидного микоза:

- клетки инфильтрата состоят из α/β Т-хелперов – зрелых клеток памяти, которые имеют иммунофенотип: βF1+ CD2+ CD3+ CD4+ CD5+ CD7+ CD8 – CD45RO+
- потеря экспрессии лимфоцитами маркера CD7 более чем на 10%
- полная или частичная потеря экспрессии пан-Т-клеточных антигенов CD2, CD3, CD5 и CD7 на поздних стадиях
- диссоциация иммунофенотипа интраэпидермального и дермального лимфоидного компонента (со слабой экспрессией и утратой экспрессии части антигенов, таких как CD2, CD3, CD4, CD5, CD7)
- увеличение соотношения CD4/CD8 (более чем 8/1) (УУР С, УДД – 5).

Приведённые диагностические критерии являются наиболее часто встречающимися при классическом варианте течения грибовидного микоза, характеризующиеся инфильтратом из зрелых клеток памяти (α/β Т-хелперов). Реже встречаются иные фенотипы – Т-цитотоксический (βF1+ CD3+ CD4 – CD5+ CD8+) и γ/δ (βF1 – CD3+ CD4 – CD5+ CD8+) фенотипы. В этих случаях необходимо клинико-морфологическая корреляция – сопоставление клинических проявлений заболевания и гистологической картины для исключения CD8+ агрессивной эпидермотропной Т-клеточной лимфомы и γ/δ Т-клеточной лимфомы. В поздних стадиях грибовидного микоза может наблюдаться полная или частичная потеря экспрессии пан-Т-клеточных антигенов CD2, CD3, CD5 и CD7, появление экспрессии цитотоксических протеинов TIA-1, гранзима В и перфорина, а также aberrантный CD4+/CD8+ или CD4–/CD8 – фенотип. Отсутствие экспрессии пан-Т-клеточного антигена CD7 на опухолевых клетках не является информативным, так как может обнаруживаться и при воспалительных дерматозах. Практически во всех случаях фолликулотропного грибовидного микоза

неопластические клетки имеют фенотип CD3+/CD4+/CD8–, как и при классическом грибовидном микозе. Отмечается примесь крупных лимфоидных клеток с атипией ядер, часто с экспрессией CD30.

При педжетоидном ретикулёзе фенотип непластических Т-лимфоцитов может характеризоваться либо как CD3+/CD4+/CD8+, либо реже как CD3+/CD4+/CD8– или CD3+/CD4+/CD8–. В случаях с фенотипами CD8+ или CD4–/CD8– экспрессируются цитотоксические белки (например, Т-клеточный внутриклеточный антиген (TIA)-1, гранзим А/В и перфорин). Часто экспрессируется CD30.

В большинстве случаев синдрома гранулёматозной вялой кожи отмечается фенотип Т-лимфоцитов CD3+/CD4+/CD8–.

В описании иммуногистохимического исследования и в патоморфологическом заключении необходимо указывать наличие CD30-позитивных клеток лимфоидного инфильтрата, включая клетки реактивного микроокружения, при полуколичественной оценке с учётом градации: < 10%, 10-30%, > 30%, > 50%. При наличии в инфильтрате CD30-позитивных клеток (независимо от их количества) при формулировке диагноза должно быть указано: грибовидный микоз (CD30-позитивный).

Рекомендуется проведение патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала лимфоузла в случае выявления признаков поражения лимфатических узлов (увеличение размеров > 1,5 см в диаметре и/или с плотной неравномерной структурой) в результате ультразвукового исследования и/или прицельной рентгенографии грудной клетки и/или МРТ и/или позитронно-эмиссионной томографии, совмещённой с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ) (УУР С, УДД – 5).

Для проведения биопсии выбирают лимфатические узлы размером > 1,5 см и более и/или с плотной неравномерной структурой. Биопсия выполняется врачами с хирургической специализацией, в том числе онкологом/гематологом. Цель патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала лимфоузла – исключить или верифицировать наличие специфического поражения лимфатического узла/узлов, провести дифференциальную диагностику с дерматопатическим лимфадениом. При выявлении специфического поражения лимфатических узлов пациент направляется для дальнейшего ведения и лечения к гематологу или онкологу.

Рекомендуется проведение молекулярно-биологического исследования пункта органов кроветворения (лимфатический узел) в случае обнаружения опухолевого субстрата при патологоанатомическом исследовании биопсийного (операционного) материала лимфоузла с применением иммуногистохимических методов (УУР С, УДД – 5).

ПЦР-исследование позволяет определить клональность субстрата лимфатического узла. При выявлении специфического поражения лимфатических узлов пациент направляется для дальнейшего ведения и лечения к гематологу или онкологу.

Рекомендуется применение патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов в случае обнаружения опухолевого субстрата лимфатического узла (УУР С, УДД – 5).

Иммуногистохимическое исследование позволяет определить фенотип лимфоцитов в субстрате лимфатического узла. При выявлении специфического поражения лимфатических узлов пациент направляется для дальнейшего ведения и лечения к гематологу или онкологу.

Рекомендуется проведение патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала костного мозга у пациента с поздними стадиями грибовидного микоза и/или подозрением на поражение костного мозга. При обнаружении патологических изменений в субстрате костного мозга рекомендуется проведение ПЦР-исследования, иммуногистохимического исследования и/или исследования биологического материала методом проточной цитофлуориметрии (УУР С, УДД – 5).

Поражение костного мозга встречается примерно у 20% пациентов с грибовидным микозом и чаще всего ассоциировано с агрессивным течением заболевания и низкой выживаемостью. Трепанобиопсия костного мозга выполняется врачами-специалистами, владеющими методикой забора трепанобиоптата костного мозга (хирургами, гематологами или онкологами). Патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга позволяет определить наличие специфического поражения костного мозга. При выявлении специфического поражения костного мозга пациент направляется для дальнейшего ведения и лечения к гематологу или онкологу.

(Окончание следует.)

Его программу формировали с учётом новых реалий. Участникам представили самые интересные и применимые в российской практике исследования. Познакомили с реальными кейсами, являющимися уникальным опытом организатора форума – команды НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина, но которые при этом могут быть реализованы в региональном онкодиспансере. Красной нитью через всю программу проходили вопросы ядерной медицины. Дело в том, что в этом году отмечают 10 лет со дня основания НИИ клинической и экспериментальной радиологии в онкоцентре, этой дате и посвятили V форум «Инновационная онкология».

Исправить перекосы

Институт клинической и экспериментальной радиологии – один из крупнейших ядерных центров страны. В нём сосредоточены самые передовые медицинские технологии: интервенционная радиология, радионуклидная диагностика и терапия, а также производство большого числа радиофармпрепаратов, сказал в своём видеоприветствии министр здравоохранения Михаил Мурашко. По его словам, развитие онкологической службы, обеспечение доступности разрабатываемых инновационных медицинских технологий является приоритетным направлением государственной политики России.

Благодаря комплексу мер по улучшению доступности медицинской помощи для онкопациентов за пять лет удалось достичь неплохих результатов: одногодичная летальность снизилась на 18%, а доля пациентов с злокачественными опухолями (ЗНО), состоящих на учёте 5 и более лет, выросла на 8%, количество людей с ЗНО, выявленными на ранних стадиях, увеличилось на 7%.

По словам министра, сегодня в борьбе с онкозаболеваниями активно применяются инновационные методики ядерной медицины, в частности, радиофармацевтические лекарственные препараты (РФЛП). Они демонстрируют высокую эффективность. В настоящее время в РФ зарегистрированы и разрешены к медицинскому применению 62 РФЛП.

Он напомнил, что медицинскому сообществу поставлена задача повышения ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 г. В деле её выполнения отдельным важным направлением должно стать комплексное развитие радиологических методов диагностики и лечения. Область радиофармацевтических препаратов сегодня регулируется по самым современным принципам, что позволяет быстро внедрять их в практику, в том числе в высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП) и, соответственно, повышать эффективность терапии.

В 2025 г. продолжится финансирование федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями», напомнил председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья Бадма Башанкаев: «Это хорошо. Но появляется множество инновационных препаратов. Только что прошло заседание комиссии Минздрава России по формированию перечней лекарственных препаратов. Некоторые препараты не получили одобрения, но иногда в перечень включаются такие препараты, которые не тянут регионы. И бюджеты начинают хрипеть. Именно на выездных совещаниях мы пытаемся услышать такую сермяжную правду».

Депутат сообщил, что среди многочисленных законопроектов, которыми в осеннюю сессию будет заниматься комитет по охране здоровья, особое внимание уделяют законопроекту, наделяющему Минздрав РФ дополнительными полномочиями по контролю за высшим медицинским образованием.

Сейчас подготовку кадров по программам бакалавриата, специ-



Б.Башанкаев, И.Стилиди, Б.Долгушин, А.Каприн

Обсуждения

Инновации становятся рутинной практикой

В Москве в пятый раз прошёл форум «Инновационная онкология»

алитета и магистратуры осуществляют в 127 вузах, из которых только 49 подведомственны Минздраву, говорится в пояснительной записке. «Учебные планы в разных институтах могут отличаться более чем на 12-18 единиц. Это очень много. То есть один институт учит так, другой этак, в итоге мы получаем студентов, которые вроде бы подготовлены, но все немножко по-разному. Надо это упорядочить, чтобы студент, будущий ординатор, был хорошо и грамотно одинаково обучен», – сказал Б.Башанкаев.

Авторы законопроекта также хотят передать Минздраву права на разработку и утверждение типовых дополнительных профессиональных программ во всех профильных вузах и на факультетах, а не только в подведомственных университетах. «Существует вселенная фейкового образования в медицине. Мы считаем, что лишь школы, обладающие профессорско-преподавательским составом, оборудованием, хорошими симуляционными центрами, настоящими научными, клиническими школами, могут осуществлять дополнительное профессиональное образование. А люди, арендующие в полуподвальных помещениях один компьютер, один стул и выпивающие 12,5 тыс. сертификатов в год, должны уйти», – выразил позицию парламентарий.

– Для развития онкологии нужна толковая молодёжь, и она сейчас приходит – образованная, мотивированная, нацеленная на результативную работу, – сказал гендиректор НМИЦ радиологии, директор МНИОИ им. П.А.Герцена – филиала НМИЦ радиологии, главный онколог Минздрава России, академик РАН Андрей Каприн. – И это здорово, потому что если они останутся в специальности, будет для нас прекрасный резерв. На них мы можем опереться.

Тем не менее, считает он, необходимо корректировать и саму дисциплину, устранять недочёты, препятствующие движению вперёд. Так, например, несмотря на бурное развитие ядерной медицины, получилось так, что как научная специальность она не существует. «Наша основная задача – такую научную специальность создать, чтобы ребята шли в неё учиться, защищаться и получать различные степени, вплоть до высоких академических званий. Тогда мы увидим вот это устремление, потому что специальность должна быть, и человек должен быть мотивирован», – обратился к коллегам А.Каприн.

Он напомнил, что предстоит решить и ещё одну задачу: «Мы потеряли такое направление, как лучевая терапия, потому что позволили, чтобы она и онкология были единой научной специальностью.

Конечно, это тяжёлый удар». Он призвал срочно исправлять ситуацию: «Потому что там и работать не очень просто, и сложно потом найти специальность, чтобы защищать диссертацию. По какой специальности? Почему онкология и лучевая терапия? Это наше с вами слабое место, мы допустили ошибку, в том числе и я виноват в этом». Специалист выразил надежду, что совместными усилиями удастся исправить эти перекосы.

Десять лет успешного развития

В Центре Блохина вот уже 10 лет успешно развивается отечественная отрасль ядерной медицины – в Институте клинической и экспериментальной радиологии, который был создан академиками Борисом Долгушиным и Михаилом Давыдовым. Директор НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина, главный онколог Минздрава России, академик РАН Иван Стилиди сказал, что за эти годы коллективом института достигнуты внушительные результаты: «Нам есть чем поделиться в плане внедрения новейших технологий, повышения доступности такой помощи. Ядерная медицина сегодня стремительно меняется. То, что ещё недавно казалось далёким будущим, становится рутинной практикой. И потому именно ядерная медицина нуждается в максимальной консолидации усилий врачей, учёных, производителей».

Одно из активно развивающихся в институте направлений – интервенционная радиология (рентгенохирургия), рассказал директор НИИ клинической и экспериментальной радиологии НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина, академик РАН Борис Долгушин. Среди областей успешного применения этой технологии – лечение детей с ретинобластомой, злокачественной опухолью сетчатки глаза. Врачи занялись этим вопросом 12 лет назад, и результатом стало внедрение селективной интраартериальной химиотерапии, методики микрокатетерного введения препарата в глазную артерию. «Совместно с НИИ детской онкологии мы получили неплохие результаты и пролечили уже более тысячи детей. Самое главное, что в 7 раз уменьшилось применение дистанционной лучевой терапии, это значит, что после не будет деформации костей черепа у растущего организма, и в 2,5 раза снизилось количество энуклеаций. Мы получили патент на эту технологию. Российский центр по лечению детей с ретинобластомой, применяющий эту технологию, – единственный в нашей стране», – представил результаты Б.Долгушин.

Внутрисосудистые вмешательства в институте с большим успехом применяются также при регионарной внутриартериальной химиотерапии в случае опухолей головы и шеи, при внутриартериальной регионарной инфузии печени у больных с изолированными метастазами колоректального рака, при лечении пациентов с метастазами увеальной меланомы в печени, с гепатоцеллюлярным раком, с метастазами рака нейроэндокринных органов в печени.

В арсенале НИИ есть ещё и внесосудистые вмешательства. Например, внутривисцеральная фотодинамическая терапия – уникальный метод воздействия на опухолевые образования. При нём происходит избирательное разрушение раковых клеток. Инновационный метод борьбы с раком – это криоабляция, когда с помощью аргона и гелия термически воздействуют на опухоль, охлаждая ткани до очень низких температур (-180°C), в результате происходит разрушение раковых клеток. «Технология локальная, прецизионная, непростая, но она позволяет достичь опухоли, которую невозможно удалить хирургическим путём. Это касается печени, почек и других органов и тканей», – пояснил Б.Долгушин.

Ещё одно важное направление работы – это ядерная медицина. В лаборатории изотопной диагностики за год проводится 18 тыс. исследований 10 тыс. пациентов, в ПЭТ центре – 20 тыс. исследований, в отделении радионуклидной терапии выполняется 800 курсов терапии.

Однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ) – это методика получения томографических изображений исследуемой области после введения радиофармпрепаратов, при распаде испускающих фотоны. Так по специальному алгоритму удаётся получить скантинграммы костей, мягких тканей, лимфатической системы, щитовидной железы, оболочек головного мозга. Разработанные на основе ОФЭКТ методики позволяют прогнозировать послеоперационные осложнения при планировании операции по поводу рака лёгких и нефрэктомии, проводить дифференциальную диагностику гемангиом печени.

Что касается производства радиофармацевтических лекарственных препаратов, то, как рассказал Б.Долгушин, основная техника, для их выпуска, – иностранного производства, и такое положение дел институт не устраивало. Поэтому поставлена задача создать отечественный комплекс оборудования для производства РФЛП и минимизировать зависимость

от технической поддержки и материалов иностранных производителей.

Эту задачу удалось выполнить. Созданное оборудование соответствует требованиям GMP. Возможно размещение нескольких модулей синтеза и автоматизированных устройств для фасовки готовой продукции. Автоматизированный модуль синтеза позволяет произвести быструю подготовку к синтезу и работать с различными радионуклидами реакторного, генераторного и циклотронного производства. «Это не просто наше оборудование, оно лучше мировых аналогов. На

этом комплексе мы работаем уже больше полутора лет и подсчитали, что его стоимость минимум в два раза меньше, чем у аналогичного импортного, годовое техническое обслуживание в четыре раза дешевле, а расходные материалы – в 5 раз», – сообщил специалист.

В лаборатории радионуклидных и лучевых технологий в экспериментальной онкологии разрабатываются и исследуются препараты для наночастиц, препараты для нейтронзахватной терапии, способные избирательно накапливаться в злокачественных опухолях. Там же создаются диагностические РФЛП.

Интересные исследования ведутся в Центре бор-нейтронзахватной терапии (БНЗТ). Этот метод основан на ядерной реакции распада атома бора-11 (11В) непосредственно в клетке. Как пояснил Б.Долгушин, суть метода заключается в том, что два агента соединяются в опухолевой клетке и рождается энергия. Она может привести к разрушению обеих ниток ДНК, без повреждения окружающих нормальных тканей. БНЗТ может быть эффективной в случаях, когда другие методы лечения пациентов с злокачественными опухолями не применимы или оказались не эффективны. Появление коммерчески доступных ускорительных источников нейтронов для БНЗТ позволяет перенести её непосредственно в клинику. Как сообщил учёный, такой ускоритель создан в Институте ядерной физики им. Г.И.Будкера в Новосибирске, по своим параметрам, по плотности нейтронов, по их энергии, ширине пучка он превосходит иностранные аналоги. Первый такой аппарат будет установлен в НМИЦ онкологии Н.Н.Блохина в этом году.

«Мировой опыт применения БНЗТ в онкологии – это несколько тысяч пациентов. На пальцах руки можно посчитать те страны, где есть эта технология. И в первую очередь внимание уделяется таким онкологическим формам, которые плохо поддаются лечению – глиомы, опухоли головы и шеи, меланомы. По мере развития технологий БНЗТ будут расширяться зоны её применения и возможности в онкологии», – убеждён специалист.

Интервенционная радиология и ядерная медицина развиваются и интенсивно используются в онкологической практике, переходя из раздела паллиативной помощи в радикальную, заключил учёный. Отдаёт и то, отметил он, что они развиваются не только в Москве или Санкт-Петербурге, но и во многих других городах страны.



Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

Фото
Семёна БОРИСОВА.

Сегодня в мире признано, что определяющим фактором в обеспечении здоровьесбережения и народосбережения является питание. Ответы на вопрос, как решается эта проблема в масштабах России, – в нашем интервью с директором Федерального исследовательского центра питания, биотехнологии и безопасности пищи, академиком РАН Дмитрием НИКИТЮКОМ.

– Начнём с вопроса, а какую главную задачу сейчас решают учёные? Есть ли опасения, что у нас не станет на всех хватать продуктов питания?

– В нашей стране нет недостатка в продуктах. Но в повестке дня стоит задача: убедить людей правильно питаться, сбалансированно, так как от этого зависит продолжительность жизни. Положительно влияет и введение в рацион биологически активных добавок к пище, витаминно-минеральных комплексов, специализированных пищевых продуктов. Они классифицируются как лечебно-профилактическое, гериатрическое, спортивное и детское питание. Это путь прогрессивный. Им идут в мире, так движется сейчас и Россия. В настоящее время всё больше предприятий выпускают такую пищевую продукцию. Она проходит обязательную экспертизу, получает разрешение Роспотребнадзора. Два года назад по инициативе Российской академии наук, отделений медицинских и сельскохозяйственных наук был организован консорциум как добровольно интегральное объединение предприятий пищевой индустрии, академических научных учреждений, вузов, торговых сетей – всех, кто связан с производством пищевой продукции. Это замкнутый цикл, включающий в себя определение медико-биологических потребностей, тех или иных пищевых веществ, до доведения их производства до промышленного уровня и распространения для населения через торговые сети. При этом учитываются и региональные особенности. Раньше примерно 80% таких продуктов на рынке было импортом, они остались в меньшем количестве сегментов, а роль российского производства в результате двухгодичной деятельности консорциума, не имея никакой дополнительной финансовой поддержки от государства, увеличилась на 5%. Это весомая цифра, особенно в пересчёте на валовую продукцию, на расширение ассортимента, что ведёт к улучшению демографических показателей, снижению уровня ожирения, уменьшению зависимых заболеваний.

– А в государственных программах это направление учитывается?

– В России утверждён перечень программ по оптимизации питания, реализуемых на государственном уровне. Из проектов можно назвать «Новые технологии сбережения здоровья». Государство уделяет

этим вопросам максимальное внимание.

– В связи с нынешней ситуацией задержек платежей, как удаётся получать необходимые витамины, препараты?

– Они всегда были на рынке, а вот логистика ухудшилась в связи с санкциями. Однако есть и отечественное производство. Раньше не было необходимости его развивать, потому что всё можно было купить в достаточном количестве.

Вопросы диетологии

Пути, ведущие к оздоровлению нации

В России реализуется программа по оптимизации питания

Теперь мы вынуждены это производить сами. Есть сдвиги, но они нуждаются в масштабировании.

Сейчас вектор сильно смещается в сторону отечественного производства. Активную позицию занимает Роспотребнадзор, Минобрнауки и, конечно, Российская академия наук, где есть отделение сельскохозяйственных наук и целый ряд институтов, имеющих свои производственные базы. Ситуация улучшается.

– Как планируется разработка того или иного продукта, кто его разрабатывает? Как исследуется его эффективность? Сколько времени требуется на разработку специализированного пищевого продукта?

– Всё идёт от потребностей и возможностей. Разрабатывают такие продукты, конечно же, учёные. Потом занимают место в отечественном производстве. Вся пищевая продукция, какая бы она ни была, спортивная, гериатрическая, детская, для беременных и кормящих женщин, обязательно проходит очень серьёзную экспертизу. Раньше её сроки составляли до двух месяцев, теперь они уменьшены до трёх недель. В нашем институте экспертный совет, рассматривающий безопасность и эффективность такой продукции, активно функционирует, а исследования проводятся на регулярной основе. Для того чтобы она получила государственное свидетельство о регистрации (его выдаёт Роспотребнадзор), помимо оценки безопасности по содержанию, химическому составу, микробиологическим показателям, отсутствию запрещённых различных субстанций в продукте, обязательно производится оценка её эффективности.

На основании документа безопасности обязательно выполняются и клинические испытания. И вот уже на основе данных современной доказательной статистической медицины мы получаем свидетельство об эффективности таких продуктов.

В Роспотребнадзоре проходит второй этап контроля. Вся наша документация, результаты анализов, испытания также контролируются и анализируются. Бывают и возвраты на доработку материалов. Но,

– Как можно оптимизировать процесс, чтобы покупатель приобретал новый специализированный пищевой продукт?

– Через разъяснительную работу. У нас большой образовательный кластер, и в институте питания создано много различных и контактных, и дистантных образовательных программ для населения, платных и бесплатных, для специалистов, диетологов, нутрициологов. Кроме того, у нас

минанту того, кто их использует. Рано или поздно наступает срыв, после чего организм обязательно расплавляется. Правильно – это выбрать реальный, рациональный и устраивающий вас рацион питания, избавиться от вредных пищевых привычек, перекармливания перед сном, употребления пищи раз в сутки. Грамотно составить систему питания вполне возможно самому, потому её реализовывать в семейном кругу. Все диеты необходимы в



как правило даётся разрешение. Дальше эта продукция выпускается предприятиями пищевой индустрии, может распространяться не только на территории России, но и в странах Евразии, Белоруссии, Казахстана, Румынии.

– А кто оплачивает разработку, вывод на рынок пищевых продуктов?

– Часть ассортимента востребованных продуктов разрабатывается в институте питания на договорных условиях. Мы тогда можем указывать, что являемся разработчиками на основе государственного задания. Например, белковокомпозиционные смеси. Они востребованы в зоне СВО, в госпиталях, для раненых, больных при тяжёлых условиях.

Ели мы сами являемся разработчиками или соразработчиками, то экспертиза их, естественно, проходит в других учреждениях. Чтобы не было конфликта интересов.

есть базовые кафедры в ведущих вузах. Это Сеченовский университет, РУДН, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, РНИМУ им. Н.И.Пирогова. Мы устраиваем конференции, каждый день сюда приходят десятки писем по вопросам, связанным с питанием. На все запросы даём ответы. Разъяснительная, просветительская работа, по нашему мнению, является базовой для учреждения, мы уделяем ей большое внимание.

– Сейчас очень модно интервальное голодание, с точки зрения нутрициологии оно полезно или вредно?

– Выскажу лично свою позицию. Любые могут быть диеты – средиземноморские, белковые. Любые могут быть самоограничения. Но они, как правило, не удерживаются на долгое время, несмотря на высокий волевой порог и до-

леченных учреждениях при наличии той или иной патологии, когда нужна элиминация из рациона тех или иных, ну, к примеру, с избыточным содержанием жира вещей. А нам обычным людям, которые не болеют, как я надеюсь, достаточно просто грамотно относиться к своему рациону. Начинается питание с чего? С того, что мы «едим глазами». Поэтому должно быть всё приготовлено вкусно и не на огромной тарелке, как это бывает часто, а в небольшом каком-то количестве, потом мы едим носом, потому что мы чувствуем запах.

Пища должна и возбуждать, и приносить положительные эмоции. Тогда она будет в радость, а закон наш один – не перекармливать, какая бы ни была диета, какие бы ни были ограничения.

Если потреблять больше пищи, чем тратишь, будет увеличение массы тела вне зависимости от диеты. Если слишком уменьшить её количество, то уйдёт жидкость. А мы состоим во многом из воды. Скелетная мускулатура начнёт редуцироваться и будет истощение, а это большая проблема на самом деле, чем увеличение массы тела. Второй закон заключается в том, что мы должны ежедневно, помимо энергии в виде белков, жиров и углеводов, получать огромный спектр веществ, необходимых для жизнедеятельности.

Работа по интеграции в рацион питания специализированных пищевых продуктов с заданным составом продолжается и уже даёт свои плоды. Её конечная цель – оздоровление российского общества.

Беседу вёл
Алексей ПАПЫРИН.

Конференции

На базе Ставропольской краевой детской клинической больницы (КДКБ) состоялась научно-практическая конференция на тему «Актуальные вопросы хирургии, онкологии, анестезиологии и реаниматологии детского возраста на Северном Кавказе». Когда ещё география участников конференции не была такой обширной – Москва, Санкт-Петербург, Краснодар, Ростов-на-Дону, Тюмень, Новосибирск, Челябинск, Севастополь, Ноябрьск, Киров, Хабаровск. Кроме российских хирургов, присутствовали коллеги из Азербайджана, Белоруссии и Узбекистана.

В рамках конференции работали секции: торакальная хирургия детского возраста, абдоминальная хирургия детского возраста, инновационные технологии в

Добрая ирония судьбы



«Тихо! Идёт операция!»

детской хирургии, а также видеосессия «Как я это делаю».

В числе сопредседателей конференции был председатель президиума Российской ассоциации детских хирургов, член-корреспондент РАН Александр Разумовский. Два дня насыщенной работы форума включали в себя доклады ведущих хирургов, детских онкологов и анестезиологов-реаниматологов страны, различные мастер-классы и тренинги.

В самом названии «научно-практическая конференция» – заложен смысл этого мероприятия – единение теории и практики. Как известно, жизнь – великий режиссёр, и в этот раз получилась так, что одному из пациентов детской больницы (мальчик,

4 года) потребовалось оперативное вмешательство. По мнению участников форума, операция, которую успешно провели научный руководитель по детской хирургии Центральной клинической больницы с поликлиникой, профессор кафедры детской хирургии им. С.Я.Долецкого Игорь Киргизов и заведующий хирургическим отделением КДКБ, главный детский хирург Ставропольского края Николай Быков, и стала главным неформальным событием форума. Сразу оговоримся, что это, выражаясь языком телевизионщиков, был не «постановочный сюжет», когда операцию специально совместили со временем проведения конференции; это, если хотите,

– ирония судьбы, и в этот раз она добрая.

Возвращаясь к теме операции, можно сказать, что фундопликация была проведена пациенту с тяжёлой врождённой патологией. Суть в том, что дно желудка оборачивается вокруг пищевода с целью исключения заброса желудочного содержимого в пищевод, а следовательно, и в дыхательные пути. Такая уникальная операция позволит маленькому пациенту улучшить качество жизни и максимально избежать осложнений в виде аспирационного синдрома и рецидивирующих пневмоний.

Остаётся добавить: когда прооперированный малыш вырастет, он обязательно узнает, что однажды в его судьбе был такой случай.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Во Владивостоке в девятый раз прошёл Восточный экономический форум. За это время он превратился в мощный инструмент национального развития страны. В работе ВЭФ приняли участие свыше 7 тыс. человек из 75 стран.

В рамках программы состоялось более 120 сессий и «круглых столов». По традиции на площадку форума прибыл глава государства Владимир ПУТИН, руководители министерств и ведомств Российской Федерации, представители крупного бизнеса, банковского сектора.

Конечно, на форуме обсуждались и вопросы здравоохранения – речь шла об инновационном опыте работы медиков в районах Арктики и создании консорциума в сфере разработок мобильных телемедицинских комплексов, о международном сотрудничестве России и КНР в области фармацевтики.

Инновации в здравоохранении

В рамках трека «Люди, образование и патриотизм» деловой программы ВЭФ состоялась экспертная дискуссия «Ориентиры передового здравоохранения на Дальнем Востоке. Лучшие практики». Организатором сессии выступила экосистема Фонда «Росконгресс» «Здоровое общество».

Участники говорили о том, что в России накоплен богатый опыт успешных практик в сфере организации, экономики и внедрения инноваций в здравоохранении. Он включает множество разработок и организационных моделей, которые были внедрены и масштабированы в различных медицинских учреждениях по всей стране. Особое место в модернизации здравоохранения занимает Дальний Восток. Здесь в силу региональной специфики удалённых территорий и отсутствия большую часть года наземной связи со многими населёнными пунктами было разработано и успешно внедрено множество перспективных решений в области санитарной авиации, передвижных медицинских комплексов и ФАПов, информатизации медицинских услуг, включая такие современные цифровые технологии, как телемедицина и удалённый мониторинг здоровья. Многие инновации, используемые в регионе в сфере цифровой трансформации, маршрутизации пациентов и оказания первичной медико-санитарной помощи, легли в основу применяемых по всей стране алгоритмов и рекомендаций. Усиление механизмов обмена опытом и знаниями может стать важным шагом на пути к повышению эффективности работы медорганизаций, расширению доступности и улучшению качества помощи в нашей стране.

Модератором сессии выступила директор Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Ольга Кобякова. В работе сессии также приняли участие первый заместитель министра здравоохранения России Виктор Фисенко; глава Республики Саха (Якутия) Айсен Николаев; генеральный директор АО «БАРС Групп» Тимур Ахмеров; генеральный директор НМИЦ ДГОИ им. Д.Рогачёва Николай Грачёв (онлайн); заместитель председателя правительства Амурской области – министр здравоохранения Светлана Леонтьева; министр здравоохранения Республики Бурятия Евгений Лудупова; заместитель председателя правительства Сахалинской области Владимир Юшук; министр здравоохранения Приморского края Евгений Шестопалов.

Уникальный поезд в пути

Совершенно особым было пленарное заседание «Объединим усилия, создавая возможности», на котором В.Путин рассказал о высокотехнологичном поезде для медицинского обслуживания жителей в труднодоступных городах и посёлках Дальнего Востока. Железнодорожный состав начнёт регулярно курсировать в регионе в сентябре 2024 г.

Президент отметил, что до некоторых населённых пунктов ДФО можно добраться только по железной дороге, при этом удалённые города и посёлки страдают от нехватки медицинских специалистов, как для лечения жителей, так и для проведения диспансеризации и профосмотров. Для решения острой проблемы уже

Деловые встречи

ВЭФ-2024: реальность и перспективы



Работа форума шла в интенсивном режиме

готово решение – специализированный медицинский поезд с высокотехнологичным оборудованием. Он отправится в путешествие по отдалённым территориям страны этой осенью.

«С сентября этого года в пяти дальневосточных субъектах Федерации, а со следующего года – в восьми, начнёт курсировать передвижной консультативный диагностический центр. Поезд представляет собой поликлинику и аптеку на колёсах с новейшим оборудованием и врачами-специалистами. Медики смогут проводить широкий спектр исследований, консультироваться с коллегами из ведущих научных центров России, использовать технологии искусственного интеллекта для формирования заключения и, конечно, оказывать профессиональную помощь, доступ к которой необходим всем гражданам страны независимо от места проживания», – сообщил В.Путин.

Нужно сказать, первый опыт передвижения поезда уже осуществлён – «Святой Пантелеймон», отработав в Амурской области, прибыл в столицу Приморья, где проходил Восточный экономический форум. Участники, жители и гости могли посетить уникальный медцентр на железнодорожном вокзале Владивостока или воспользоваться видеоэкскурсией.

Особенность поезда – использование искусственного интеллекта «Цельс». Это российская разработка, способная анализировать рентгенологические исследования. Впервые в России поезд зарегистрирован как медицинское изделие – передвижной консультативно-диагностический центр. «Каждый модульный вагон оснащён в соответствии с профилем. Для населения, живущего далеко от районных больниц и областной столицы, это отличная возможность получить комплексное обследование и консультацию узких специалистов», – прокомментировала С.Леонтьева.

В команде передвижного центра более тридцати медиков. Состав «Святого Пантелеймона» собран из 14 вагонов: 8 медицинских и 6

бытовых. В медцентре на рельсах можно пройти рентген, маммографию, спирометрию, сделать УЗИ и стресс-тесты, а также по направлению терапевта получить консультацию эндокринолога, уролога, хирурга, педиатра и гериатра.

Как привлечь земского доктора

На форуме шла речь и о необходимости решения проблемы кадрового дефицита медицинских

расходов по ЖКХ, и возможность повысить квалификацию.

– Кроме того, в связи с необходимостью привлечения медицинских кадров на Дальний Восток мы просили главу государства поддержать распространение механизма дальневосточной ипотеки на врачей без ограничения возраста, – сказал полпред Президента в ДФО Юрий Трутнев. – Сегодня этот механизм работает до 35 лет для молодых семей, но мы просили сделать исключение.

Медицина в арктической зоне

А.Николаев рассказал об инновационном подходе к здравоохранению на арктических и отдалённых территориях. Глава Якутии выступил на сессии «Ориентиры передового здравоохранения на Дальнем Востоке. Лучшие практики». В дискуссии приняли участие В.Фисенко, руководители дальневосточных регионов и представители предприятий медицины.

– У нас в Якутии в прошлом году произошло несколько знаменательных событий. В июне численность населения достигла 1 млн человек. Ожидаемая продолжительность жизни впервые превысила средне-российский уровень, составив 73,55 лет. Этот показатель является самым высоким на Дальнем Востоке, – сказал А.Николаев.

Руководитель отметил, что демографические успехи Якутии – результат комплексного подхода по всем направлениям социально-экономического развития.

– Одним из основных проектов стало создание новой модели организации медицинской помощи в Арктической зоне республики. В прошлом году был создан Республиканский центр мобильных бригад для организации выездной и дистанционной медицинской помощи. Он обслуживает все 13 арктических районов с населением около 60 тыс. человек, – отметил А.Николаев.

В течение года 7 мобильных бригад, включая детскую, объездили всю Арктику и охватили свыше 40% населения.

В январе этого года в Якутии также стартовал проект «Мобильный хирургический центр». Он направлен на оказание выездной плановой хирургической специализированной помощи в центральных районных больницах, чтобы жители республики получали помощь, не выезжая из мест проживания. Осмотрено более 1,5 тыс. пациентов, проведено более 500 эндоскопических, ультразвуковых, около 30 высокотехнологичных рентгенэндоваскулярных исследований. В условиях районных больниц хирургами успешно проведены 342 оперативных вмешательства.

По мнению главы Якутии, этот пилотный проект как успешный может быть распространён не только в Арктической зоне, но и во всех регионах, где имеются малочисленные и труднодоступные населённые пункты.

О беспилотниках и биомедицинской инженерии

На ВЭФ-2024 произошло ещё одно знаменательное событие. По инициативе Тихоокеанского государственного медицинского университета подписано Соглашение о создании консорциума в сфере биомедицинской инженерии для автономных промышленных объектов и изолированных поселений.

В круг партнёров по консорциуму вошли Сахалинский государственный университет, Университет Иннополис, ИАПУ ДВО РАН и Тихоокеанский государственный медицинский университет. Соглашение закрепляет взаимодействие сторон при реализации таких направлений сотрудничества, как разработка мобильных специализированных телемедицинских комплексов и программных решений для телемедицинского контроля жизненно важных функций пациентов и систем голосовой поддержки приверженности к лечению. Кроме того, предусмотрено создание высокотехнологического оборудования в рамках проекта «Медицинские беспилотные авиационные системы» для транспортировки компонентов крови, лекарственных препаратов и медицинских изделий.

Равноправное партнёрство со странами

Россия и Китай обсудили на ВЭФ сотрудничество в области лекарственной безопасности. Специалисты решили вместе прорабатывать механизмы продвижения продукции на фармацевтических рынках. Во время трека «Новые контуры международного сотрудничества» деловой программы Восточного экономического форума состоялась экспертная дискуссия «Россия – Китай: сотрудничество в области лекарственной безопасности». Организатором сессии выступила экосистема Фонда «Росконгресс» «Здоровое общество» совместно с Комитетом Государственной Думы РФ по охране здоровья.

Современные вызовы актуализируют вопросы глобальной лекарственной безопасности – в настоящее время они требуют быстрых и выверенных решений. Профилактика дефектуры лекарств, обеспечение их бесперебойной доступности и в целом укрепление систем обращения лекарственных средств – один из приоритетов в сотрудничестве в области инноваций и высокотехнологичных производств между Россией и субъектами пространства БРИКС, прежде всего – КНР. Модератором сессии выступил депутат, член Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья Александр Петров.

– ВЭФ стал площадкой, которая демонстрирует во всём мире, как выглядят результаты сотрудничества, если в основе лежат принципы равноправия, взаимного учёта интересов, стремления к совместному созиданию, – отметил советник Президента, ответственный секретарь оргкомитета по подготовке ВЭФ Антон Кобяков.

На площадках форума подписаны более 300 соглашений на рекордные 5,6 трлн руб.

Елена СЛУГИНОВА,
корр. «МГ».

Фото Кирилла КАЗАЧКОВА.

Известный кардиохирург, руководитель Республиканского центра сердечно-сосудистой хирургии, заведующий кафедрой госпитальной и сердечно-сосудистой хирургии Башкирского ГМУ, профессор Владимир ПЛЕЧЕВ отметил на днях 75-летие. Он по-прежнему энергичен, оригинален в суждениях и остр на язык. И, как всегда, с головой погружён в работу.

Как выбрать лучшего хирурга

– Владимир Вячеславович, что для вас значит цифра 75?

– Если, как говорил Бернард Шоу, 50 лет для творчески настроенного мужчины – стартовый юбилей, то 75 – наверно, отчётный. Не в том смысле, чтобы бить себя в грудь и кричать, сколько ты сделал, а отчётный перед самим собой. Ведь неизвестно, сколько тебе ещё отпущено, и вот начинаешь думать, на что направить усилия в первую очередь.

– Вы всегда говорите, что хирург – это штучный товар. Что нужно, чтобы состояться в этой профессии?

– Прежде всего, любить людей. Это должно быть впитано с молоком матери, заложено воспитанием в семье. Кроме того, необходимо постоянно трудиться. Можно родиться гением, иметь суперспособности, но они бесследно исчезнут, если не воспитать в себе трудолюбие. И привычку анализировать свои действия – перед каждой операцией, после каждой операции. Эта мысль – сделал ли я правильно – у нормального хирурга должна крутиться в голове всегда.

– Даже если смотреть со стороны, кажется, что профессия хирурга забирает столько жизненных ресурсов, что, наверно, без неё человек прожил бы дольше. Вы с этим согласны?

– Со временем привыкаешь, хотя самосжигание, безусловно, имеет место. С другой стороны, как сказал в своё время академик Виктор Савельев, который 40 лет руководил российской хирургией, если хирург не волнуется даже перед простейшей операцией, вряд ли он хороший. И я волнуюсь – я живой человек. Обычно пациенты стараются выяснить, кто хорошо оперирует, кому можно довериться. Есть очень простой способ, я об этом уже говорил: подъехать в 7:30 утра к клинике и посмотреть, чья машина стоит. Нормальный хирург мало того что уйдёт с работы позже и из дома несколько раз позвонит, он ещё и утром придет спозаранку, чтобы успеть посмотреть больного, самому сделать перевязку. В этом, пожалуй, одна из главных особенностей и изюминка здорового хирургического братства. А есть, к сожалению, клиники, где больного хирург видит через неделю после операции, его медсёстры выхаживают. Все эти рассказы о суперхирургии в Израиле или Европе – миф. Я скажу так: если взять наш результат по аортокоронарному шунтированию, послеоперационная летальность у нас – 0,6%, в Израиле – 1,9%, в Германии – 2,1%. А ведь мы-то берём самых тяжёлых. И нам приходится хвататься за соломинку, чтобы вытащить человека.

Какие цели у целевиков?

– Как всё-таки быть с первичным звеном? Наши поликлиники не пнул только ленивый.

– Ну не зря Президент Владимир Путин обращался к этой теме на совещании в Кремле: поднимать надо первичное звено, без этого прогресса в здравоохранении не будет. Специалистов там нет – вот проблема номер один, не едут врачи на периферию. Дошло до того, что и кардиологи-то не во всех районах есть. Мы стараемся готовить кадры, выделяются квоты, целевые направления – а где они потом, целевики? Главврач районной больницы должен чётко отслеживать этот момент, иметь сетку подготовки. Остались, конечно, районные больницы, где руководители душой болеют, даже приезжают на распределение, уговаривают.



Наши интервью

Владимир ПЛЕЧЕВ:

Я за династии в медицине

В прошлом году 70 наших выпускников ушли из медицины сразу: занимаются ремонтом квартир, по фирмам сидят. А 70 медсёстрам баллов не хватило, чтобы поступить, хотя они-то как раз осознанно идут в профессию, имеют сострадание к людям. У нас в университете, к сожалению, закрыли вечернее отделение, куда в основном поступали медсёстры. Я поимённо могу перечислить, какие блестящие хирурги, прекрасные терапевты вышли из студентов «вечерников».

– Вы тоже имеете «периферийный» опыт – работали хирургом в районе...

– Я, во-первых, много работал по программе санавиации, десятки раз вылетал к тяжёлым больным, оказывал экстренную хирургическую помощь на местах. Сейчас дело с санавиацией обстоит куда хуже, чем 20 лет назад, самолётов нет. Вопросов к организации медицинской помощи в глубинке очень много.

А в Малоязе (Салаватском районе Республики Башкортостан) я прожил девять месяцев, один заменял пятерых хирургов. Это был 1974 г. Я к тому времени уже защитил кандидатскую, работал в 6-й больнице, поэтому всё умел. За девять месяцев сделал 138 только полостных операций. До сих пор в памяти старая операционная сестра Тереза Нуховна. Её там все знают, она очень долго работала. Умела практически всё – знала план операции, какие инструменты готовить. Я даже потом, когда она была ещё жива, повёз к ней старшую дочку знакомиться. Хотел, чтобы она увидела светлый облик этой женщины, запомнила её взгляд, сияние доброты в глазах. Дина тогда окончила 9-й класс, с будущим ещё не определилась, но всё поняла, почувствовала правильно.

У меня чувствительные пятки

– Что вам ближе – наука или практика?

– Их нельзя делить, без науки стать хорошим врачом невозможно. В 1990-х и начале 2000-х отечественная медицина пережила катастрофу, когда более 80 тысяч достойных учёных уехали за рубеж. И мы, поколение с хорошей закалкой, – Виль Тиммербулатов, Шамиль Ганцев, – бросили силы на то, чтобы

неукоснительно воспитывать научные кадры. В общей сложности наша троица подготовила для республики 60 профессоров, почти 250 кандидатов наук. Кафедра госпитальной хирургии БГМУ на данный момент, наверно, самая сильная в стране: из 26 сотрудников у меня 12 докторов и 8 кандидатов медицинских наук. Говорю это с гордостью. Созданная нами школа – это плеяда таких блестящих хирургов-профессоров, как Ринат Латыпов, Павел Корнилаев, Рашит Фатихов, Рамиль Ижбульдин, Владимир Сурков, Артур Авзалетдинов, – обладает очень сильным потенциалом. Один из моих учеников – Вали Юнусов, сменил меня на посту главного кардиохирурга республики. И хотя пятки у меня чувствительные и наступать на них я никому не по-

– Да, выходят рядовыми, оставаясь при этом военнообязанными. До 2003 г. студенты-медики в течение полутора лет проходили подготовку на военной кафедре и вместе с дипломом получали военную специальность и звание лейтенанта. Теперь военные кафедры ликвидировали, и что из этого вышло? Санитарами или охранниками в госпиталях врачи работать могут, а лечить или оперировать их никто не заставит. Дать рядовому сразу звёзды капитана или майора – в воинском уставе такого нет. Для нас это очень болезненный вопрос.

Осталась одна военно-медицинская академия в Санкт-Петербурге, и ту едва сохранили. Мы посчитали: на 2017 г. в Башкирии имелось 1474 хирурга, из них в состоянии открыть живот или грудь только 102 чело-

века, остальные – хирурги узких специальностей.

БГМУ выпускает под тысячу врачей каждый год. Допустим, фармацевтам военная кафедра не так уж нужна, ладно. Но педиатры, лечебники. Раньше существовало железное правило: любой выпускник лечебного факультета обязан был уметь открыть трахею, чтобы человек мог дышать, удалить аппендицит, плод при внематочной беременности и, когда тромб идёт к сердцу, сделать операцию Троянова. Без этого диплом не давали. После первичного звена это, на мой взгляд, самая большая проблема здравоохранения.

Искусство тоже кормит

– Вы пришли в медицину? Что повлияло на выбор профессии?

– Кроме медицины, о другой стезе я никогда не думал, хотя пожеждал на олимпиадах по математике, физике, химии, мог выбрать любой вуз. Мать сказала: мужчина должен иметь в руках ремесло, а самое благородное ремесло – это лечить людей, оперировать. Для меня она один из самых больших авторитетов – и в жизни, и в науке. Лауреат Государственной премии РФ, в своё время входила в пятёрку ведущих фармакологов страны. Наверное, вся большая наука в нашем институте делалась в те годы благодаря Дине Наумовне. Для нас было в порядке вещей, когда в десять вечера отец смотрел на часы и говорил: надо за матерью съездить. Садился в машину и ехал в институт, где она проводила бесконечные опыты, эксперименты. А в шесть утра у всех уже подъём, и так каждый день.

– Отец ведь у вас тоже человек с очень яркой судьбой?

– Для меня он пример истинного интеллигента. В том высоком смысле, какой сейчас уже забыт. Он прекрасный портретист, учился в художественной студии. Перед самой войной окончил Чкаловское училище лётчиков, а воевать направили в десант. Вернулся инвалидом – три пулевых ранения, множество осколков в голове, один застрял в корне лёгкого, на два сантиметра выше сердца. Он пошёл работать в литейный цех треста «Домнаремонт», возглавил бригаду комсомольцев-энтузиастов, которые в специальных костюмах лезли в самое пекло испытывать новый состав для горячего ремонта домен – его разрабатывал мой дед. Поступил в медицинский

институт. В 1951 г., после его окончания, вновь был призван в армию, пять лет отслужил в Сталинграде военным хирургом. Потом приехал в Уфу, возглавил 2-ю горбольницу. Открыл первое в республике отделение детской хирургии.

А началась наша медицинская династия ещё с моей прабабушки по линии мамы – Дины Коган, она была акушеркой.

– Мы много говорили о традициях, заложенных родителями, однако в такой юбилей хотелось бы поговорить о ваших достижениях. Правда ли что вы профессор по двум специальностям: по хирургии и сердечно-сосудистой хирургии? Чем это было обусловлено? Просто желанием получить две учёные степени или необходимостью?

– Дело в том, что все изменения и требования ВАК создавали дополнительные сложности по специальности сердечно-сосудистой хирургии. Были требования, что готовить сердечно-сосудистых хирургов могут профессора только с такими же шифрами. И ради своих учеников пришлось пойти на такой шаг.

В начале 90-х годов в Республике Башкортостан не было ни одного кандидата и доктора медицинских наук по специальности сердечно-сосудистой хирургии.

– Вы заслуженный врач РФ и Республики Башкортостан, заслуженный деятель наук России, академик АН РБ, отмечены золотыми медалями им. В.И.Бураковского и им. А.Н.Бакулева, многими другими званиями и наградами. К какой из этих наград более трепетно относитесь?

– Изобретатель СССР, потому что изобретения рождаются там, где результаты не очень хорошие, и мы как люди, любящие и преданно относящиеся к своей профессии, всегда пытаемся найти выход из сложной ситуации.

– О каких из ваших изобретений можете с гордостью сказать, что они существенно улучшили результаты лечения больных?

– Особый интерес представляет антибактериальный шовный материал «АБАКТОЛАТ» и его производные (сосудистые протезы, заплатки для герниопластики). Данный шовный материал применяется в Башкортостане и Российской Федерации с 1994 г. Он относится к разряду имплантационной профилактики гнойно-септических осложнений в хирургии. «АБАКТОЛАТ» был использован при выполнении 638 тыс. хирургических операций, уменьшая в 10-12 раз гнойно-септические осложнения. Шовный материал «АБАКТОЛАТ» активно применялся в госпиталях во время Первой и Второй Чеченских войн, а также сейчас – на территории проведения СВО.

Ещё одним знаковым изобретением совместно с Башкирским государственным медицинским университетом и Академией наук Республики Башкортостан является «Иммурег», на сегодня один из самых активных кардиопротекторов и иммуностимуляторов.

– Ваши дети тоже пошли в медицину?

– У меня трое детей. Они все в свою очередь сказали, что хотят быть врачами!. Старшая дочь Дина уже состоявшийся сердечно-сосудистый хирург, флеболог, профессор. Младшие дети окончили с отличием Башкирский государственный медицинский университет в этом году. Поступили в ординатуру. Посмотрим, что будет дальше, но трудиться они приучены с детства, заставлять не надо.

Старший внук тоже решил продолжить династию, учится на 4 курсе стоматологического факультета БГМУ.

– Чем больше всего гордитесь из того, что имеете?

– Горжусь детьми – это однозначно. Своими учениками – в них тоже моя часть и жизнь. Безмерно обязан своим друзьям, чья преданность нашему хирургическому братству в трудную минуту поддерживает мой дух.

Татьяна КРУТЛОВА.

Уфа.

Перспективы

Генная терапия для лечения глаукомы

Ирландские учёные разработали многообещающий метод для защиты клеток сетчатки и улучшения функции митохондрий.

Исследователи из Тринити-колледжа в Дублине разработали перспективную генную терапию для лечения глаукомы – тяжёлого заболевания глаз, приводящего к полной потере зрения. Им в настоящее время страдают около 80 млн человек во всём мире. Ранее команда продемонстрировала потенциал этой терапии в борьбе с сухой возрастной макулярной дегенерацией.

Результаты исследования демонстрируют, как генная терапия действует на животных моделях и на человеческих клетках, полученных от людей с глаукомой.

В обоих случаях терапия улучшала зрительную функцию, а также приводила к увеличению потребления кислорода и выработке молекул аденозинтрифосфата (АТФ), что указывает на восстановление клеточной функции.

Глаукома относится к сложной группе оптических невропатий и является главной причиной слепоты. В Европе примерно 1 из 30 человек в возрасте от 40 до 80 лет страдает глаукомой, а у лиц старше 90 лет этот показатель возрастает до 1 из 10.

Множество различных факторов риска осложняет его лечение. Современные методы борьбы с



глаукомой основаны на использовании местных глазных капель, хирургическом вмешательстве или лазерной терапии, однако результаты варьируются, и некоторые пациенты не реагируют на них или страдают от серьёзных побочных эффектов.

«Потребность в более совершенных вариантах лечения вдохновила нас на продолжение разработки методов генной терапии, и мы в восторге от того, какие перспективы они дают», – рассказывает научная сотрудница школы генетики и микробиологии университета Тринити, одна из авторов исследования София Миллингтон-Уорд.

В новой генной терапии используется одобренный вирус для доставки усиленного гена (eNdi1), разработанного командой Trinity. Идея была основана на повышении активности митохондрий, которые являются «генераторами клеточной энергии», ответственными за выработку АТФ и уменьшение вредных активных форм кислорода.

В перспективе учёные надеются предложить более эффективное лечение миллионам пациентов. Пока они продолжают тестировать эффективность и безопасность генной терапии, а также оценивают её потенциал при других диагнозах, таких как диабетическая ретинопатия.

Исследования

Учёные из Университета Тасмании (Австралия) обнаружили, что абдоминальное ожирение у женщин связано с хроническими мышечно-скелетными болями в различных участках тела.

массы тела. У женщин связь между хронической болью и распределением жира в организме была сильнее, чем у мужчин.

Исследователи предполагают, что это может быть следствием гендерных различий в распре-

Жир на животе опасен для женщин

Известно, что избыток жира в брюшной полости повышает риск метаболических нарушений, таких как диабет и болезни сердца. Новое исследование добавляет ещё одну причину для борьбы с накоплением висцерального жира.

Исследователи проанализировали данные более 32,4 участников британского биобанка, средний возраст которых составил 55 лет, около половины (51%) из них – женщины. Все заполнили анкеты и прошли обследование здоровья, включая МРТ-сканирование, для измерения двух типов брюшного жира: висцеральной жировой ткани, которая окружает внутренние органы, и подкожной жировой ткани.

Участников попросили сообщать о любых болевых ощущениях, в том числе в шее/плече, спине, бедре, колене или по всему телу, в течение более 3 месяцев. Через два года 638 участников повторно прошли МРТ-сканирование и оценку боли.

Детальный анализ выявил чёткую связь между количеством очагов хронической боли и типами жировых отложений, включая висцеральный жир, подкожный жир, их соотношение и индекс

деления жира и в гормональном статусе.

Показатели сохранялись даже после внесения поправок на возраст, рост, физическую активность, сопутствующие заболевания, продолжительность сна, психологические проблемы и другие факторы.

Хотя исследование носит наблюдательный характер и не может установить причинно-следственную связь между абдоминальным жиром и хронической болью, специалисты считают, что уменьшение избыточных отложений в области живота может помочь уменьшить хроническую мышечно-скелетную боль.

«Жировая ткань брюшной полости была связана с постоянными скелетно-мышечными болями. Это позволяет предположить, что чрезмерные и внематочные отложения жира могут быть вовлечены в патогенез многоочаговых и широко распространённых хронических скелетно-мышечных болей. Таким образом, уменьшение абдоминального ожирения может рассматриваться как цель лечения хронической боли, особенно у тех, у кого она локализуется в нескольких местах и у кого распространена повсеместно», – пишут учёные.

Жизнь как она есть

По прогнозам экспертов Всемирной организации здравоохранения, в течение следующих 25 лет от заражения устойчивыми к антибиотикам (УПП) супербактериями могут умереть почти 40 млн человек.

стафилококковой бактерии, которая стала устойчивой ко многим антибиотикам, удвоилось до 130 тыс. в 2021 г. по сравнению с тремя десятилетиями ранее.

Исследователи использовали моделирование и подсчитали, что

Супербактерии способны убить более 39 млн человек

Согласно исследованию, с 1990 г. по 2021 г. во всём мире от супербактерий ежегодно умирало более миллиона человек. Ряд штаммов или патогенных микроорганизмов устойчив к антибиотикам, что значительно затрудняет лечение. Именно они признаны растущей угрозой глобальному здравоохранению.

Этот анализ стал первым серьёзным исследованием, направленным на отслеживание общемирового воздействия супербактерий с течением времени и на оценку того, что может произойти дальше.

Учёные отметили, что смертность среди детей в возрасте до пяти лет от супербактерий за последние три десятилетия снизилась более чем на 50% благодаря совершенствованию мер по профилактике инфекций у младенцев и борьбе с ними. Однако, когда дети заражаются супербактериями, эти инфекции гораздо труднее поддаются лечению.

А смертность среди лиц старше 70 лет за тот же период возросла более чем на 80%, поскольку пожилое население стало более уязвимым к инфекциям. Наибольшее число смертей учёные прогнозируют в Южной и Восточной Азии, а также в Океании и Африке южнее Сахары.

В исследовании говорится, что число смертей от инфекций, вызванных MRSA, разновидностью

число смертей непосредственно от УПП вырастет на 67% и достигнет почти 2 млн в год к 2050 г., плюс 8,22 млн смертей, непосредственно связанных с этими инфекциями.

Согласно этому сценарию, в течение следующей четверти века от бактерий, устойчивых к противомикробным препаратам, непосредственно погибнут 39 млн человек, что в общей сложности приведёт к 169 млн смертей.

Согласно результатам моделирования, если мир будет работать над совершенствованием медицинской помощи пациентам с инфекциями, разработкой новых антибиотиков, улучшением лечения тяжёлых инфекций и доступа к противомикробным препаратам, это может спасти жизни 92 млн человек к 2050 г.

«Эти результаты подчёркивают, что УПП на протяжении десятилетий представляла серьёзную угрозу для глобального здравоохранения и она растёт», – говорится в заявлении соавтора исследования Мохсена Нагани из базирующегося в США Института показателей здоровья.

Учёные изучили 22 патогена, 84 комбинации лекарств и патогенных микроорганизмов, а также 11 инфекционных синдромов, таких как менингит. В исследовании использованы данные из 520 млн индивидуальных записей в 204 странах и территориях.

Осторожно!

Некроз тканей из-за крошечного паука

Укус членистоногого в живот создал огромную проблему 59-летнему британцу Найджелу Ханту. У мужчины образовалась огромная зияющая рана в животе.

Мужчина поначалу не придавал значения насекомому. Он решил, что это не более чем лёгкое раздражение от укуса, и продолжал вести привычный образ жизни, даже отправился на отдых в Египет.

Н.Хант почувствовал себя плохо ещё в аэропорту, его тошнило, а отёк стал увеличиваться. После неэффективных попыток обойтись медикаментами, купленными в местной аптеке, незадачливый турист в тяжёлом состоянии был вынужден обратиться в больницу, где у него взяли анализы и сделали УЗИ.

По мнению лечащего врача, британца могла укусить ложная чёрная вдова или коричневый паук-отшельник. При этом изначально медики решили, что у пациента простой абсцесс из-за скопления гноя, более страшный диагноз ему поставили уже на основе анализов.

У Н.Ханта развился некротический фасциит – редкая инфекция, при которой рана на коже и мягких тканях тела заражается так называемыми «плотоядными» бактериями. Размножаясь, они выделяют токсины, поражающие окружающие ткани. Хирургам пришлось удалять большой объём поражённых тканей на животе.



болезнь не начала распространяться снова».

Мужчина признался пауков, чтобы избежать потенциально опасных укусов, поскольку подобные случаи могут привести к опасным последствиям.

Паук ложная чёрная вдова был завезён в Британию с Канарских островов и Мадейры при импорте бананов около 100 лет назад, и насекомые прижились в южных районах Британских островов. Коричневые пауки-отшельники в Великобритании встречаются гораздо реже, так как это североамериканский вид пауков, который иногда случайно завозится в страну.

«За такое короткое время состояние здоровья изменилось на очень плохое, а потом тебе сказали, что ты можешь умереть, – это было страшно, – рассказывает Хант. – Рана всё ещё открыта, и мне нужно перевязывать её каждые пару дней. Я должен убедиться, что

Подготовила
Марина КЫН.

По материалам
Daily Mail,
The Lancet, Regional Anesthesia
& Pain Medicine.

Нашему постоянному автору, заслуженному врачу России, профессору Юрию МОЛИНУ 26 сентября исполняется 75 лет. Юрий Александрович, коллектив редакции «МГ» от всей души поздравляет Вас с праздником. И, конечно, публикуем на наших страницах очередной материал.

В истории России, начиная с 70-х годов XVI века, наступила пора, о которой сохранилось мало данных: перестали вести официальную летопись, архивы опричнины исчезли, мемуары послов противоречивы и не всегда объективны. Словно невидимая рука попыталась стереть следы деяний Ивана IV в конце царствования...

Попытаемся разобраться с помощью сохранившихся документов, каким же был Грозный с медицинской точки зрения.

Портрет царя

Составить достоверное суждение о внешности Ивана IV сложно из-за недостатка объективных сведений. На одном из прижизненных портретов царя, написанном неизвестным художником и увезённом в Данию, мы видим человека с высоким лбом и большими залысинами, с удлинённым крючковатым носом, с пышной бородой. Известный литературный портрет Грозного принадлежит современнику, князю С.И.Шаховскому: «...очи имея серы, нос протягновен и покляп, возрастом велик баше, сухо тело имея, плещи имея высоки, груди широки, мышцы толсты». Имперский посол Д.Принц в 1576 г. писал, что царь «очень высокого роста, большие глаза... постоянно бегают и всё наблюдают тщательным образом. Борода рыжая, с небольшим отливом черноты, довольно длинная и густая...».

Иван Грозный был до такой степени вспыльчив, что при малейшем раздражении «покрывался пеною, как конь» (К.Валишевский, 1993). От жестокостей Грозный легко переходил к покаянию, граничившему с самобичеванием. Никто из царей не умел и не любил говорить так, как Грозный. Блестящий полемист, в устных и письменных спорах он побеждал соперников, будь то зарубежный властитель или опальный боярин. При этом писания царя не могут считаться «психопатологической продукцией» — в них присутствует определённая тема, логически развиваемая, остроумие и последовательность мысли. Правда, во многих произведениях, например, в послании в Кирилло-Белозерский монастырь, сквозит чувство страха перед несуществовавшими опасностями. Общеизвестной была внушаемость Грозного. Не имея своего собственного мнения, он выполнял внушённое другими с такой энергией, с какой не выполнил бы его инициатор.

Эпилепсия или психопатия?

Жестокость Грозного, изменчивость настроения, соединение острого ума со слабостью в критических ситуациях, склонность подпадать под чужое влияние дали повод к изучению личности и медиком. Немногочисленная литература XIX века на эту тему обобщена Н.Лихачёвым (1893). Наиболее частые диагнозы, звучавшие при этом: «дегенеративная психопатия», «паранойя» (однопредметное помешательство) и «mania furibunda» (неистовое помешательство). Анализируя Заветы Грозного, оформленные в 1572 г., К.Валишевский считал, что оно написано «великим мастером в искусстве повествования, а не безумцем». Царь дал сыновьям холодные и взвешенные советы о роли государя, выборе советников, приёмах управления.

Когда началось клиническое манифестирование неадекватно-

сти? М.Буянов (1994) считал, что в конце 1564 г. царь перенёс острый психоз, выразившийся в развёрнутом бреде, страхах и соматических нарушениях. В течение нескольких месяцев Иван IV находился в состоянии, называемом депрессивно-бредовым синдромом. «Ум покрыт струпами, тело изнемогает, душа болит», — жаловался он. Царь похудел, его мучили головные боли, началось выпадение волос на голове. Постепенно он поправился

специалистов должны разделиться между эпилепсией и психопатией с явлениями психоза.

Научный подход

И всё же наука имеет хоть и небольшие, но объективные данные для суждения о личности Грозного. В получение этих материалов внесли свой вклад судебно-медицинские эксперты. В начале 1960-х гг. в храмах Московского

Механических повреждений в костях Грозного и его сыновей не обнаружено.

Скелет Ивана Грозного не даёт нам повода говорить о каких-либо признаках дегенеративности. М.Герасимов, учитывая деформацию грудной клетки, выразившуюся в смещении нижней части грудины кпереди, предположил, что у Грозного был необъятный живот, свидетельствовавший об общей тучности царя (с меди-

Какие ещё диагнозы?

«Равные права» на обсуждение в качестве возможной причины смерти Грозного имеют и некоторые злокачественные опухоли, например, лимфосаркома. Это заболевание чаще всего поражает мужчин после 40 лет. Ряд симптомов, характеризующих эту болезнь, имелся у Ивана IV. К ним могут быть отнесены боли в костях и суставах, поражение кожи с сильным зудом,

Тайное и явное

Последняя шахматная партия Грозного

физически, однако психические нарушения полностью его не покидали до конца жизни. Над Грозным тяготела и наследственная предрасположенность к заболеваниям нервной системы. Отцу его, Василию III, к моменту рождения сына было уже 50 лет (критический возраст для воспроизводства здорового потомства). Мать, Елена Глинская, отличалась «нервностью» и болезненностью. Бабка, София Палеолог, происходила из семьи, известной психическими заболеваниями. Младший брат Юрий был слабоумен, имел расстройства речи и слуха. Болезненными были и дети Ивана IV: «блаженный» Фёдор и Дмитрий, страдавший эпилепсией.

Некоторые исследователи (R.Hellie, 1975, и др.) полагают, что у Грозного была паранойяльная форма психопатии. Больные этим заболеванием склонны к продуцированию так называемых сверхценных и бредовых идей. М.Буянов, проанализировав облик некоторых исторических деятелей, включая Ивана IV, предполагал существование так называемой эпилептоидной конституции. Коренастые, с большой головой и короткой шеей, любители выпить, «тайные почитатели запретных наслаждений, от которых их отвлекает фанатическая увлечённость властью», эти люди тратят жизнь на обладание химерой господства.

Многие исторические источники свидетельствуют, что вспышки злости у Ивана IV иногда сопровождались своеобразными «припадками» — царь на некоторое время утрачивал сознание, изо рта выделялась пена. Это дало основание некоторым психиатрам диагностировать у Ивана IV эпилепсию. В пользу версии свидетельствует и то, что таким заболеванием в классической форме страдал его младший сын.

На основании анализа жизни Ивана IV психиатр П.Ковалевский (1995) пришёл к заключению, что Грозный «был душевнобольной человек, причём его болезнь выражалась в форме однопредметного помешательства, позволившего ему одновременно и управлять государством, и совершать деяния, которым могут быть найдены объяснения только в его болезненном душевном состоянии». Под паранойей психиатр понимал «расстройство умственных способностей, при котором в обычный круг мышления, в обычное сочетание представлений врывается круг безумных идей в виде ограниченного бреда. При этом происходит раздвоение сознания: с одной стороны, он живёт здоровою жизнью, с другой — внутри себя таит болезненные мысли и идеи. К этому присоединяются иллюзии и галлюцинации. Больной во всех действиях окружающих видит особый смысл...».

Какой же диагноз следует поставить Ивану IV на основании вышеизложенного? Видимо, мнения



Скульптурная реконструкция по черепу Ивана Грозного. М.М.Герасимов

Кремля развернулись реставрационные работы. Надгробия Ивана Грозного и его сыновей потребовалось восстановить в изначальных формах. Так как плиты гробниц обнажились, было принято решение произвести археологическое обследование.

23 апреля 1963 г. специальной комиссией Министерства культуры СССР (председатель — доктор исторических наук А.Смирнов), в состав которой входили сотрудники Научно-исследовательского института судебной медицины Министерства здравоохранения СССР профессора В.Прозоровский, В.Алисиевич, кандидаты наук Э.Кантер, А.Рубцов, было проведено вскрытие гробниц Ивана IV, его сыновей Ивана и Фёдора с целью проведения антропологического, химико-токсикологического и исторического исследований. Судебным медикам было необходимо выяснить несколько вопросов: есть ли на останках следы механических повреждений, каков их характер и механизм, какими орудиями были нанесены; есть ли признаки отравления. Исследование производили на ограниченные группы веществ, главным образом, на так называемые «металлические» яды.

Извлечение останков производилось под руководством известного антрополога профессора М.Герасимова, входившего в состав комиссии. Кости Грозного в основном были правильно расположены. Скелет сравнительно хорошо сохранился. На поверхности костей имелись отложения кристаллов солей. Обращало на себя внимание резко выраженное разрастание остеофитов. Каким-либо иных патологических изменений костей не обнаружено. Судя по скелету, Иван Грозный обладал большой физической силой, рост его был около 178-179 см.

При химическом исследовании костей, волос, ногтей, одежды найден мышьяк и ртуть. Обнаруженное количество не даёт оснований говорить о том, что они стали причиной смерти. Но возможность хронического отравления этими препаратами комиссия полностью не исключила.

цинской точки зрения, возможно иное объяснение: наличие водянки брюшной полости, существовавшей длительный период).

Победила смерть

Конец правления Грозного прошёл под знаком болезней. Подозрительность, страх за свою жизнь медленно разрушали нервную систему. Очевидцы описывали страшные припадки Грозного, во время которых он «приходил как бы в безумие». Иностранцев поразило «болезненное выражение постоянно бегавших глаз государя». Представитель отчёта Венецианской Сеньории, А.Поссевин высказал в августе 1582 г. мнение, что царю осталось недолго жить. Иван продолжал вести образ жизни с ночными оргиями, сопровождавшимися обильным приёмом спиртного. В предсмертный год ухудшения самочувствия вынуждали царя находиться в постели. Передвигался он в кресле, носимый двумя гайдуками. Грозного беспокоили «замирания» сердца, прогрессировали отёки живота, рук, ног, затем они захватили лицо. На позвоночнике царя развились так называемые остеофиты (костно-хрящевые выросты, деформировавшие позвонки), что причиняло сильные боли при движении.

Н.Костомаров писал: «В начале 1584 г. открылась у него страшная болезнь, какое-то гниение изнутри. От него исходил отвратительный запах... Суеверный Иван приглашал к себе знахарей... Тело начало покрываться волдырями и ранами». 53-летний царь выглядел дряхлым стариком. Назначения придворных врачей англичан Роберта Якоби, Ричарда Эльмса и немца Иоганна Эйлоффа (Лöffa): настои трав, вдыхание ароматических веществ, растирания не помогали.

В свою очередь, волхвы указали даже дату смерти Грозного «на Кириллин день». Означенный день, 18 марта, наступил. Довольный провалом гадания, царь послал передать им, чтобы они готовились к смерти, так как государь жив. Грозный распорядился затопить баню, помылся. Его принесли в спальню, он начал расставлять шахматы. Вдруг царь «ослабел» и упал, потеряв сознание. Наступила смерть.

В зарубежной исторической литературе приводится иная трактовка последних суток царя. «В течение нескольких дней перед тем, как расстаться с жизнью, Иоанн подвергся полному, похожему на смерть, лишению движений... раз придя в себя, Иоанн... обратился с просьбой освободить лиц, находившихся в ожидании казни... покрытый смертельной бледностью, распространяющий страшный смрад, снова лишившись чувств, лежал без всякого движения... Иоанн в третий раз впал в бессознательное состояние и немного спустя, с раздирающим душу криком, испустил дух» (Oderborn P., 1842).

наличие папул, нередко изъязвлявшихся, что вызывало неприятный запах, облысение и увеличение живота. При генерализации процесса на финальном этапе таких больных беспокоит похудение, лихорадка, потливость, общая слабость (С.Байдурин и соавт., 1991; Я.Карр и соавт., 1980 и др.).

Что же можно утверждать с уверенностью о непосредственной причине смерти Ивана IV? Следует констатировать выраженную недостаточность кровообращения, что проявилось прогрессирующими отёками (о них пишут все современники, а водянка живота подтверждается и исследованиями М.Герасимова). Скорее всего, они имели смешанное происхождение (сердечное, печёночное, почечное). У таких больных легко развивается острая сердечная недостаточность, которая приводит их к смерти.

Вследствие чего могла сформироваться хроническая недостаточность кровообращения? Реальным фактом является обнаружение в костных останках Грозного ртути. Как говорилось ранее, указанные концентрации не являются бесспорным свидетельством хронического отравления, но указывают на длительное применение соединений с лечебной целью.

Ещё одно возможное заболевание, на которое исследователи до сих пор не обращали внимания, — хронический алкоголизм. Что позволяет говорить о таком диагнозе? Прежде всего, «алкогольный стаж» Грозного — к моменту смерти он составлял более трёх десятилетий, причём большие дозы спиртных напитков, которые смолоду царь легко переносил, в последние годы резко снизились.

Итоги и размышления

Итак, какой вывод можно сделать из наших дифференциально-диагностических изысканий? Несомненно, что Грозный к моменту кончины страдал не одним, а несколькими заболеваниями, и именно этот фактор определяет трудность диагностики. Наиболее вероятно, что смерть Ивана IV последовала от острой сердечной недостаточности, развившейся вследствие прогрессирования нескольких сочетанных хронических процессов, взаимно утяжелявших друг друга. Со значительной долей вероятности здесь могут быть названы и алкоголизм, и хронические заболевания сердца, почек, печени. Нельзя исключить наличие у царя злокачественной опухоли. Несомненно, что способствовало прогрессированию сочетанных заболеваний неадекватное лечение препаратами ртути, усугублявшее нарушение обмена веществ.

Автор далёк от мысли считать своё суждение истиной в последней инстанции.

Юрий МОЛИН,
заслуженный врач России,
профессор.

Санкт-Петербург.

Раннее утро. Автобусная остановка. На улице 16°C мороза, а внутри ощущение, что вчерашний день ещё не закончился: настолько темно вокруг. Это было 20 января 2024 г. – albo dies notanda lapillo (день, который следует отметить белым камешком).

Наверное, у каждого человека бывают такие дни, которые по праву можно назвать особенными, не такими, как все остальные. Они могут начинаться так же обыкновенно, как и любой другой, но потом происходит важное или запоминающееся событие. Из-за него в числе особенных дней происходит прибавление – обычный перестает оставаться таковым, он автоматически перемещается в наше сознание в другую группу, которая нам очень важна и мы храним её в сердце с особенным трепетом.

В тот день с ребятами из группы мы снова должны были ехать в онкологический центр города, куда нас распределили на прохождение зимней практики на первом курсе. Как известно, omnium atrium medicina nobilissima est (из всех наук медицина – самая благородная), но без подкрепления теоретических знаний практически все они полностью теряют своё значение. Да и experientia est optima magistra (опыт – лучший учитель).

На часах 8:58, а мы, группа студентов-первокурсников, вместе со старшей медсестрой отделения мчимся на всех парах в операционный блок, туда, где каждый день врачи борются за жизни своих пациентов. Ведь именно sublata causa, tollitur morbus (с устранением причины устраняется болезнь). Кто, если не оперирующий хирург, занимается удалением злокачественных образований, так сильно отягощающих людям жизнь? Эти люди, как никакие другие, понимают, что нет ничего ценнее здоровья.

Первый раз в настоящей операционной. Думала ли я, что уже спустя полгода после поступления в медицинский университет смогу находиться здесь, в одном помещении с профессионалами своего дела? Конечно, нет. Это были просто мечты, которые вряд ли стали бы реальностью на первом году обучения.

Нас разделили. Два человека направились к другим врачам, а я осталась в этой комнате вместе с одногруппницей. Начиналась

На литературный конкурс

Преодолевая собственные страхи

Дарья ЛОЛОКОВА



операция по удалению опухоли в толстом кишечнике. Всё утро того дня мне было не по себе. Вынесу ли я происходящее и правильно ли приму всё, как будущий врач? Не «посетит» ли моё сознание в самый неподходящий момент обморочное состояние? Смогу ли я, пока ещё обычная студентка первого курса, которая всего лишь мельком видела фильмы про врачей и операции, теперь наблюдать за процессом в настоящей жизни?

Эти и ещё много других вопросов не давали мне покоя. Согласитесь, ведь не каждый имеет стальные нервы, крепкий характер и умение сохранять самообладание в тяжёлые моменты. Этому учатся годами, поэтому, заходя в операционную, я сразу дала себе две установки: либо я справляюсь, либо просто уйду.

– Кирилл Андреевич, можем начинать, – сообщила громким голосом девушка, анестезиолог, и время, которое врачи проведут около своего пациента, начало свой отсчёт.

Всё было более чем серьёзно. Попадая в онкологический центр, ты понимаешь, что в этом месте сражаются за жизни людей. Персоналу нужно приложить много умений, труда и усилий, чтобы помочь каждому. Но даже в таком чудесном и современном центре области, куда каждый день стекается огромный поток пациентов и где есть новейшее оборудование, врачей ad impossibilia nemo tenetur (нельзя заставить выполнить невозможное). У всего всегда есть своя мера, у болезней – тоже.

Из внезапных размышлений меня вывел голос одного из хирургов. Врачи как раз только закончили первую часть операции: эндоскопами вырезали опухоль. Следующий этап заключался в удалении уже непосредственно этого участка из организма пациента. Для этого персонал несколько изменил расстановку около операционного стола.

– Кто хочет, может встать на моё место, рядом с Георгием Валерье-

вичем. Оттуда будет лучше видно, что мы сейчас делаем, – добавил он.

Прошла ещё минута, а мне показалось, что целая вечность.

– Не бойтесь, – как будто чувствуя нашу неуверенность, сказал Кирилл Андреевич.

Я колебалась. Errare humanum est (человеку свойственно ошибаться), но в данный момент я не хотела совершать ошибку и сделать неправильный выбор, а наоборот, желала побороть свой давний и внутренний страх. На принятие окончательного решения ушло несколько секунд.

– Можно мне? Хочу подойти, – сказала я.

Да, рискованно. Да, страшно. Но, ведь non scholae, sed vitae discimus (учимся мы не для школы, а для жизни), верно? Это были первые слова, которые я усвоила, когда пришла в сентябре в университет.

Операция длилась чуть больше трёх часов, и всё это время я провела стоя, по-настоящему понимая, насколько сложно каждый день приходится оперирующим хирургам. На ногах они проводят большую часть дня. Но самое главное, что я осознала, когда операция подошла к концу, это то, что смогла справиться со своими страхами.

Выходя из комнаты вместе с врачами, я искренне сказала им: «Спасибо, что помогли мне перешагнуть через себя».

Они лишь мягко улыбнулись, давая мне понять, что всё в порядке. Все сталкивались с подобным и тоже выходили победителями с поля боя с самим собой. В этот момент я испытала такую гордость за себя, за то, что тоже смогла, не оказалась в числе проигравших!

Этот день изменил многое. Уже возвращаясь, я решила немного

задержаться у одного из окон длинного коридора и обдумать произошедшее. До сих пор реальность воспринималась с трудом. То, что было там, в операционной, казалось, было совсем и не со мной. Я точно поняла, что medicus nihī aliud est, quam animi (врач – не что другое, как утешение для души). Глядя на то, как медсёстры и хирурги справляются со своими обязанностями, при этом проявляя абсолютное мастерство при работе с оборудованием, хирургическими инструментами, накладыванием швов, я тоже загорелась желанием в будущем пойти по пути этого направления – хирургии.

Medica mentire, non medicamentis (лечи умом, а не лекарствами) – вот главный девиз каждого специалиста в медицинской сфере, и я полностью с ним согласна. Долгосрочная цель поставлена, поэтому теперь я буду приближаться к её достижению год за годом. Чтобы через несколько лет сказать такому же первокурснику, который, вероятно, посетит мою операцию: «Можешь встать на моё место, не бойсь».

Тем самым вселить в него уверенность: правильная профессия выбрана! И наглядно показать реальную иллюстрацию ещё одного немаловажного девиза врачей – aliis inserviēdo consumer (служа другим, сгораю сам). И это действительно так.

ОБ АВТОРЕ. Д.Лолокова – студентка 2 курса лечебного факультета Курского ГМУ, лауреат II Международного литературного конкурса «Живая латынь» среди обучающихся медицинских и фармацевтических вузов.

СКАНВОРД

Кремне-зем			Свечное дерево	Напро-ксен						Ночная фиалка		Прот-тяжный крик					
Адеме-тионин	"Мата Хари", актриса	Родст-венник ракши		Бурый капуцин	Бирич	Остров, Япония				Предал Христа	Бруски под полом	Чван-ливость	Чучело	Вино-куров, сборник			
		Голл. худож-ник	Роды ежики	Траге-дия Аль-фьери		Острый приступ болезни	Рабство	Изучает живую приро-ду					Тран-шея	Приток Дона			
Проз-рачная бумага	Шест с крюком			Рыбак	Бальзак	"... Кериб", Лер-монтов		Деньги, Хорва-тия				Бог войны					
			Мас-сивный столб			Мокко	Страна света			Череп							
Взять на ...	Мопед без пе-далей	Состав-ляющая Шилки		Окраина Тибет, нагорья		12 дюймов		... по себе	"... Баба", Лексик			Эллипс					
			Грузо-подъём. машина			Вид спере-ди											
Муз. коллек-тив	Геом. тело	Мили-ционер		Сюжет													
Автор Валерий Шаршуков			Сев. соз-вездие			Не здесь											

З Е Л Ь Е А В Т Р А О Л П И Ж А М А З О Б О Р К А
А А А З А В Т Р А О И С С Ю Д А Й А
Л О К В А О К С Т А С Т Е Р Е М Д У Н И Т
А В К У Р С Л О Д К А П К О Ш Г И Г О Н
И Д Е Я Л Р К У Л И А М А Т У А Р К О С О Н
Н Н В И Д О К Т У М Б А И
П И Ш И К П О Р О Ш А Т И К
Л Д А К А Р К У Р Т И Н А

Отвeты на сканворд,
опубликованный
в № 37 от 18.09.2024.