

Проекты

Устойчива к лекарствам, но поддаётся скальпелю

В России появятся новые центры лечения эпилепсии



Красноярские нейрохирурги начали осваивать технологию хирургического лечения эпилепсии. Толчком к этому стал пилотный проект Минздрава России, единственным участником которого от Сибирского федерального округа оказался Красноярский край.

В рамках проекта на медицинской карте страны появятся несколько клиник, где проводится хирургическое лечение эпилепсии у пациентов с фармакорезистентностью заболевания. До сих пор все эти пациенты вынуждены были обращаться в федеральные центры нейрохирургии.

В качестве тренера в Красноярскую краевую клиническую больницу

прибыл заведующий отделением функциональной хирургии новосибирского Федерального центра нейрохирургии Александр Дмитриев. Именно он выполнил первую показательную операцию, во время которой ему ассистировали красноярские коллеги. Задача хирургического вмешательства в данном случае – устранить очаг патологического возбуждения в головном мозге. Согласно статистике, эффективность такого лечения превышает 80%. Речь идёт о 30% больных эпилепсией, организм которых не отвечает на медикаментозную терапию, и приступы повторяются.

Первой пациенткой, которой выполнена операция по поводу привисочной эпилепсии, стала 30-летняя житель-

ница края. Стаж её болезни около 2 лет, все лекарственные схемы не дали ожидаемого результата.

Как сообщили в больнице, потребность региона в хирургическом лечении эпилепсии оценивается примерно в 30 операций в год. Возможно, сюда будут направлять пациентов с эпилепсией из других регионов. Во всяком случае, это было бы логично, поскольку для накопления большого опыта и получения стабильно высоких результатов такого незначительного количества оперативных вмешательств нейрохирургам будет явно мало.

Елена СИБИРЦЕВА.
МИА Сити!

Акценты

Кто ответит за головотяпство?

Чем окончатся ноябрьские все-народные гуляния? По мнению учёных, с высокой долей вероятности с появлением новых вариантов коронавируса SARS-CoV-2 с неизвестными свойствами и очередной волной подъёма заболеваемости.

Руководитель отдела Института вирусологии им. Д.И.Ивановского Минздрава России доктор биологических наук Александр Бутенко считает, что поездки россиян за границу в конце октября и начале ноября могут негативно отразиться на результатах мер, принятых властями для снижения заболеваемости COVID-19. Эксперт назвал головотяпством легкомысленное отношение людей к режиму нерабочих дней и к опасности заражения коронавирусом.

И вот тут хочется поспорить: головотяпство – это очевидно, но в чём

именно исполнении? Разве их – учёных – кто-то спрашивал, открывая границы тёплых стран для российских туристов ровно тогда, когда Президент страны объявил о нерабочих днях в связи с обострением эпидситуации? Опять несогласованность действий правой и левой рук, или, напротив, тщательно продуманный манёвр?

А вот ещё одно несовпадение слов и дел. Неделя нерабочих дней охарактеризовалась ежедневным обновлением рекордов по росту числа заболевших и умерших от COVID-10: первое перевалило за 40 тыс., второе за 1100. На этом фоне мэр Москвы и губернатор Московской области заранее, ещё 3 ноября поспешили заявить о том, что нерабочие дни в этих регионах не будут продлены после 7 ноября. Два субъекта РФ с максимальными цифрами ежедневного прироста случаев заболевания

и смерти от коронавируса сочли, что кризис миновал. Одной недели достаточно для того, чтобы показать заботу о населении, пора переключаться на заботу об экономике (особо подчеркнули, что можно будет, наконец, посещать рестораны, ночные клубы, торговые и фитнес-центры).

Впрочем, как верно отметил А.Бутенко, само население о своей безопасности думать не собирается. В столичном метро в нерабочие дни были такие же толпы пассажиров, большинство из них по-прежнему без масок. В очередной раз был сделан вид, что антиковидные меры приняты, а население в очередной раз сделало вид, что ничего не замечало.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».



Михаил ИВАНОВ,
председатель совета Ассоциации работников здравоохранения Воронежской области, главный врач городской клинической больницы № 10, доктор медицинских наук:

Предлагаю в 2022 г. не проводить аккредитацию без оплаты.

Стр. 4



Олег ШИЛОВСКИХ,
генеральный директор Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза», главный специалист – офтальмолог Минздрава Свердловской области:

Концессия не связала нам руки, наоборот, способствовала развитию, расширению инвестиций, появлению новых планов на будущее.

Стр. 6-7



Алексей ПРОТОПОПОВ,
ректор Красноярского ГМУ, доктор медицинских наук, профессор:

Многие образовательные программы сформированы ещё в XX веке не рассчитаны на появление новых медицинских специальностей. Можно и нужно сделать их адекватными потребностям сегодняшней и будущей медицины.

Стр. 10-11

Острая тема

Лучше поздно, чем никогда

Росздравнадзор поручил своим территориальным органам сообщать в Следственный комитет и Прокуратуру о фактах антипрививочной пропаганды. В зоне особого внимания – медработники-антивакцинаторы.

По мнению члена Комитета Госдумы по охране здоровья заслуженного врача России Олега Иванинского, решение правильное, хотя и немного запоздалое. Результаты вакцинации против COVID-19 были бы выше, а показатели заболеваемости и смертности от этой инфекции не росли такими темпами, если бы государство давно приняло жёсткие меры в отношении антиваксеров.

– Доверие к белому халату у населения традиционно высокое, и всё, что говорит человек, работающий в системе здравоохранения, воспринимается как истина. Но белый халат не делает медработника автоматически профессором-вирусологом, однако многие наши коллеги, не являясь специалистами в данной области, берут на себя смелость отрицать важность прививок и ношения защитных масок. И это удивляет.

Парламентарий отмечает, что любой человек вправе иметь точку зрения, отличную от общепринятой. Но, будучи сотрудником медицинской отрасли, публично высказывать своё мнение о вреде прививок и отговаривать людей от вакцинации недопустимо. Теперь за это придётся отвечать по закону.

В то же время эксперт считает необходимым не только лишать антиваксеров трибуны, но и обратить внимание на качество медицинского образования. Риск быть привлечённым к ответственности по статье УК РФ вряд ли изменит отношение противников прививок к вакцинопрофилактике.

– Если человек с медицинским дипломом искренне не понимает, что вакцинация единственный способ сохранить человеческие жизни во время любой пандемии, значит, ему плохо объяснили это на этапе обучения, – считает О.Иванинский.

Он также обращает внимание на то, что антипрививочники и ковид-диссиденты не работают в «красных зонах», но именно там в качестве пациентов рано или поздно оказываются те, кто им доверился.

Ольга БЕРЕЦКАЯ.
МИА Сити!

Новости

Обязательная вакцинация

Глава Республики Калмыкия Бату Хасиков выступил с видеообращением к жителям республики, в котором отметил, что в регионе вводится обязательная вакцинация отдельных категорий граждан и групп риска.

Он сообщил, что в регионе уже вакцинировано более 80 тыс. человек и поблагодарил их за проявленную сознательность.

«Мы с вами вместе продолжаем борьбу с пандемией. Сдерживать ситуацию удаётся, прежде всего, благодаря усилиям наших медиков. За что им огромное искреннее спасибо, – поблагодарил Б.Хасиков. – В реанимации, так называемой красной зоне, где я сам неоднократно бывал, нет привитых. Вакцина помогает переносить эту болезнь в более лёгкой форме».

Руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Калмыкия, главный Государственный санитарный врач по республике Джангар Санджиев заявил о введении обязательной вакцинации отдельных категорий граждан и групп риска на территории региона. Она коснётся тех, чья профессиональная деятельность связана с наибольшим количеством социальных контактов.

Министр здравоохранения региона Юрий Кикинов уверен: «Сбить волну коронавируса мы можем только вместе».

Алёна ЖУКОВА.

Элиста.

Плюс гидромассаж... бесконтактный

В Тульской детской областной клинической больнице открылся обновлённый кабинет реабилитации, оснащённый новейшим оборудованием для восстановления детей с ревматическими заболеваниями и болезнями опорно-двигательного аппарата. Кабинет оборудовали ванной бесконтактного гидромассажа с системой электронного индивидуального программирования, что позволяет использовать все терапевтические эффекты классического гидромассажа без непосредственного соприкосновения с водой, резко уменьшая число противопоказаний. Такой массаж снимает мышечный спазм и мышечное напряжение, за счёт чего улучшается реология и восстанавливается функциональное состояние суставного аппарата.

– Самое главное в работе детских врачей – это комплексная помощь пациентам. В первую очередь важна лекарственная терапия, но вслед за ней необходима реабилитация, которая позволит закрепить и улучшить результаты лечения, – отметила главный детский ревматолог Минздрава области, заведующая кардиоревматологическим отделением Оксана Хомякова.

Валентина ЗУЕВА.

Будущее, наученное настоящим

В 4-м конгрессе Российского комитета исследователей рассеянного склероза с международным участием «Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания», направленном на повышение качества оказания специализированной медицинской помощи пациентам с РС, приняли участие более 500 делегатов и гостей из всех регионов Российской Федерации, иностранных учёных и специалистов из Европы, Северной Америки и Азии.

Они сравнивали современные методики лечения и возможности индивидуального подбора терапии; обсуждали способы диагностики демиелинизирующих заболеваний: анализировали возрастные, половые, этнические особенности аутоиммунного поражения нервной системы.

Особое внимание уделялось вопросам, связанным с инновационными подходами к терапии. С появлением новых данных по применению моноклональных антител для терапии заболевания появилась возможность оценивать результаты такого подхода в долгосрочной перспективе.

Всё больше внимания при подборе терапии и оценке её эффективности уделяется таким параметрам, как скорость атрофии головного мозга, подтверждённое уменьшение инвалидизации и влияние на социальную жизнь пациентов с рассеянным склерозом.

Большой интерес вызывают данные российского и международного опыта применения терапии иммунной реконституции, позволяющие специалистам здравоохранения узнать больше про профиль эффективности и безопасности препаратов, а также оценить соотношение риска и пользы для каждого конкретного пациента.

Организаторы конгресса отмечают, что накопление и систематизация огромного клинического опыта позволили открыть новую эру в лечении этого хронического заболевания у лиц молодого возраста, существенно улучшив прогноз и повысив качество жизни больных с этим заболеванием.

Алёна ЮРОЧКИНА.

Москва.

Большое подспорье
малым населённым пунктам

Автопарк медицинских учреждений Ставропольского края пополнился новыми машинами скорой помощи. В отдалённые населённые пункты региона, где проживает менее 50 тыс. человек, отправилась 21 машина, 3 из них – реанимобили. За последние несколько лет более 200 автомобилей пополнили медицинский автопарк в крае. В ближайшее время планируется приобрести ещё около 70.

Глава Министерства здравоохранения края Владимир Колесников отметил, что все автомобили скорой помощи оснащены необходимым оборудованием и готовы работать с сегодняшнего дня.

«Таким образом, всё большее количество населённых пунктов региона будет охвачено доступной и качественной медицинской помощью», – подчеркнул министр.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

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

Ориентир

Дать шанс на излечение
Хирурги-онкологи провели уникальную
операцию по удалению липосаркомы

В Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова провели уникальную операцию по удалению гигантской липосаркомы. У пациента 76 лет была диагностирована гигантская забрюшинная опухоль. Ввиду высокого риска пациенту в одной из специализированных клиник ранее было отказано в хирургическом лечении, в связи с выраженной сопутствующей патологией, в том числе хроническим заболеванием почек.

По словам директора Института кластерной онкологии им. Л.Л.Левшина, заведующего кафедрой онкологии, радиотерапии и пластической хирургии университета, академика РАН Игоря Решетова, особенностью подобных опухолей является длительный экспансивный рост и вовлечение окружающих органов и крупных сосудов.

«К счастью, пациент обратился в Университетскую клинику № 1 вуза и мы смогли ему помочь. По данным проведённого обследования, опухоль муфтообразно окружала правую почку и питающие её сосуды, в связи с чем, объём операции должен был включать удаление опухоли вместе с органом. При этом, имевшаяся у пациента почечная недостаточность, определяла очевидные ограничения в плане проведения такой операции, а также угрожала необходимостью хронического гемодиализа и высоким риском летального исхода», – сказал академик.

После соответствующей подготовки и необходимых консультаций между смежными специалистами, было принято решение о проведении хирургического вмешательства. В операционную бригаду, помимо онкохирургов, были включены трансплантологи, сосудистые хирурги и урологи. Операция проведена в три этапа.

Первый этап включал радикальное удаление опухоли единым блоком с правой почкой и надпочечником с особой обработкой сосудов. Затем трансплантологи провели консервацию почки путём её охлаждения и перфузии специального консерванта. Далее почка



была выделена из опухолевого массива и трансплантирована обратно в организм в так называемое безопасное место, при этом шиты почечные сосуды и мочеточник.

«В течение первых часов и суток, мы контролировали кровоток в трансплантате и следили за диурезом. Тем самым констатировали, что почка прижилась на «новом месте» и начала работать. Пациент прошёл курс реабилитации в клинике и был успешно выписан. Сейчас ему ничего не угрожает, он ведёт полноценный образ жизни, находится под на-

шим наблюдением», – сообщил И.Решетов.

Уникальные возможности университета, позволяющие объединить усилия специалистов различного профиля с применением мультидисциплинарного подхода при лечении сложных онкологических больных, обеспечивают возможность оказания эффективной специализированной медицинской помощи, давая шанс на излечение пациентам, ранее считавшимся инкурабельными.

Алексей ПИМШИН.

МИА Cito!

Особый случай

Неожиданное рядом

Во время прохождения флюорографии у 62-летней жительницы Артёмовского обнаружили в лёгком образование. Компьютерная томография подтвердила патологию лёгких. Врачи Свердловского областного противотуберкулёзного диспансера уже готовы были взять её на операцию по удалению части органа. Однако в ходе контрольной КТ с контрастом у пациентки выявили редкую патологию сосудов лёгкого – артериовенозную мальформацию, грозившую разрывом аномально расширенного сосуда.

Для того, чтобы его закрыть, врачам отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения Свердловской областной клинической больницы № 1 при-

шлось прибегнуть к методике, применяемой при эндоваскулярном лечении аневризм головного мозга.

Артериовенозная мальформация лёгких – патологически расширенное соединение между сосудами. Если в норме при движении по малому кругу кровообращения кровь поступает из артерий в вены по капиллярам, оплетающим альвеолы, то при такой патологии капиллярная сеть, как правило, отсутствует.

«Сложность вмешательства заключалась в данном случае в локализации и анатомическом строении мальформации и сосуда, приносящего к ней кровь. Поэтому нам пришлось работать, скажем так, на стыке двух направлений эндоваскулярной хирургии. Из-за того, что патологическое соединение оказалось очень извитым,

чтобы заполнить его спиралью, пришлось применить методику, используемую при закрытии аневризм головного мозга: мы составили телескопическую систему из трёх микрокатетеров», – объяснила врач отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения больницы Камила Мавлютова, выполнившая операцию вместе с заведующим Львом Кардапольцевым.

Благодаря малоинвазивной методике удалось устранить риск разрыва артериовенозной мальформации, сохранив при этом пациентке лёгкое. Ранее им уже приходилось проводить несколько подобных вмешательств, но этот случай оказался наиболее сложным.

Елена ОСТАПОВА.

МИА Cito!

Екатеринбург.

Инициатива

Как пройдёт министерское одобрение?

Правительство РФ выпустило правила согласования назначения руководителей региональных органов власти в сфере охраны здоровья с Минздравом России. В отличие от проекта этого документа, в утверждённой версии процедура упростилась до одного этапа – одобрения кандидата лично министром здравоохранения РФ. Очное интервью с кандидатом министр будет проводить только при желании.

Также из правил исчезло ранее предлагаемое тестирование претендента «в целях оценки профессиональных качеств» и создание специальной комиссии для рассмотрения кандидатур. Как и в ранних

версиях порядка, глава региона направляет в министерство заявку на согласование, где указано образование специалиста, сведения о его доходах.

Единственный фильтр на этапе подачи документов – будущий руководитель должен соответствовать единым для всех чиновников квалификационным требованиям для замещения должностей госслужбы.

После получения документов министр принимает решение о принятии специалиста на работу в течение 15 рабочих дней, при необходимости вызывая кандидата на собеседование. В случае отказа губернатор может повторно выслать дополнительные сведения в пользу трудоустройства именно этого человека.

Необходимость двойной верификации кандидатов в региональные министерства здравоохранения вводилась после поручения Президента РФ Владимира Путина с сентября 2019 г. В это время предлагались различные формы согласования, например, краткосрочная стажировка в Минздраве, тестирование, а также требование иметь медицинское образование и профильный опыт работы. Законопроект с поправками в закон № 323-ФЗ, вводящий такое согласование, был внесён Правительством РФ в ноябре прошлого года, в апреле 2021 г. документ подписал В.Путин.

Игорь КОРАБЛЁВ.
МИА Сити!

Перемены

Порядок приёма в ординатуру будет обновлён

Минздрав России представил проект приказа «Об утверждении Порядка приёма по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры». Документ в случае утверждения отменит аналогичный приказ № 212н от 11.05.2017, а также приказ № 413н от 28.04.2021 об особенностях приёма в ординатуру в 2021-2022 учебном году.

В пояснительной записке к проекту приказа сказано, что он подготовлен «в целях учёта деятельности обучающихся, участвующих в добровольческой или трудовой деятельности в сфере охраны здоровья, связанной с осуществлением мероприятий по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции». Однако согласно действующим приказам, такая деятельность поступающих уже учитывается в качестве индивидуальных достижений.

Так, за участие в течение 150 часов в волонтерской деятельности, связанной с COVID-19, должно начисляться 20 баллов. За прохождение практики или работу на должностях младшего персонала с пациентами с коронавирусной инфекцией не менее месяца – 30

баллов. Однако если поступающий участвовал и в волонтерской, и в трудовой деятельности, то баллы ему будут начисляться только за последнюю. Эти нормы сохранены и в проекте нового приказа.

Нововведением стало то, что поступающий сможет получить дополнительные 20 баллов, если он был соавтором не менее одной статьи в профильном научном журнале. Сейчас требования жёстче – для получения этих баллов нужно быть автором либо первым в коллективе соавторов статьи.

Кроме того, в качестве индивидуального достижения (20 баллов) предлагается считать «период военной службы, связанной с осуществлением медицинской деятельности». Сейчас такого пункта в нормативной базе нет.

Проект приказа содержит множество технических изменений, по большей части касающихся особенностей дистанционного приёма в ординатуру. Например, подчёркивается, что тестирование поступающих может проходить в дистанционной форме.

Кроме того, уточняется, что «при проведении тестирования с использованием дистанционных технологий организация обеспечивает самостоятельно или с привлечени-

ем сторонних организаций запись видеоизображения лица поступающего, запись видеоизображения экрана устройства, используемого поступающим для прохождения тестирования, а также запись аудиосигнала с микрофона устройства, используемого поступающим для прохождения тестирования». Также среди новшеств – возможность рассмотрения апелляций с использованием дистанционных технологий.

В проекте приказа отмечается, что организация «обязана осуществлять проверку подлинности» поданных при приёме на обучение документов. Согласно действующему приказу, организация имеет право проверить достоверность документов, но это не является её обязанностью. Также в проекте приказа появилось уточнение, что «организации проводят приём на целевое обучение в пределах целевой квоты».

В случае утверждения приказ вступит в силу 1 марта 2022 г., а в конце мая 2021 г., как известно, федеральный Минздрав также представил приказ об особенностях приёма в ординатуру в 2021-2022 учебном году. Документ также устанавливал дистанционный формат поступления. Этот приказ утратит силу после утверждения приказа о порядке приёма в ординатуру.

Вячеслав ДАШКОВ.
МИА Сити!

Тенденции

На год дольше

Мэр Москвы Сергей Собянин подписал постановление, согласно которому жители столицы, перенёвшие инсульт или инфаркт миокарда, теперь будут получать льготные препараты в течение двух лет, а не в течение одного года, как было ранее.

Подобное увеличение сроков на федеральном уровне было введено в августе 2021 г. В нынешнем году бесплатные лекарства получили уже свыше 130 тыс. москвичей, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и не имеющих инвалидности. Московский список препаратов шире федерального.

Согласно постановлению мэра от 22 октября 2019 г., в Москве с 1 января прошлого года льготные лекарства получают пациенты, которые перенесли инсульт или инфаркт миокарда, после выполненного шунтирования, стентирования (ангиопластики) или радиочастотной абляции. Они получают дезагрегантные препараты, которые препятствуют образованию тромбов.

Новое правило об увеличении срока получения льготных препаратов действует для тех пациентов, кто встал на диспансерное наблюдение в связи перенесённым заболеванием начиная с 1 января 2021 г. Контроль за исполнением

постановления возложен на заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития Анастасию Ракову.

На федеральном уровне увеличение срока обеспечения льготными препаратами пациентов с ССЗ после постановки на диспансерное наблюдение было принято в августе 2021 г. В федеральном перечне получаемых препаратов сейчас 23 МНН. В мае с предложением о необходимости увеличить срок выступил Минздрав России.

Федеральная программа работает с 2020 г. Ежегодно на профильное лекарственное обеспечение из федерального бюджета планируется выделять более 10 млрд руб., средства должны доводиться регионам в виде субсидий. На 1 января 2021 г. пациенты получили нужные лекарства на 5,4 млрд, что составляет 48,4% от предусмотренного не только федеральным, но и региональными бюджетами. При этом 3,4 млрд из них – бюджет Москвы (столица за свой счёт закупает нужные лекарства по федеральному проекту), то есть федеральных средств израсходовано максимум 1,9 млрд.

Московский список препаратов отличается от федерального перечня 23 МНН и включает ряд других медикаментов.

Борис ЕФИМОВ.
МИА Сити!

Ну и ну!

Чреватая халатность

Следственное управление Следственного комитета РФ по Иркутской области возбудило уголовное дело по ч. 1 ст. 293 УК РФ (халатность) из-за срыва поставок льготных лекарств для детей с муковисцидозом. Сотрудники управления провели обыски в Министерстве здравоохранения региона, изъяли документацию и начали допрашивать должностных лиц. Прокуратура Иркутской области поставила ход расследования на контроль.

«В ходе предварительного следствия установлено, что дети, имеющие генетическое заболевание «муковисцидоз», нуждающиеся в

льготном лекарственном обеспечении, с начала 2021 г. на протяжении нескольких месяцев не в полном объёме получали необходимые лекарства в связи с их отсутствием в аптечных организациях области», – сообщили в Следственном управлении. В региональной прокуратуре уточнили, что речь идёт о препарате из перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

За счёт федеральной программы «14 высокозатратных нозологий» пациенты с муковисцидозом обеспечиваются препаратами бесплатно.

Григорий МАТВЕЕВ.
МИА Сити!

Подписка-2022

ПОЧТА РОССИИ

Подписные издания

Официальный каталог Почты России на первое полугодие 2022

5 900 изданий на podpiska.pochta.ru



Уважаемые читатели!

Оформить подписку на «Медицинскую газету» можно воспользовавшись каталогами:

Подписные издания

- ✓ Официальный каталог «Почта России» на первое полугодие 2022 г.;
- ✓ Электронный каталог «Почта России».

Подписные индексы:

ПН016 — на год
ПН014 — на месяц.

- ✓ Каталог периодических изданий – газеты и журналы, первое полугодие 2022 г. («Урал-Пресс»).

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

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

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

Акценты

Вовремя поддержать

В разгар четвёртой волны коронавируса Омское отделение Общероссийского народного фронта продолжает поддерживать медиков.

Очередную партию средств защиты общественники ОНФ привезли в Клинический медико-хирургический центр 14 тыс. одноразовых масок.

– Всего с начала года мы передали омским врачам более 40 тыс. индивидуальных медицинских масок, – сообщил руководитель тематической площадки ОНФ «Здравоохранение» Иван Воронцов.

– Сейчас, когда эпидемиологическая ситуация ухудшается, и медикам нужно менять средства защиты органов дыхания чаще, такая поддержка как нельзя актуальна, – говорит заведующая аптекой центра Наталья Штрикер.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
собр. корр. «МГ».

Омск.

КАТАЛОГ периодических изданий газеты и журналы

1 полугодие 2022 года

Избранные издания для бизнеса

Участники съезда обсудили актуальные задачи, которые стоят перед российским здравоохранением. С помощью видеосвязи два дня докладчики представляли организации из многих регионов страны. Состоялся обмен мнениями о взаимодействии с органами государственной власти и управления Российской Федерацией, Минздравом России, Общероссийском народным фронтом, о защите медицинских работников. Как и предполагается на мероприятии такого масштаба, прозвучал отчёт о финансово-хозяйственной деятельности союза НМП в 2020-2021 гг. Кроме того, в повестку были включены вопросы: правового регулирования деятельности медицинских работников, нормотворческая деятельность союза; участие в деятельности рабочей группы от экспертного и делового сообщества по реализации механизма «регуляторной гильотины» в сфере здравоохранения, правительственной комиссии по проведению административной реформы. Тематику дискуссии стали просветительская деятельность, взаимодействие с территориальными и профессиональными медицинскими организациями. Не обошли вниманием делегаты съезда и трудные моменты развития системы независимой медицинской экспертизы.

Дарить надежду

— Прежде всего хочу поблагодарить каждого из вас, всех российских врачей и других работников здравоохранения за ваш труд, — с такими приветственными словами обратился к участникам съезда председатель Правительства РФ Михаил Мишустин. — Уже более полутора лет каждый день в крайне непростых условиях вы спасаете жизни людей, самоотверженно боретесь за их здоровье, дарите надежду даже в самых сложных случаях, помогаете родным и близким заболевших.

Правительство по поручению Президента делает всё необходимое, чтобы в это непростое время поддержать систему здравоохранения, для которой распространение коронавируса стало настоящим испытанием. По всей стране обеспечена возможность сделать прививку против этой опасной инфекции и обезопасить себя и окружающих. Благодаря отечественным учёным и исследователям в нашей стране есть не одна, а несколько эффективных вакцин. При этом разрабатываются новые препараты.

Важно, чтобы граждане ответственно подходили к своему здоровью и вакцинировались. Необходимо рассказывать им, почему это нужно, что вакцинация — это самое надёжное оружие против инфекции, способное остановить рост заболеваемости. И в этом мы рассчитываем на вас.

Национальная медицинская палата существует 11 лет. По мнению премьер-министра, она вносит весомый вклад в борьбу с коронавирусом. При участии объединения вырабатывались подходы к формированию временных методических рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению этой инфекции. В них отражены лучшие практики помощи пациентам с учётом российского и международного опыта. Вместе с тем Правительство РФ продолжает решать и другие задачи, которые стоят перед отечественной медициной. В этой большой работе крайне важно участие всего медицинского сообщества. Именно специалисты лучше всех знают, что нужно пациентам. Поэтому Правительство РФ не сомневается, что в ходе съезда будут представлены новые полезные предложения и идеи.

Справедливости ради

Съезд не мог пройти мимо судьбы калининградских врачей. Единогласным решением делегаты потребовали от власти немедленно освободить из-под стражи Э.Сушкевич и Е.Белую.

«Заключение вновь под стражу, оправданных судом присяжных врачей, и, прежде всего, заведующего отделением неонатологии единственного в Калининграде перинатального центра доктора Э.Сушкевича, которая является лучшим детским реаниматологом в регионе и спасла от смерти сотни новорождённых, включая недоношенных, недопустимо, — говорится в решении. — Оправ-

Главная тема

Реальность и ожидания

VIII Съезд Национальной медицинской палаты прошёл в онлайн режиме



дательный приговор был вынесен несмотря на то, что прибывшим на суд в Калининград представителям профессионального сообщества не предоставили слова. Аргументом прокуратуры в пользу пересмотра дела и переноса его рассмотрения в суд Московской области стало «воздействие» в Калининграде на присяжных мнения многочисленных родителей, которым доктор Сушкевич подарила радость материнства и отцовства, а также мнения представителей профессионального медицинского сообщества, которые в поддержку врача организовывали пресс-конференции и флешмобы «Я Сушкевич».

Медицинское сообщество защищалось, так как первые публикации о том, что задержаны врачи, подозреваемые в убийстве новорождённого, появились из официальных сообщений следственных органов. Ими была организована информационная кампания ещё до оглашения приговора. Механизм был запущен.

«Отдельный разговор — это непрофессионально проведённые две медицинские экспертизы фактически одними и теми же зависимыми друг от друга врачами. Кроме того, главным обвинителем является человек, который на первом допросе заявлял, что лечение проходило правильно, а затем изменил показания через полгода. А причина в том, если Э.Сушкевич не будет осуждена, виноватой окажется главный свидетель — заведующая отделением», — отмечает президент НМП Леонид Рошаль.

Быть вместе

Воронежская областная организация — одна из самых крупных в стране. Председателя совета Ассоциации работников здравоохранения региона, главного

врача Воронежской городской клинической больницы № 10, доктора медицинских наук Михаила Иванова хорошо знают в профессиональном сообществе. Михаил Васильевич ставит «живые» вопросы и делает это компетентно, смело и чётко.

— Во всех регионах подавляющее большинство медицинских работников самоотверженно, рискуя жизнями, ежедневно совершают трудовые подвиги, — сказал он. — Не исключение и Воронежская область, где с очередной волной заболевания врачи работают в режиме военного времени на пределе моральных и физических возможностей.

Национальной медицинской палаты с Минздравом России, в марте, по аналогии, было подписано соглашение с Департаментом здравоохранения Воронежской области, создан паритетный координационный совет (по 6 человек с каждой стороны).

Значительный объём работы ассоциации, как и в других регионах, касается вопросы аккредитации, непрерывного образования. Первичная и первичная специализированная аккредитация в прошлом году проведены по 52 и в этом году были по 68 специальностям. Всё идёт в строгом соответствии с утверждённым графиком и закончится 14 дека-

нальных ассоциаций вопросов больше, чем ответов. Получается, выпускников вузов и специалистов территориальная комиссия аккредитовать может, приняв экзамен, а работающего врача нет, только в Москве установлен другой порядок. По мнению воронежской организации, в вышеназванном нормативном документе «выхолощена» суть, упрощена и ухудшена по сравнению с проводимой десятки лет сертификацией специалистов. Напомню, что последняя подразумевала сдачу очного экзамена после сертификационного цикла в 144 часа, к нему готовились. Проведение периодической ак-

кредитации задумывалось для повышения качества помощи, а на самом деле получилось для «проформы». На практике это выглядит так. Достаточно оплатить обучение один раз в пять лет в любой образовательной организации, собрать стопку бумаг, отправить их по электронной почте в федеральный центр и допуск к специальности обеспечен ещё на 5 лет, независимо от того, какие у тебя профессиональные успехи, уровень знаний, компетенций. Как можно оценить профессиональную пригодность первой комиссией? Получается они должны оценить подготовку 125 тыс. врачей в год (приблизительно 500 дел в день).

М.Иванов призвал руководство Минздрава России услышать голос регионов: отменить этот приказ, а ответственность передать за проведение аккредитации органу управления здравоохранением субъекта. А как принято говорить, за «первое исполнение» отвечать сможет профессиональное сообщество путём очной аккредитации. Этот вопрос должен найти отражение в решении съезда.

Обмениваясь опытом

Введённые еженедельные заседания НМП — оказались эффективными и востребованными, считает Михаил Иванов. Они позволяют не только общаться, обсуждать проблемы, но и концентрируют внимание на «изюминках» работы различных регионов, ассоциаций: Смоленска, Новосибирска, Калининграда, Казани, Уфы и др.

— Нас, например, заинтересовало страхование профессиональной ответственности, — заявил он. — Мы взяли Новосибирский опыт, сделали Воронежскую модификацию. Получилось, что с апреля 2020 г. из медицинских организаций, участников трёхстороннего договора, пока не оплачено ни одного рубля. Для сравнения: ещё в 2018 г. государственными организациями было выплачено 7 млн 740 тыс. руб. Спасибо опыту Новосибирска!

Конечно, ассоциация регулярно занимается вопросами повышения престижности медицинской профессии. Одно из таких мероприятий — конкурсы на премию ассоциации за вклад в развитие Воронежского здравоохранения. В ней 8 номинаций с призовым фондом по 20 тыс. каждая. Благодаря конкурсу, премии выделяются отличившимся врачам, обязательно с денежной премией.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Москва.

Услышать голос регионов

Теперь о периодической аккредитации. К принятому Минздравом России приказу № 746 от 09.07.2021 у практического здравоохранения и у регио-

В статье «Великая инквизиция, век XXI» (см. № 41 «МГ» от 20.10.2021) мы сообщили о том, что с прошлого года в отношении медицинских работников начала применяться статья 238 Уголовного кодекса Российской Федерации – оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей, которое повлекло по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью либо смерть человека.

Опасность этой юридической инновации в том, что, на усмотрение правоохранителей, теперь расследоваться может не результат работы конкретного врача, а деятельность медицинской организации в целом. Иными словами, неблагоприятный исход оказания медицинской помощи рассматривается как деяние, совершённое группой лиц по предварительному сговору, и предусматривает большие сроки тюремного заключения для всей «банды»: врача, который непосредственно лечил больного, а также заведующим отделением и даже руководителя учреждения, которые своими действиями либо бездействием, якобы, способствовали тому, что произошла беда.

Первыми попали под пресс 238-й статьи пластические хирурги и стоматологи. Почему именно они? Возможно, по той причине, что это, как правило, небольшие клиники, разобраться с которыми всегда проще, чем с крупным многопрофильным стационаром. Однако велика вероятность, что, отработав технологию применения 238-й статьи УК РФ на «малых» объектах, Следственный комитет и суды перейдут в наступление на «большие».

Вот пример такой ситуации, где совокупная уголовная ответственность за неблагоприятный исход лечения угрожает врачу, который непосредственно работал с пациентом, и руководителю медицинской организации. Данное уголовное дело уже больше года рассматривается в одном из районных судов Иваново. Подсудимые – анестезиолог и главный врач стоматологической клиники. Обоих обвиняют в том, что нежелательная реакция на препарат для местной анестезии вызвала смерть пациента.

Хроника событий

Как рассказал корреспонденту «МГ» главный врач стоматологической поликлиники кандидат медицинских наук Валерий Куксенко, в октябре 2017 г. сюда обратился пациент в возрасте 61 года для протезирования зубов. Был определён план операции по установке имплантата, с пациентом заранее побеседовали хирург и анестезиолог, назначили дату лечения.

– Поскольку первым этапом предполагалось выполнить синус-

Дела судебные

Наказание без преступления

Злой умысел ещё не доказан, но приговор уже заготовлен

лифтинг, а уже затем устанавливать зубной протез, хирург и анестезиолог последовательно ввели пациенту через определённые промежутки времени антибиотик, атропин, затем выполнили седацию пропофолом. После того, как пациент оказался в состоянии полусна, был применён местный анестетик убистезин. Начали оперировать, выполнили первый этап, после чего, как полагается, ввели колапол (гемостатическое и остеопластическое средство – ред.) и готовились приступить к основному этапу вмешательства. То есть всё было сделано ровно так, как это делается обычно в подобных клинических случаях, никаких отступлений от протокола специалисты не допустили. Тем не менее минут через 30-40 после начала операции у пациента появились признаки остановки сердечной деятельности и дыхания. Сотрудники клиники немедленно начали проводить реанимационные мероприятия, однако спасти мужчину не удалось, – говорит Валерий Куксенко.

По инициативе родственников погибшего было возбуждено уголовное дело в отношении стоматологов.

Сколько экспертов – столько мнений

Прежде всего следствию предстояло определить, на какой именно из введённых пациенту лекарственных препаратов могла произойти такая реакция. И тут начались разногласия среди разных групп экспертов.

Первым попал под подозрение колапол, но специалисты, проводившие данную экспертизу, указали, что случаи анафилактических и иных аллергических реакций на этот препарат неизвестны.

Судмедэксперты, которые проводили вскрытие тела, написали в заключении, что причиной смерти стал анафилактический шок от убистезина. Это говорит о том, что вины врачей не было, подобная реакция организма на лекарство оказалась неожиданной и, увы, фатальной.

Следователи назначили следующую экспертизу, в одном из столичных медуниверситетов. Там также назвали причиной смерти пациента анафилактический шок и подтвердили отсутствие нарушений в действиях ивановских медиков.



Но и это заключение не удовлетворило сторону обвинения. Тогда была заказана очередная экспертиза в Москве, по результатам которой появилось новое заключение: смерть пациента наступила не в результате анафилактического шока, а в результате передозировки пропофола. На этом основании анестезиологу и руководителю лечебного учреждения предъявлено обвинение по статье 238 УК РФ: преступление в отношении пациента, совершённое группой лиц по сговору. Сейчас адвокаты главного врача поликлиники пытаются опротестовать не только выводы, но и подлинность данной экспертизы, у них есть для этого основания. В частности, как можно говорить о передозировке данного препарата, если его следов в трупе не найдено? Есть вопросы и к статусу экспертов (могут ли они являться таковыми, не имея лицензии на судебно-медицинскую деятельность), и к достоверности подписей на документе.

Всё объективно?

Тут надо заметить, что, по стечению обстоятельств, умерший пациент оказался родственником сотрудницы областной Прокуратуры и исполняющего обязанности председателя районного суда, в который, кстати, и было изначально направлено это «дело врачей». Насколько данное обстоятельство повлияло на объективность расследования и судебного рассмотрения, можно только догадываться, но факт остаётся фактом: заключения экспертиз, в которых фактически подтверждается не-

воспринимают, мягко говоря, без интереса. И самое странное не в том, что приходится объяснять людям без медицинского образования тонкости медицины, а в том, что претензии следствия к «организованной преступной группе» стоматологов откровенно противоречат регламентам, которые официально утверждены в системе здравоохранения.

Что в финале?

Тяжба длится уже год, и конца-края пока не видно. Если всё-таки суд согласится с обвинением, предъявленным анестезиологу и главному врачу, будет создан крайне неприятный прецедент сразу по двум аспектам. Первый – у правоохранителей появится возможность прессовать медиков не по одному, как сейчас, а целиком накрывать «банды» врачей, которые заранее планируют и затем осуществляют злодеяния против пациентов (придумать более нелепое обвинение невозможно). Второй аспект – каждый случай нежелательной реакции на анестезию теперь может стать поводом для уголовного преследования врача.

По мнению адвоката, доктора медицинских наук, профессора Николая Григорьева, применение статьи 238 УК РФ в отношении системы здравоохранения в принципе некорректно. Руководствуясь данной статьёй, правоохранители могут рассматривать анестезию как априори вредоносную медицинскую услугу, ведь вне зависимости от того, проводится местное обезболивание или общий наркоз, вероятность осложнений существует всегда. Да, теоретически риск осложнений от обезболивания есть, но заведомо вменять это в вину врачам категорически неправильно уже потому, что любая медицинская услуга лицензируется. Не может же государство выдавать лечебным учреждениям лицензию на оказание заведомо опасной услуги!

– Начав применять статью 238 УК РФ, судам будет сложно остановиться. Ведь случаи постнаркозных осложнений не единичны, их немало, и, следуя принципам формальной логики, за всеми этими событиями кроется злой групповой умысел медиков. Есть опасность довести ситуацию до полного абсурда, – считает Н.Григорьев.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Опыт

В Свердловской областной клинической больнице № 1 успешно прооперировали 24-летнего жителя села Байкалово, у которого из-за кариозного зуба развился целый ряд осложнений – гнойный синусит, поднадкостничный абсцесс верхней края глазницы и абсцесс мозга.

В операции было задействовано три бригады: первый этап выполнили врачи отделения оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии, второй – офтальмологи, а завершили её специалисты нейрохирургического отделения.

«За 20 с лишним лет своей хирургической практики я впервые столкнулся с тем, чтобы у пациента одновременно развились и офтальмологическое, и нейрохирургическое осложнение, которое мы назвали одонтогенным абсцессом мозга», – прокомментировала заведующая отделением

Жизнеугрожающий кариес

лор и челюстно-лицевой хирургии Ольга Салий, выполнившая первый этап операции вместе с челюстно-лицевым хирургом Дмитрием Евдокимовым.

Изначально заболевание протекало в вялотекущей форме, пока инфекционный процесс не перешёл в гайморову пазуху. За помощью к медикам свердловчанин обратился, когда у него с утра сильно разболелась голова, а потом отёк левый глаз. В итоге из местной больницы его сначала увезли на скорой в Туринскую Слободу, а затем – в Свердловскую больницу № 1, где после всех необходимых обследований, в ходе которых выявили осложнения, и его сразу взяли на операцию.

После удаления зуба специалисты отделения лор и челюстно-лицевой хирургии вскрыли и под

эндовидеоскопическим контролем дренировали гайморову пазуху, клетки решётчатой кости и лобную пазуху, откуда инфекционный процесс перешёл в орбиту.

Ознакомившись с результатами МРТ и КТ, за дело принялись врачи первого офтальмологического отделения. Они вскрыли надкостницу над левым глазом и установили дренажи вглубь орбиты. Также сделали разрез и под глазом, куда тоже поставили дренаж, так как у пациента был отёк ретроорбитальной клетчатки.

«Главное: нам удалось сохранить пациенту зрение. Ведь обычно при «классической» флегмоне орбиты с поражением ретроорбитальной клетчатки велика вероятность токсической атрофии зрительного нерва. А этот пациент, я считаю,

вообще в рубашке родился», – подчеркнул заведующий отделением офтальмологии № 1 Андрей Гринев.

Нейрохирургический этап под руководством старшего коллеги Андрея Мирошниченко выполнила молодая врач Любовь Иванникова. Сделав разрез и просверлив отверстие в лобной кости черепа, она вскрыла оболочку мозга, удалила скопившееся гнойное содержимое и зашила рану.

Операция длилась около 3,5 часов. Правда, через пару дней офтальмологи провели ещё одну, так как у пациента образовалась флегмона верхнего века, которую также пришлось вскрывать и дренировать.

Уже через две недели пациента выписали из больницы.

«Вообще так называемые риногенные абсцессы мозга описаны

в литературе. И периодически мы выполняем подобные вмешательства. Но такого, чтобы гнойный процесс перешёл от зуба в пазуху, а потом – в мозг, да ещё и на орбиту, в моей практике не встречалось, – отметил нейрохирург А.Мирошниченко. – И в том, что пациенту удалось вылечиться от столь серьёзного заболевания, помимо бесспорной заслуги врачей, конечно, сыграли свою роль и его возраст, и иммунитет, и в какой-то степени элемент везения. А также то, что были вовремя осуществлены маршрутизация и диагностика».

Поэтому данные случаи – свидетельство не только профессионализма специалистов, но и реальное подтверждение повышения доступности качественной медицинской помощи жителям области, считают в региональном Минздраве.

Алёна ЮРОЧКИНА.
МИА Cito!

Екатеринбург.

Пережить шок от начала пандемии, продержаться во время локдауна и продолжать существовать в нынешних непростых условиях, не только не снижая темпов, но улучшая условия работы и создавая что-то новое, и при этом продолжать строить планы на будущее, способны немногие.

Однако, когда общаешься с генеральным директором Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза», главным специалистом – офтальмологом Минздрава Свердловской области, заслуженным врачом РФ Олегом Шиловских понимаешь, что такое вполне возможно.

Нет, он не воспринимает произошедшие за последние годы преобразования в центре как естественный, рутинный процесс. Кто, как не генеральный, знает, чего стоило сохранение заработной платы коллектива в то время, когда центр в течение 2,5 месяцев вообще не работал, и прибыли, соответственно, не было; какие человеческие и финансовые ресурсы понадобились для переоборудования помещений, появления нового операционного блока хирургии слёзных путей и окулопластики, открытие которого состоялось совсем недавно.

Для Свердловской области и жителей региона это важное событие. Здесь будут проводиться сложные и востребованные хирургические операции для взрослых и детей.

Отрадно, что мы открываем современный операционный блок центра «Микрохирургия глаза» в Год медицинского работника.

Для реализации проекта сложные условия эпидемии не оказались преградой. Это серьёзное усиление медицинской базы нашего региона.

Евгений КУЙВАШЕВ,
губернатор Свердловской области.

Наиважнейшим делом считает генеральный директор и обновление системы вентиляции.

«За 30 лет изменились требования к ней, да и назначение

тельства, в рамках программы госгарантий делаем более 25 тыс. операций. Можно сказать, что каждая семья Свердловской области с нами столкнулась, по-

20 лет назад пришёл его заместитель (сегодня – помощник генерального директора по клинико-экспертной работе) Виктор Ободов. Он уже тогда увлекался офтальмопластикой, но выполнял только единичные операции.

В проекте же предлагалось сосредоточиться именно на дакриологии, то есть на нарушениях выработки и отведения слезы и способах их лечения, поскольку больных с патологией слёзных путей становилось всё больше.

Дакриология оказалась междисциплинарной специальностью, частично относящейся к офтальмологии, частично – к оторинола-

Инвестируя в собственное развитие

Четыре года назад между Екатеринбургским центром «Микрохирургия глаза» и Министерством здравоохранения РФ подписано концессионное соглашение о государственно-частном партнёрстве, в рамках которого клиника брала на себя обязательства по развитию собственной структуры (выступая одновременно и в роли инвестора, и в роли организации, оказывающей медицинскую помощь) при обязательном сохранении объёмов оказания помощи в рамках ОМС, а государство в свою очередь даёт на 25 лет федеральное здание в пользование центру.

«Мы сами предложили программу инвестиций, определившись, что нам нужно. И развиваемся в этом направлении так, как задумано. Жизнь, конечно, вносит коррективы: как правило, всегда получается с приростом. Например, площадей пришлось освоить гораздо больше, чем изначально планировалось», – говорит О.Шиловских. И добавляет характерную для него фразу: «По ходу дела всегда возникает желание ещё что-то изменить и здесь, и там, и тут».

Добавлю: не просто изменить, а сделать максимально удобно и для пациентов, и для сотрудников. И всё это на наивысшем уровне.

Олег Владимирович с удовольствием перечисляет: отремонтированы стены, заменено 300 окон – разных размеров, конфигурации и назначения. Причём, на такие же, финские, только улучшенные, как были предыдущие, установленные при строительстве центра почти 34 года назад. Потому что другие потенциальные поставщики уступали и по качеству работ, и по надёжности поставок: а что такое оставить без окон оперблок или стационар? Это значит полностью остановить лечебный процесс.

Всего освоено более 3 тыс. м² площадей под офисные помещения на цокольном этаже клиники. А в последние годы – ещё 1 тыс. м² под внутрибольничную аптеку, перенос которой позволил освободить пространство для нового оперблока.

В подвале под оперблоком разместили системы вентиляции,

Тенденции

Дакриохирургия, или «слёзный путь» к здоровью

Новый операционный блок открылся в Екатеринбургском центре МНТК «Микрохирургия глаза»



Экскурсию по новому оперблоку первым лицам Свердловской области проводит О.Шиловских (справа)

кондиционирования, водоподготовки.

Освоение цокольных помещений повлекло за собой необходимость в новой лестнице вниз, чтобы не перегружать лифт для перемещения пациентов. Да и сейчас сотрудникам предлагают в лифте ездить на цокольный этаж только с грузом, а два пролёта лестницы преодолевать пешком. Быстрее и куда полезнее для здоровья...

многих помещений теперь другое, – говорит он. – Изначально центр был рассчитан на 12 тыс. операций в год и на определённое количество посещений. Но эти показатели только на основной базе клиники возросли в два с лишним раза».

В нынешнем году поменяли полностью вентиляцию в диагностическом блоке, включая холлы. В каждом кабинете приёма теперь есть климат-контроль, и сотрудники могут выставлять комфортную для них температуру.

Обмен воздуха возрос практически в 10 раз. Поэтому летом все нормально дышали, даже когда за окном было + 35, не говоря о тотальном улучшении эпидобстановки, что сегодня вдвойне важно.

О.Шиловских подчёркивает: концессия не связала руки, наоборот, способствовала развитию, расширению инвестиций, появлению новых планов на будущее. Благодаря этому договору у центра впереди 20 с лишним лет нормального созидания.

«Отношение к себе мы сформировали только своей работой, – говорит он. – Мы не имеем никаких субсидий, зарабатываем сами. При этом будучи частью здравоохранения региона, выполняем все социальные обяза-

Запуск новых технологий мирового уровня Екатеринбургским центром МНТК «Микрохирургия глаза» – это ещё один шаг развития высокотехнологичной медицинской помощи нашим жителям. А самое главное, – ещё и доступной медицинской помощи.

Свердловчане будут получать её бесплатно за счёт сформированного государственного заказа.

Андрей КАРЛОВ,
министр здравоохранения Свердловской области.

скольку сделано более миллиона операций и практически 6 млн пациентов проконсультировано».

На стыке специальностей

«Вишенкой на торте» четырёхлетней реконструкции стал новый оперблок для хирургии слёзного аппарата, на открытие которого приехали губернатор области Ев-

рингологии. В то время лечением патологии слёзного пути занимались в основном оториноларингологи; в центре же полагали, что это дело офтальмохирургов.

По воспоминаниям В.Ободова, в успех не очень верилось, задумка была масштабной, новаторской и требовавшей немалых вложений. Но директору идеи показались трезвыми, и он предложил раз-



«Первопроходец» дакриохирургии и офтальмопластики В.Ободов в операционной

гений Куйвашев и полномочный представитель Президента России в Уральском федеральном округе Владимир Якушев. Они высоко оценили вклад клиники в здравоохранение области и Уральского региона в целом, а уровень оказания медицинской помощи в центре назвали «высшим пилотажем».

С проектом, озаглавленным «Слёзный путь», к О.Шиловских

бить их воплощение на несколько этапов. Для начала посмотреть, где и как это делается, поучиться, собрать всю информацию. Затем составить список оборудования. Ну, а дальше уже можно обсуждать и место проведения операций.

«Научное название данного направления – «Дакриохирургия и окулопластика», так как операции, направленные на восстановление



В новом операционном блоке хирургии патологии слёзных путей и окулопластики



Первые пациенты на лечении в новом оперблоке

слёзных путей, затрагивают все отделы: и слёзопроизводящий, и слёзоприёмный, и слёзотводящий пути, последний из которых в основном проходит через слёзный мешок и носослёзный канал, – поясняет В.Ободов. – Стали думать, какую помощь можно оказать пациентам с такими патологиями в нашем центре? Но в то время операции были ещё не разработаны, нам приходилось до многого доходить самим».

Важной вехой в становлении отделения стала поездка в Ярославль на конгресс ринологов по эндоназальным технологиям восстановления слёзотводящих путей.

Уже тогда стало очевидно, что эндоназальная, эндоскопическая хирургия имеет гораздо больше преимуществ, чем наружный подход, распространённый в то время и используемый некоторыми лор-врачами и сегодня. А именно: в зоне проекции слёзного мешка делается чрезкожный разрез, потом различными инструментами – кусачками, борамми вскрывают кость, выходят на одну из стенок слёзного мешка, которая прилежит к переносице, вскрывают слизистую и создают путь оттока. Впоследствии поверхностные слои зашивают, и

Сегодня в медицине всё преимущественно заточено на борьбу с новой коронавирусной инфекцией. Но важно, чтобы и по другим направлениям здравоохранения тоже продолжалась работа.

Одно из таких направлений – получение помощи больными с какими-либо отклонениями по офтальмологии. Здорово, что эти проекты не только не останавливаются, но и реализуются на высочайшем уровне.

Владимир ЯКУШЕВ,
полномочный представитель Президента России
в Уральском федеральном округе.

Понимая свойства данного метода, клиника сразу же приобрела видеозендоскопическую стойку. А затем ещё и лазер, чтобы через слёзные точки можно было по слёзному каналу добраться до слёзного мешка. Правда, приходилось отрабатывать показания для применения этого прибора на практике, в зависимости от положения и размера слёзного мешка. После этого обзавелись шейвером (затем ещё одним), которым можно было в полости носа высверливать отверстия в костных тканях, закрывавших воспалённый слёзный мешок.

В 2003 г. под новое направление выделили отдельный операционный зал в главном оперблоке, оснастили самым лучшим на тот момент оборудованием, и стали

поскольку она, по существу, является гнойной. Но все понимали: выносить её в отдельное помещение значит увеличение и расходов, и штатов.

Было найдено оптимальное решение: нынешний операционный блок «Слёзный путь» расположен в главном корпусе центра, но от других помещений отделён специальным переходом.

Здесь будет проводиться хирургия патологий слёзного аппарата, к которой относятся врождённые и приобретённые заболевания слёзных путей у детей и взрослых, посттравматические реконструкции лицевого скелета, восстановление слёзных протоков после сочетанных черепно-мозговых травм, хирургия доброкачественных и злокачественных новообразований, заболеваний

3D – и 4D-технологий. Это даёт возможность видеть с помощью эндоскопа оптическое изображение слёзного мешка и сравнивать его с виртуальной компьютерной моделью.

Эта технология тоже запатентована в центре, как и визуализация слёзного мешка, который в половине случаев расположен атипично.

Специалисты клиники – единственные в стране, кто применяет

рингологи. Но в Екатеринбургский центр за опытом уже едут коллеги из разных городов России.

Новое создавать интересно

Кто-то из великих дал определение счастья, как передышку на пути от вершины к вершине. Завершение каждого проекта в Екатеринбургском центре МНТК «Микрохирургия глаза», безусловно, становится праздником для всех. Но на брифинге в честь открытия



Ежедневно во втором оперблоке клиники проходит до 30 операций



М.Шляхтов с коллегами

век, энуклеация органа зрения и подготовка к главному протезированию. Без необходимого лечения эти заболевания могут привести к слепоте, а в детском возрасте даже к угрозе жизни.

Сегодня оперблок располагает на площади 300 м² и включает в себя просторный операционный зал на два рабочих места, анестезиологическую палату, душевые и раздевалки для персонала, через стенку – помещение для приёма больных, всё в комплексе. Созданы великолепные условия по вентиляции, освещению, стерильности, отоплению, предусмотрен подогрев пола и стен.

Установлено новое оборудование, приобретён ещё один видеозендоскопический комплекс, современные микроскопы, коблатор и т.п.

Поскольку ещё до официального открытия новая операционная хирургия слёзных путей и дакриологии уже начала работать в тестовом режиме, разница с предыдущими возможностями сразу стала очевидной: сейчас выполняется 30 операций в день, а ранее удавалось только 5.

Но дакриология в Екатеринбурге отличается ещё и тем, чего нельзя купить: энтузиазмом её создателей, которые сумели увлечь других специалистов, и сейчас в отделении уже работает 5 хирургов-офтальмологов-дакриологов.

«Мы постоянно улучшаем технологии: что-то узнаём и перенимаем на зарубежных симпозиумах, но большей частью это наши разработки, изобретения, – говорит М.Шляхтов. – У нас 20 патентов, ряд авторских свидетельств, есть международные награды».

Разработанные екатеринбургскими врачами технологии признаны перспективными и продвинулись. Так, в отделении первыми применили методы виртуальной эндоскопии, внедрив хирургию

ультразвуковой метод удаления костных тканей (диссекция), что позволяет значительно уменьшить продолжительность хирургического вмешательства (от 2 часов до 20 минут), наркоза и послеоперационной реабилитации.

Так, если раньше пациент на больничном листе находился месяц, теперь – максимум 2 недели. На третьи сутки у него восстанавливается свободное носовое дыхание, а процесс заживления идёт незаметно, безболезненно. И через определённое время человек забывает, что перенёс такую тяжёлую операцию.

Прорывным методом воздействия на ткань стала холодная плазменная кобляция, позволяющая бескровно пройти два хирургических этапа, не применяя никаких грубых методов – ни скальпелей, ни долот.

В данном случае происходит воздействие на уровне химической реакции. Электрический ток, пропущенный через определённую среду (физраствор) позволяет разложить жидкость, перевести её в состояние плазмы. Активные ионы начинают ткань растворять, она буквально тает под воздействием коблятора, который, к тому же, способен эту жидкость аспирировать внутрь себя.

Плюсом является и то, что он, в отличие от других аппаратов, не создаёт повышенных температур. Таким образом, технологии, которые существовали 100 лет в неизменном виде, сейчас переживают настоящую революцию.

«Мы находимся на первом этапе формирования большой школы дакриологии», – считает М.Шляхтов.

Пока что дефицит таких врачей огромный, специалистов такого профиля не так много, от Урала до Дальнего Востока патологии слёзотводящего аппарата оперируют, как правило, оторинола-

нового оперблока О.Шиловских не подводил итоги и не подчёркивал важность сделанного, а говорил о будущих планах.

«У нас новый проект: в центре города будет новая поликлиника для лечения глаукомы, надеюсь откроем её летом. Уже готовим под это и коллектив, и оборудование. Сейчас стадия завершения проектных работ. Площадка определена, здание построено, сдано в эксплуатацию и готово к реконструкции, которая должна начаться зимой, – говорит генеральный директор. – Поликлиника расположится на 1300 м² (действующее сейчас глаукомное амбулаторное отделение занимает 300 м² и существует на приспособленных арендуемых площадях)».

Он отмечает: вопрос исключительно важный, заболеваемость глаукомой растёт, а для диагностики необходимо крупное дорогостоящее оборудование. Такого оборудования (да и специалистов) в поликлиниках недостаточно.

«Многое зависит и от организации дела. Когда мы создадим, как планируем, регистр всех больных глаукомой, эти пациенты будут на полном контроле, они станут получать извещения, когда нужно идти на приём. Таким образом можно будет осуществить полную диспансеризацию города-миллионника по данному заболеванию. И я думаю, что первый год работы этой специализированной поликлиники сразу снизит инвалидность по глаукоме», – уверен главный офтальмолог Свердловской области.

«Мне кажется, если ничего не будем открывать – будет скучно жить, – замечает с улыбкой О.Шиловских. Эти слова – своеобразное кредо не только руководителя, но и его коллектива.

И напоследок, маленький штрих. Как только высокие гости уехали из центра после открытия оперблока, здесь моментально возобновилась обычная жизнь. Пациенты потянулись с диагностических линий в стационар, к лифтам повезли каталки из других операционных залов, по громкой связи зазвучали приглашения на приём.

Такой отлаженный ритм работы говорит о многом. И, наверное, он может быть одним из ответов на вопрос, почему у этого коллектива всё получается.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Екатеринбург.



Операционная оснащена самым передовым оборудованием

созданный новый путь начинает функционировать.

К слову, поскольку нарушенный естественный путь слезы восстановить практически невозможно, бывает, что специалисты находят подходящее место рядом с ним и там создают новый канал, интубируя его с помощью силиконовых стентов, которые стоят 3 месяца. Так возникает новый «обводной» канал для слёз. После извлечения стента функция восстанавливается, и болезнь считается вылеченной.

«Отличие эндоназального доступа в том, что через нос при помощи современных аппаратов мы выполняем практически бескровное вмешательство и достигаем того же результата с более высоким качеством, гораздо быстрее и эффективнее», – разъясняет заведующий отделением хирургии слёзных путей и окулопластики Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» Михаил Шляхтов.

на одном столе оперировать больных с этой патологией.

Екатеринбургский центр стал первой офтальмологической клиникой в стране, где появилось такое отделение. Всё постепенно развивалось, рос профессионализм, осваивались новые технологии. Зародилась своя офтальмологическая школа. И к ним поехали учиться.

О.Шиловских отмечает: «В самом начале на первой операции мы попросили ассистировать В.Ободову известного отоларинголога из Казани профессора Владимира Красножёна. А через 10 лет уже В.Красножён прислал в центр тяжёлого пациента, поскольку к тому моменту «ученик» в чём-то превзошёл «учителя».

Революционный подход

По словам генерального директора, эту хирургию изначально надо было обособить от «чистой»,

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 42 (2306)

Определение

Преэклампсия – критическое, но обратимое состояние, предшествующее самой тяжёлой форме гестоза – эклампсии. Патофизиологической основой синдрома является нарушение и недостаточность мозгового кровообращения в сочетании с генерализацией системных нарушений печени, почек, гемостаза, гемоликвородинамики, лёгких, сердечно-сосудистой системы.

Эклампсия – самая тяжёлая форма гестоза, характеризующаяся острым отёком мозга, высокой внутричерепной гипертензией, срывом ауторегуляции и нарушением мозгового кровообращения, ишемическими и геморрагическими повреждениями структур мозга.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
O14	Вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией
O15	Эклампсия

Классификация

Формы гестоза:

- преэклампсия
- эклампсия.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Диагностика

Выявить признаки, патогномоничные для гестоза:

- срок беременности, состоит ли на учёте, проверить карту беременной;
- патологическая прибавка массы тела (более 400 г в неделю);
- неравномерная прибавка массы тела со снижением в ответ на приём диуретиков и последующим быстрым повышением;
- нарастание отёков;
- изменения в анализах мочи (протеинурия);
- уменьшение суточного диуреза;
- появление зуда кожных покровов, желтушного окрашивания склер;
- повышение АД;
- стрессовые ситуации дома, в семье, на работе;
- появление головных болей, головокружения;
- нарушения зрения (туман перед глазами, мелькание «мушек»);
- заторможенность, вялость, бессонница.

Обратить внимание на:

- общее состояние беременной;
- состояние кожных покровов;
- зрачковые и сухожильные рефлексы;
- степень нарушения сознания больной;
- видимые отёки нижних конечностей, одутловатость лица;
- превышение АД по сравнению с исходным (до беременности) на 20-25 мм рт.ст.;
- частоту пульса, дыхания и сердцебиения;
- измерение АД на периферических артериях (на обеих руках – имеет значение асимметрия показателей).

Преэклампсия

Характерны различные комбинации следующих симптомов:

- головная боль, чаще в затылочной и височной областях;
- расстройство зрения, пелена или мелькание «мушек» перед глазами;
- боли в надчревной области и правом подреберье, часто сочетающиеся с головными болями;
- тошнота, рвота;
- «судорожная готовность» – гиперрефлексия;
- психическое возбуждение или, напротив, угнетённое состояние;
- повышение АД до критического уровня 170/110 мм рт.ст. и выше;
- олигурия – диурез 600 мл и ниже;

- низкий часовой диурез – менее 60 мл/час;
- генерализованные отёки;
- кожный геморрагический синдром в виде петехий.

Эклампсия

Если период преэклампсии по каким-либо причинам пропущен или терапия была неадекватной, развивается эклампсия. Эклампсия – острый отёк мозга, высокая внутричерепная гипертензия, срыв ауторегуляции и нарушение мозгового кровообращения, ишемические и геморрагические повреждения структур мозга.

Клиническая картина эклампсии складывается из четырёх периодов:

1. Предсудорожный период – длительность 20-30 секунд. Отмечают мелкие подёргивания мышц лица, верхних конечностей, появляется фиксированный в одну сторону застывший взгляд.

2. Период тонических судорог – длительность 20-30 секунд. Вслед за подёргиванием верхних конечностей голова запрокидывается, тело вытягивается, напрягается, позвоночник изгибается, лицо бледнеет, челюсти плотно сжимаются, зрачки расширяются и уходят под верхнее веко, вследствие чего остаются видимыми только глазные яблоки, дыхание прекращается, язык оказывается прикушенным, пульс трудно прощупывается, сознание отсутствует.

3. Период клонических судорог: клонические судороги, так же как и тонические, распространяются по направлению книзу, дыхания нет, пульс не ощущим, лицо багрово-синее, вены напряжены.

4. Период разрешения припадка – происходит глубокий прерывистый вдох, изо рта появляется пена (иногда с примесью крови), дыхание становится регулярным, исчезает цианоз, женщина приходит в сознание, но сознание сумеречное, выражена амнезия. Продолжительность припадка 1,5–2 минуты.

Эклампсия крайне опасна даже при наличии одного припадка, так как в момент приступа может произойти кровоизлияние в жизненно важные центры мозга (прорыв крови в желудочки мозга).

Клинические формы эклампсии:

- отдельные припадки;
- серия судорожных припадков (статус экламптикус);
- бессудорожная (самая тяжёлая).

Экламптическая кома и постэкламптическая кома – результат тяжёлого гипоксического и метаболического повреждения мозга, проявляющегося ишемическим или геморрагическим инсультом, острым отёком мозга (который не удалось купировать) или диффузным сосудистым нарушением функций полушарий мозга, ствола или ретикулярной формации. В результате потери регулирующей функции мозга развиваются тяжелейшие дисфункции органов и систем, нарушается гемостаз. Иногда кома переходит в сопор. На фоне глубокого торможения психической активности могут иметь место отдельные элементы сознания и ответ на простейшие речевые команды или болевые раздражения.

Неблагоприятные прогностические признаки:

- гипертермия;
- расстройство дыхания;

- снижение АД;
 - анурия.
- Необходимо исключить:
- диабетическую кому;
 - уремическую кому;
 - печёночную кому;
 - острую гипертоническую энцефалопатию;
 - эпилепсию.

При необходимости действовать согласно клиническим рекомендациям оказания скорой медицинской помощи при коме неясного генеза.

Лечение

Оказание скорой медицинской помощи беременным с гестозом тяжёлой степени необходимо начинать как можно раньше на догоспитальном этапе оказания скорой медицинской помощи.

- Для фельдшерской бригады скорой медицинской помощи – вызов специализированной бригады скорой медицинской помощи.

- Катетеризация периферической и подключичной вен.
- Катетеризация мочевого пузыря.
- Пульсоксиметрия.
- Нейролептаналгезия.

С этой целью следует начать внутривенное или внутримышечное введение 2 мл 0,5%-ного раствора диазепама и 1 мл

мл; при его отсутствии – трисоля или дисоля в количестве 200–250 мл. Объём инфузионной терапии при гестозе тяжёлой степени, преэклампсии и эклампсии не должен превышать 600–800 мл (при сохранённом диурезе!).

Для улучшения реологических свойств крови в/в капельно вводят декстраны – 400 мл реополиглюкин, реоглюман или рондек.

При выраженной тахикардии применяют сердечные гликозиды: 0,5–1 мл 0,05%-ного раствора строфантина-К или 0,5–1 мл 0,06%-ного раствора ландыша гликозида в/в в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида.

В конце инфузии в/в струйно вводят 10 мл 2,4%-ного раствора аминафиллина.

При отсутствии эффекта от проводимой терапии у беременных с гестозом тяжёлой степени применяют диуретические препараты. На фоне инфузионной терапии вводят фуросемид в дозе 20–40–60–80 мг в зависимости от нарушений водно-солевого обмена и симптомов отёка мозга.

Лечение гестоза проводят на фоне обязательной ингаляции кислородно-воздушной смеси.

Лечение при эклампсии состоит в следующем: при возникновении экламптического приступа беременную, утратившую сознание, необходимо уложить на бок

Оказание скорой медицинской помощи при эклампсии и преэклампсии

Клинические рекомендации (протоколы)

2,5%-ного раствора прометазина (или 2 мл 1%-ного раствора дифенгидрамина); в/м или в/в 2 мл 0,25%-ного раствора дроперидола (под контролем АД!). Нейролептаналгезию можно усилить введением 1 мл 2%-ного раствора тримеперидина или 1 мл 0,005%-ного раствора фентанила.

Внутримышечно вводят 3-4 мл 1%-ого раствора бендазола и 2–4 мл 2%-ого раствора папаверина (В, 2+).

Необходимо начать введение 25%-ного раствора магния сульфата по одной из ниже приводимых схем. Магния сульфат оказывает успокаивающее действие на ЦНС и уменьшает судорожную готовность, оказывает гипотензивное и диуретическое действие.

По схеме Бровкина: в/м 24 мл, что соответствует 6 г сухого вещества 25%-ного раствора магния сульфата, 4 раза через 4 часа. Препарат вводят вместе с 5 мл 0,5%-ного раствора лидокаина в верхненаружный квадрант ягодицы длинной иглой обязательно на фоне предварительной нейролептаналгезии (диазепам, дроперидол, дифенгидрамин), так как боль может спровоцировать приступы эклампсии (В, 2+).

Первую инъекцию 25%-ного раствора магния сульфата можно сделать в/в в количестве 10–12 мл на 200 мл изотонического раствора натрия хлорида, а последующие инъекции – в/м; скорость в/в введения препарата 16–18–30 капель в минуту.

В качестве гипотензивных средств при оказании скорой медицинской помощи женщинам с гестозами могут быть использованы следующие препараты: под язык гидралазин по 0,01 г или пропранолол по 0,01 г, или клонидин в таблетках по 0,000075 г, или 0,00015 г. При АД 160/100 мм рт.ст. и выше клонидин может быть использован п/к, в/м или в/в в дозе 0,5-1 мл 0,01%-ного раствора, для внутривенного введения раствор клонидина разводят в 10–20 мл изотонического раствора натрия хлорида (В, 2+).

С целью профилактики гипоксии внутриутробного плода вводят 3 мл 5%-ного раствора аскорбиновой кислоты и 5 мл 5%-ного раствора унитиола в 20 мл 40%-ного раствора декстрозы.

Обязательным компонентом лечения тяжёлых форм гестоза является инфузионная терапия. С этой целью в/в капельно целесообразно введение: мафусола 400

(желательно правый), запрокинуть голову назад для предотвращения западения языка, ввести резиновые или пластмассовые воздухопроводы, удалить изо рта пену (иногда с примесью крови), произвести ингаляцию кислорода и воздуха через маску. Оксигенацию при дыхательной недостаточности у беременных с тяжёлыми формами гестозов следует проводить с осторожностью. При выраженной острой дыхательной недостаточности необходима интубация, отсасывание секрета из трахеи и бронхов, ИВЛ в режиме гипервентиляции (при СО² – 20–22 мм рт.ст.). Для проведения ИВЛ необходимо вызвать специализированную бригаду скорой медицинской помощи.

После окончания приступа обследование беременной следует проводить только в условиях нейролептаналгезии. Если нейролептаналгезия не была проведена до начала эклампсии, после припадка следует ввести 2 мл 0,5%-ного раствора диазепама; 2–4 мл 0,25%-ного раствора дроперидола, 2 мл 2,5%-ного раствора прометазина (или 2 мл 1%-ного раствора дифенгидрамина), 1 мл 2%-ного тримеперидина в/в или в/м; дать наркоз закистью азота с кислородом.

Нейролептаналгезия ослабляет судорожную форму гестоза и предупреждает развитие следующего приступа.

Необходимо выяснить акушерскую ситуацию: общее состояние больной (частота пульса, дыхание, цифры АД на одной и второй руке, наличие отёков, степень их выраженности, срок беременности, наличие (отсутствие) схваток, форму матки, наличие локальной болезненности при пальпации матки, наличие шевеления и сердцебиения плода, наличие кровянистых выделений из половых путей.

После купирования приступа судорог необходимо начать лечение гестоза (магния сульфат, реополиглюкин).

Введение магния сульфата сочетают с введением препаратов, уменьшающих вазоконстрикцию сосудов: бендазол 1%-ный – 3–6 мл и папаверин 2%-ный – 2–4 мл, дротаверин 2%-ный – 2 л.

Одновременно больную проводят инфузионную терапию: мафусол 400–450 мл в/в капельно или 500 мл любого полиионного раствора: лактосоль или трисоль, или лактосоль 250 мл, или трометамол 500 мл, или 500 мл 5%-ного раствора декстрозы под контролем диуреза, так как при тяжёлых

гестозах развивается острая почечная недостаточность.

Для улучшения реологических свойств крови ввести 400 мл реополиглюкина.

Если на фоне введения спазмолитических средств, магния сульфата, инфузионной терапии у беременной (роженицы) сохраняются высокие цифры артериального давления, вводят 10 мл 2,4%-ного раствора аминофиллина в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида.

Из других гипотензивных средств можно ввести п/к, в/м или в/в клонидин 0,01% 0,5–1,0 мл. Препарат вводят под контролем АД, в первые минуты введения возможно кратковременное повышение АД! При введении совместно с нейролептиками клонидин усиливает их седативное действие.

Для снижения АД у беременных (рожениц) целесообразно использование препаратов для управляемой артериальной гипотензии: 5%-ный азаметония бромид – 0,5–1 мл в/м или в/в в 20 мл изотонического раствора натрия хлорида или 5%-ого раствора декстрозы.

У некоторых больных с эклампсией развивается острая дыхательная недостаточность. Лечебные мероприятия при острой дыхательной недостаточности направлены на:

- восстановление и обеспечение проходимости дыхательных путей, при необходимости – их дренирование
- улучшение альвеолярной вентиляции и лёгочного газообмена
- улучшение гемодинамики, борьбу с сердечно-сосудистой недостаточностью.

У больных с эклампсией может развиваться острая сердечная недостаточность. Для борьбы с ней вводят сердечные гликозиды: 0,25–0,5–1 мл 0,05 раствора строфантина-К или 0,5–1мл 0,06%-ного раствора ландыша гликозида.

Что нельзя делать

Попытка быстрой транспортировки больной с судорожной формой гестоза без предварительной нейролепсии или нейролептаналгезии и предварительного лечения гестоза только усугубляет состояние больной и исход заболевания.

Дальнейшее ведение пациента:

- во всех случаях гестоза обязательна незамедлительная госпитализация беременной в акушерский стационар: при нетяжёлом течении заболевания – в отделение патологии беременных, при тяжёлом – в акушерское реанимационное отделение;
- в случае транспортировки беременной с преэклампсией или эклампсией целесообразно сообщить в соответствующий стационар;
- предпочтительна медицинская эвакуация силами специализированной бригадой скорой медицинской помощи;
- транспортировка на носилках.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СтОСМП)

После доставки в стационар пациентка сразу направляется в специализированное отделение, минуя СтОСМП.

Николай РУХЛЯДА, руководитель отдела гинекологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи им. И.И.Джанелидзе.
Бюзанд АРАКЕЛЯН, заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи Александровской больницы Санкт-Петербурга.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

Уровни доказательств	Описание
1++	Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведённые метаанализы, систематические или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Метаанализы, систематические или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведённые исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
A	По меньшей мере один метаанализ, систематический обзор или РКИ, оценённые как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов, или группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оценённые как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оценённые как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оценённые как 2+

Оказание скорой медицинской помощи при кардиогенном шоке
Клинические рекомендации (протоколы)

Определение

Кардиогенный шок (КШ) – самый тяжёлый вариант острой левожелудочковой недостаточности, связанный со значительным повреждением миокарда левого желудочка. Характеризуется тяжёлой гипотензией (САД < 80 мм рт.ст.) (у пациентов с гипертензией в анамнезе цифры АД могут быть выше), продолжающейся более 30 минут, выраженным снижением сердечного индекса (обычно < 1,8 л/мин/м²) и повышенным давлением наполнения (ДЗЛА > 18 мм рт.ст.), что ведёт к органной гипоперфузии. Часто сочетается с кардиогенным отёком лёгких.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
R57.0	Кардиогенный шок

Этиология и патогенез

Основная причина (80%) КШ – острый инфаркт миокарда с поражением 40% объёма сердечной мышцы. Механические осложнения ИМ составляют остальные 20% – острая митральная недостаточность (разрыв надрыв папиллярных мышц), разрыв миокарда с дефектом межжелудочковой перегородки или тампонадой перикарда, изолированный инфаркт правого желудочка, острая аневризма или псевдоаневризма сердца. Возможной причиной может быть также резкое снижение преднагрузки вследствие гиповолемии.

В 80-90-е годы считалось, что частота КШ при ИМ доходит до 20%, данные последних лет – 5-8%.

Факторы риска

Передняя локализация ИМ, пожилой возраст, анамнез перенесённого ИМ, сахарного диабета, ХСН, систолическая дисфункция ЛЖ.

При КШ происходит активация симпатической нервной системы, системного воспаления, выброс провоспалительных цитокинов, вазодилатация с нарушением

системной перфузии, увеличение потребности миокарда в кислороде, нарушение диастолической релаксации ЛЖ, способствующее отёку лёгких и гипоксемии, повышение общего периферического сопротивления сосудов с усилением постнагрузки, задержка жидкости из-за сниженного почечного кровотока и увеличения преднагрузки, замедление тканевого кровотока, сгущение крови, склонность к тромбообразованию, всё это за счёт формирования порочных кругов ведёт к прогрессирующей дисфункции миокарда и смерти.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Клиническая картина

Системная артериальная гипотензия, снижение пульсового АД < 20-25 мм рт.ст. Тахикардия > 100 или брадикардия < 40, нитевидный пульс, одышка, признаки гипоперфузии – нарушения сознания, холодные конечности, мраморность, бледность, влажность кожных покровов, олигурия (< 20 мл/мин), ацидоз; слабый пульс, глухие тоны сердца, застой в лёгких – влажные хрипы в базальных отделах, возможно сочетание с отёком лёгких.

Следует отметить, что у пациентов артериальной гипертензией САД может превышать уровень 80-90 мм рт.ст.

Дифференциальный диагноз

Инфекционно-токсический шок, расхождение аорты, тахи- или брадиаритмический шок, вазовагальная гипотензия, анафилаксия на лекарства или другие аллергены, ТЭЛА.

Диагностика и лечение

- Осмотр и объективное исследование:
- оценка общего состояния и жизненно важных функций – сознание, дыхание, кровообращение;
- психический статус (адекватность, возбуждение, тревога);
- кожные покровы (бледность, влажность);

- пульс (правильность, наполнение, регулярность, частота, наличие дефицита при аритмии);
- АД – на обеих руках, в положении лёжа;
- перкуссия – наличие укорочений, коробоного звука, тимпанита;
- аускультация сердца – шумы, акценты, ритм галопа;
- аускультация лёгких – наличие застоя (влажные мелкопузырчатые хрипы в базальных отделах, не исчезающие при откашливании), подсчёт ЧДД.

Инструментальные исследования

Регистрация ЭКГ покоя в 12 отведениях – признаки ИМ, как правило, Q-тип, распространённые очаговые изменения, при ИМ правого желудочка – элевация сегмента ST в отведении V4R.

При использовании портативного эхокардиографа (в реальных условиях нашей страны – перспектива ближайших лет), можно непосредственно оценить глобальную систолическую и диастолическую функцию ЛЖ, наличие зон гипокинезии, механические причины КШ, выпот в полости перикарда.

Крайне важно проведение экспресс-теста на тропонин для исключения ишемического повреждения миокарда.

Лечение

Цель – повышение АД и экстренная до-ставка в стационар.

Пациента уложить, ножной конец приподнять.

Оксигенотерапия (при уровне сатурации O2 < 90% – ингаляция 40-60% кислородом 4-8 л/мин через маску, титруя концентрацию до Sp O2 > 90%) (С, 2+).

При отсутствии застоя в лёгких и признаках гиповолемии – быстрая инфузия 200 мл физиологического раствора хлорида натрия 200 мл за 10 минут. Возможно повторное введение при необходимости до достижения суммарного объёма 400 мл (С, 2+).

Для подъёма АД – вазопрессоры (желательно введение через дозатор) (С, 2+):

– допамин с начальной скоростью 2-10 мкг/кг/мин. При отсутствии эффекта скорость увеличивается каждые 5 минут до 20-50 мкг/кг/мин. Эффект наступает быстро, в первые минуты, но при прекращении инфузии длится 10 минут. Стандартный раствор готовится путём добавления 400 мг допамина к 250 мл 0,9%-ного раствора хлорида натрия, что даёт концентрацию 1600 мкг на 1 мл. Не смешивать со щелочными растворами! При отсутствии дозатора начальная скорость введения 4-8 капель в минуту. Инфузию прекращать постепенно. Дозы до 5 мкг/л/мин улучшают почечный кровоток, 5-10 мкг/л/мин обеспечивают позитивный инотропный эффект, свыше 10 мкг/л/мин вызывают вазоконстрикцию. Допамин может увеличивать потребность миокарда в кислороде. Побочные эффекты – тахикардия, нарушения сердечного ритма, тошнота, усугубление ишемии миокарда. Противопоказания – феохромоцитомы, жизнеопасные желудочковые нарушения ритма (фибрилляция желудочков, желудочковая тахикардия);

– добутамин – 250 мг лиофилизата растворяют в 10 мл 0,9%-ного раствора хлорида натрия, доразводят до объёма 50 мл и добавляют в 200 мл 0,9%-ного раствора хлорида натрия, инфузия со скоростью 2,5-10 мкг/кг/мин с увеличением её при необходимости на 2,5 мкг/кг/мин до максимальной 20 мкг/кг/мин (без инфузомата начать с 8-16 капель в минуту). Эффект развивается через 1-2 минуты, при остановке продолжается 5 минут. Добутамин обладает отчётливым позитивным инотропным эффектом, он снижает сосудистое сопротивление в малом круге кровообращения, мало влияя на общее периферическое сопротивление.

Основное показание к применению – кардиогенный шок с отёком лёгких. При появлении тошноты/рвоты, нарушений сердечного ритма скорость инфузии допамина/добутамина необходимо уменьшить.

При отсутствии эффекта от допамина/добутамина, прогрессирующей гипотонии с САД < 80 мм рт.ст. возможно введение адреналина (эпинефрин) в дозе 2-4 мкг в минуту в виде инфузии (С, 2+) или норадреналина (с учётом понимания того, что последний усугубляет вазоконстрикцию) – 0,2-1,0 мкг/кг/мин внутривенно капельно.

(Окончание следует.)

– **Алексей Владимирович, вы сказали, что ряд образовательных программ в высшей медицинской школе устарели. Содержательно или по форме преподавания?**

– И в том, и в другом плане. До сих пор в подготовке будущих врачей мы основываемся на научных и клинических школах, хотя должны строить образовательный процесс не только с позиций медицины, основанной на доказательствах, но и образования, основанного на доказательствах. Иными словами, применять не те образовательные технологии, которые какой-то конкретный университет или отдельный преподаватель считают лучшими, а брать на вооружение подходы, состоятельность которых научно обоснована. Классическая научно-медицинская школа – это содержание, а технология преподавания – форма. Мы считаем возможным и необходимым примирить классику с современностью.

Кстати, отвлекаясь от программы развития университета на общетрасовые проблемы, замечу: возможно и необходимо примирить традиционные, не поддающиеся пересмотру основы клинической медицины с современными клиническими рекомендациями, утверждаемыми Минздравом. Российские клинические рекомендации не должны быть прямым переводом европейских или американских гайдлайнов, поскольку многочисленные научные исследования доказывают, что есть особенности эпидемиологии и течения заболеваний в зависимости от климатогеографических, социально-экономических условий проживания человека, не говоря об этногенетических особенностях.

Учитывая многонациональный состав нашей популяции, мы не должны слепо переносить то, что считается адекватным в медицине США, в практику российского здравоохранения. В пределах РФ есть этногенетические различия, предопределяющие разницу в распространённости и патогенезе ряда патологий у жителей европейских территорий и населения Крайнего Севера. Существуют эндемичные по заболеваниям регионы, есть особенности эффективности препаратов в разных этнических группах пациентов, что необходимо учитывать в качестве разработанных клинических рекомендаций.

– **Раз уж мы коснулись клинических рекомендаций, медиуниверситеты должны участвовать в их разработке?**

– К сожалению, пока их роль в разработке невелика, приоритет отдан профессиональным враческим ассоциациям. Вузам, которые готовят специалистов для системы здравоохранения своего региона, качественные клинические рекомендации нужны для погружения их в образовательный процесс, чтобы выпускать хорошо подготовленных врачей. Мы даём студентам знания об этногенетике патологий, а затем, придя работать в больницы, они видят клинические рекомендации, где такие особенности вообще не учитываются. Разве это нормально?

– **Руководство КрасГМУ в качестве обоснования программы развития обозначило текущие вызовы, которые стоят перед вузом: технологическое, академическое, инновационное отставание. Не является ли это преувеличением, ведь университет всегда числился в числе успешных?**

– Он таким и остаётся в рейтинге медицинских вузов – на уровне выше среднего. Но тактика азбука любого стратегического планирования: для того, чтобы построить правильную модель развития, мы должны были провести SWOT-анализ факторов внутренней и

внешней среды. Без правильной идентификации своих слабых и сильных сторон, внутренних возможностей и внешних угроз вряд ли можно было правильно выстроить стратегию развития, потому что надо на старте понимать, что именно мы хотим преодолеть и чего достичь.

– **При этом университет не питает иллюзий: одним из вызовов обозначено возможное снижение поддержки иници-**

органов, потому что противоречит действующему законодательству.

Мы нашли легитимный способ сотрудничества КрасГМУ с правительством и Законодательным собранием Красноярского края – заказ краевого бюджета на подготовку специалистов для региональной системы здравоохранения сверх госзадания формируется в виде грантов для студентов, которые благодаря такой финансовой поддержке

ализовать те проекты, которые презентуем коллективу, коллегам и партнёрам.

– **В программе развития КрасГМУ пять приоритетных проектов.**

Первый – развитие медицинского добровольчества. Разве волонтерство не порождено пандемией и не завершится с её окончанием?

– Здесь ключевое слово – «медицинское». То, о чём вы гово-

ребят произошёл значительный рост числа привитых.

Для самих волонтеров огромный плюс медицинского добровольчества заключается в том, что они развивают коммуникативные навыки, которые им пригодятся в работе с пациентами. А главное, став врачами, они точно не будут антивакцинаторами, несущими зло.

Наконец, мы считаем, что в медицинское волонтерство должны

Ориентуры

Возможности сильнее угроз

Подготовка врачей должна быть качественной по сути и современной по форме



атив и деятельности вуза со стороны федеральных и региональных органов власти. В таком случае как вы сможете реализовать программу развития?

– К сожалению, до сих пор законодательно не обозначена возможность взаимодействия федеральных учебных заведений, расположенных в субъектах РФ, с региональными органами власти, хотя этот вопрос давно стоит в повестке, и нам обещают, что необходимый закон вот-вот будет принят. Я считаю, что «региональные» университеты, пусть даже они федерального подчинения, должны иметь возможность получать финансовую поддержку своих инициатив от субъектов РФ. Речь не идёт о том, что закон должен вменить регионам в обязанность финансировать вузы, которые фактически находятся в подчинении федеральных министерств. Но следует разрешить им это делать в случае их желания и возникшей необходимости. К примеру, если администрация субъекта РФ считает, что ситуация с подготовкой кадров для региональной медицины, для системы школьного образования требует корректировки, то есть нужно увеличить набор абитуриентов сверх федерального госзадания, они должны иметь право принимать финансово-экономические решения в этом направлении. Сегодня, если подобные события происходят, они вызывают обоснованные вопросы у правоохранительных

В ноябре следующего года Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф.Войно-Ясенецкого будет отмечать 80-летие. Не дожидаясь этой даты, в рабочем порядке (чтобы не превратить большое и важное дело в обычный юбилейный пафос), руководство вуза презентовало программу развития КрасГМУ-2030. За оставшиеся девять лет предстоит достичь стратегической цели – создать университет нового уровня. Звучит смело, если не сказать дерзко.

– **Университет нового уровня – не словесное клише, в эту фразу мы вкладываем конкретный смысл. А именно, совершенствование образовательного процесса таким образом, чтобы обучение в медицинском вузе было качественным по сути и современным по форме. Чего греха таить, многие нынешние образовательные программы сформированы ещё в XX веке, они не рассчитаны на появление новых медицинских специальностей. Можно и нужно сделать их адекватными потребностям не только сегодняшней медицины, но и на десятилетие вперёд. Мы считаем важным вовлечь в реализацию программы развития весь профессорско-преподавательский состав и обучающихся, чтобы в процессе преобразований каждый видел свою персональную роль, – поясняет ректор КрасГМУ, доктор медицинских наук, профессор Алексей ПРОТОПОПОВ. В беседе о программе развития 2030 мы говорим не только о том, каким видится обновлённый медицинский университет, но и о том, почему эти обновления необходимы, какими проблемами они порождены.**

поступают на внебюджет по целевому направлению и по окончании вуза должны приступить к работе в тех медицинских организациях, которые их направили. В основном это сельские районы края. Недавно я узнал, что нашу систему внедрили в Алтайском крае, и очень рад этому.

К сожалению, других законных форм прямого инвестирования регионального бюджета в образовательную деятельность или в инфраструктуру федерального вуза, работающего на данной территории, не существует. А что касается финансовой поддержки с федерального уровня, её снижение неизбежно, если будет сохраняться форсмажорная ситуация в виде пандемии. Между тем инфраструктура вузов, расположенных в регионах, не только не развивается, но и с трудом удерживается в нынешнем увядающем состоянии. Вот почему вопрос их поддержки необходимо решать как можно скорее. Мы постоянно говорим о необходимости обновления образовательной базы, о сертифицировании кампусов международными рейтинговыми инструментами, но от этих разговоров, ничем не подкреплённых, положение дел не меняется к лучшему.

Вероятно, в такой ситуации расчёт на собственные ресурсы – единственно правильный. Вкладывая в своё развитие внебюджетные средства вуза и доходы от его основной уставной деятельности, мы сможем ре-

шить – задействование студентов в работе колл-центров, в выполнении курьерской и иной работы – это волонтерство в общегуманистическом смысле. Мы же говорим о том, чтобы завести добровольчество в образовательный процесс, начиная с профориентации школьников, когда студенты-медики проводят профориентационную работу со старшеклассниками, что позволяет нам получать не случайных, а осознанных абитуриентов.

Далее, предусмотрена работа медицинских волонтеров с декретированными группами населения, в частности, в психоневрологических интернатах.

На недавнем заседании совета ректоров вузов Красноярского края региональное правительство предъявило нам претензию в том, что очень малая часть студентов в регионе вакцинирована против COVID-19. Я предложил силами наших волонтеров организовать встречи со студентами других университетов, чтобы будущие врачи рассказывали своим ровесникам об этом заболевании и о важности вакцинопрофилактики. Такая форма «агитации», когда не политики призывают людей прививаться, а равный обучает равного, имеет более доверительный характер. Тем более что многие из волонтеров КрасГМУ имеют опыт работы в «красных зонах». И вот мы уже получили хорошую обратную связь: в аграрном университете после визита наших

быть вовлечены иностранные студенты как из ближнего, так и дальнего зарубежья. Это один из способов их социализации в нашей стране, профилактики сложностей в межнациональных отношениях и предупреждения террористических угроз.

– **Разработка и внедрение сетевой интерактивной платформы для онлайн-обучения навыкам принятия решений в реальных клинических ситуациях – второй ключевой проект в программе развития. Подобных ресурсов для медицины уже создано немало, в чём принципиальное отличие вашей?**

– Наш «цифровой пациент» совсем иного вида. По замыслу, создание платформы предполагает аккумулирование очень большого числа клинических ситуаций и способов её разрешения. Спектр таких ситуаций самый широкий от бытовых травм и результатов лабораторных анализов до лечения хронических заболеваний и ведения пациента на постгоспитальном этапе. Мы можем смоделировать любую патологию любой степени сложности и предложить обучающимся варианты её решения.

Вероятно, мы привлечём в качестве партнёров-разработчиков красноярские немедицинские вузы.

– **Модернизация медицинского образования через внедрение индивидуальной образовательной траектории – третий проект. А такое вообще возможно в условиях, когда существует федеральный образовательный стандарт?**

– Мы говорим не об отмене стандарта, а о проектном обучении, что никак не противоречит сути нынешнего принципа образования. Проектное обучение уже стало нормой за рубежом, но пока не вписано в российские ФГОСы, у нас в стране углублённое изучение той или иной клинической дисциплины имеет статус факультатива. Между тем, такие факультативы очень востребованы нашими обучающимися, в том числе иностранными студентами. Внедряя модули проектного обучения, мы становимся привлекательными для иностранных граждан, которые, выбирая российский медицинский вуз, высказывают запрос на углублённое изучение того или иного предмета.

– **Вы уже дважды упомянули важность работы с иностран-**

ными студентами, это направление в программе развития КрасГМУ даже выделено как приоритетное. Почему? Не для того ли, чтобы за счёт мигрантов решить кадровый вопрос в первичном звене здравоохранения, как уже предлагали в федеральном Минздраве?

– Мы не ставим такую задачу, и региональная система здравоохранения перед нами такую задачу тоже не ставит. Рассчитываем на то, что образование, полученное в российском медуниверситете, наши зарубежные студенты будут применять на практике в своих странах.

А для чего мы создаём для них условия? Всё просто: есть госзадание по экспорту образовательных услуг, и, если такая задача перед нами поставлена, её нужно выполнять. Тем более, что обучение иностранных граждан – один из источников дополнительного финансирования для вузов. Другое дело, что не все российские медуниверситеты пока могут данные услуги предложить, всё-таки организовать обучение на английском языке для студентов из дальнего зарубежья не так-то просто. КрасГМУ такой опыт имеет.

– **Пятый приоритетный вектор КрасГМУ – научная деятельность в направлении диагностики и лечения заболеваний центральной нервной системы на принципах персонализированной медицины. Почему именно неврология, и в чём инновационность подходов, которые ваши учёные намерены предложить медицине?**

– Так сложилось исторически, что именно это направление научной деятельности стало главным для нашего университета. На сегодняшний день мы имеем все составляющие научного цикла от фундаментальных разработок в области нейронаук и заканчивая прикладными вопросами нейрореабилитации после перенесённого инсульта, удаления опухолей ЦНС.

У нас сложились коллаборации с двумя университетами Японии и рядом российских научных центров неврологии. Недавно КрасГМУ совместно с Якутским государственным университетом вошёл в состав научно-образовательного центра по изучению генетически обусловленной неврологической патологии. В Якутии большой медицинской проблемой является спиноцеребеллярная атаксия – гетерогенная группа наследственных нейродегенеративных заболеваний, которые развиваются преимущественно в трудоспособном возрасте. Как я уже говорил выше, любые заболевания, характерные для населения конкретного региона или конкретного этноса, всегда представляют большой интерес для науки.

Широкая опора на международное сотрудничество, на сотрудничество с федеральными и региональными российскими научными центрами позволяет нам позиционировать свои устремления в нейронауках как наиболее комплексные. Именно здесь КрасГМУ может предложить максимально короткий путь от фундаментальных исследований к прикладным разработкам и их внедрению в практическое здравоохранение.

В заключение хочу подчеркнуть, что предложенная нами программа развития университета до 2030 г. направлена на то, чтобы образовательный процесс стал ещё более интересен студентам, а это в итоге не может не сказаться на качестве молодых специалистов, которых мы выпускаем в здравоохранение.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

В медицине, как и в любой другой отрасли, есть особенные, стратегически важные звенья, без которых невозможно представить нормальное и эффективное функционирование всей системы в целом. Пожалуй, одно из лидирующих мест среди таких чувствительных «болевых точек» здравоохранения занимает скорая медицинская помощь, являющаяся чётким социальным маркером благополучия современного общества. Именно поэтому развитию и модернизации службы скорой медицинской помощи традиционно уделяется колоссальное внимание на всех уровнях. Однако откровенно сложная специфика данной работы, особенности условий труда, непрерывный круглосуточный формат исполнения служебных обязанностей, во многом объясняют причины серьёзного кадрового дефицита в системе СМП, который отмечается во всех регионах страны.

Несмотря на позитивные организационные преобразования в региональной системе оказания urgentной медицинской помощи, активное внедрение интерактивных и телекоммуникационных технологий в данную работу, существенное расширение и обновление технопарка, вопрос о нехватке профессиональных медицинских кадров в структуре тверской «скорой» по-прежнему остаётся весьма актуальным. Особенно остро и болезненно он проявляется сегодня, когда весь мир переживает тяжёлую массовую эпидемию коронавирусной инфекции, а основная нагрузка в её ликвидации легла на плечи медицинских работников. Специалисты СМП чаще всего первыми сталкиваются с инфицированными пациентами. Востребованность и откровенная нехватка ценных кадров в звене скорой медицинской помощи в контексте сложной эпидемической ситуации приобрела ещё большие масштабы и значение.

Тверской ГМУ, тесно и неразрывно связанный с практическим здравоохранением Верхневолжья, на сегодняшний день является главной образовательной базой региона по подготовке квалифицированных врачей. Поэтому вуз, понимая стратегическую важность данной проблемы и её чрезвычайное значение для населения, обратился к правительству области с конкретными предложениями и вариантами оптимального решения ситуации.

Новые подходы

В Национальном медицинском исследовательском центре травматологии и ортопедии им. Г.А.Илизарова провели первую в регионе операцию по установке искусственного межпозвонкового диска.

Нейрохирурги взяли на вооружение технологию по замене дегенерирующего межпозвонкового диска на искусственный имплантат. Первым пациентом, прооперированным по новой методике, стал 22-летний Расул Ахьядов из Чеченской Республики. Молодой человек более шести лет страдал прогрессирующими болями в поясничном отделе позвоночника. Проведённая операция по удалению межпозвонковой грыжи не остановила дегенеративные изменения, болевой синдром усиливался. Из-за постоянной боли он не мог пройти более 5 м.

«Сейчас чувствую себя отлично, могу лежать в любом положении, боли прошли. В планах вернуться к спорту. Я с самого детства играю в футбольной команде, даже участвовал в соревнованиях. Но из-за грыжи пришлось прекратить», – говорит Расул.

Стоит отметить, что операции по установке искусственного

Инициатива

Стратегически важное звено

Новая кафедра скорой медицинской помощи Тверского ГМУ поможет региону в борьбе с COVID-19

Первый и важный шаг, который предприняла администрация Тверского ГМУ в свете решения обсуждаемой проблемы тверского здравоохранения, сделан на заседании учёного совета в октябре 2021 г. – в университете впервые открыта самостоятельная кафедра скорой медицинской помощи и медицины катастроф, которую возглавил молодой учёный, лауреат премии Правительства области, доктор медицинских наук, профессор Сергей Жуков.

Основной задачей новой кафедры станет сложный и кропотливый процесс качественной первичной подготовки профессиональных специалистов высшего звена в области скорой и неотложной медицинской помощи, которые пополнят и укрепят штаты врачей на подстанциях СМП в Твери и населённых пунктах области. Вторым аспектом работы данной кафедры будет организация на её базе обязательной профессиональной переподготовки опытных и задействованных в системе здравоохранения врачей, которые обязаны непрерывно повышать свою квалификацию на протяжении всей своей профессиональной деятельности. До этого времени регулярные профильные циклы специализированной учёбы тверские врачи СМП были вынуждены проходить за пределами нашей области, чаще всего в Москве или Санкт-Петербурге, что требовало дополнительных затрат времени и финансов. Теперь данный вопрос будет решаться гораздо проще и быстрее на базе Тверского ГМУ.

Буквально на следующий день после открытия, новая кафедра приступила к своей непосредственной работе. С.Жуков в



кратчайшие сроки собрал профессиональный педагогический коллектив, в состав которого вошли опытные врачи-практики разных специальностей – анестезиологи-реаниматологи, кардиологи, терапевты, организаторы здравоохранения. Эта мультидисциплинарная команда позволит обеспечить квалифицированную теоретическую и, что особенно важно, качественную практическую подготовку будущих специалистов, ориентированных на готовность приступить к своим профессиональным обязанностям с первого дня после окончания обучения. Учитывая стремительно усложняющуюся эпидемическую обстановку с распространением коронавирусной инфекции и определённые трудности в обеспечении врачебными кадрами медицинских учреждений, задействованных в лечении пациентов с COVID-19, сотрудники новой кафедры, а

также проходящие здесь обучение ординаторы и врачи готовы предложить свои профессиональные услуги и пополнить ряды медиков, борющихся с опасной инфекцией.

По мнению ректора университета профессора Леси Чичановской, открытие новой, чрезвычайно важной для всего тверского здравоохранения кафедры в стенах вуза является долгожданным событием. Оно позволит решить массу насущных и актуальных проблем, значительно расширит образовательный спектр последипломной подготовки врачей, откроет новые горизонты для научной деятельности, а также будет иметь немаловажное значение в плане реальной помощи Верхневолжью в борьбе с коронавирусной инфекцией.

Максим СТРАХОВ,
внест. корр. «МГ»,
кандидат медицинских наук.

Тверь.

Космические технологии в хирургии



межпозвонкового диска показаны для молодых, активных пациентов и даже для профессиональных спортсменов.

«Это можно назвать либо физиологической хирургией, либо активной хирургической реабилитацией. Суть в том, что молодым пациентам трудоспособного возраста,

которые ведут активный образ жизни, максимально сохраняют амплитуду физиологических движений после операции. Пациенты не нуждаются в длительной реабилитации, и могут быстро вернуться к привычному образу жизни, и даже заниматься активными видами спорта», – подчёркивает

и.о. директора центра кандидат медицинских наук Александр Бурцев. Протез диска представляет собой две титановые пластины, между которых расположено ядро, состоящее из эластичного полимера. Специалисты уточняют – при создании данного девайса были использованы передовые космические технологии.

«Этот диск имитирует весь спектр движений обычного нормального человеческого диска во всех шести плоскостях, что подтверждено исследованиями. Мы впервые смогли имплантировать искусственный диск поясничного отдела позвоночника пациенту молодого возраста, чтобы он в ближайшее время смог вернуться к активному ритму жизни», – отметил руководитель клиники патологии позвоночника и редких заболеваний центра кандидат медицинских наук Алексей Евсюков.

Алексей ПИМШИН,
МИА Cito!

Курган.

Судя по архивным документам, первое упоминание о лечебном учреждении в тогдашнем посаде Климов относится к 1914 г. Размещалось оно у железнодорожного вокзала, было в ней всего два больничных места, а весь персонал состоял из врача, двух фельдшеров, двух акушерок и дантиста.

Однако местные краеведы утверждают, что в тогдашнем Ново-зыбковском уезде ещё в 1883 г. было открыто 4 врачебных участка, в том числе и в посаде Климов. Земская медицина бурно развивалась во всей стране, и Климовский врачебный участок имел амбулаторные пункты в Белом Колодце, Великой Топали, Лакомой Буде и Сытой Буде. Заведовал же в то время медицинским участком коллежский ассessor Валентин Разумовский. По распоряжению земства он организовывал оспопрививание, для чего в распоряжение доктора выделили 17 подготовленных помощников. Постоянно приходилось бороться также со скарлатиной, дифтерией, брюшным тифом и другими болезнями.

В.Разумовский работал на участке вплоть до начала Первой мировой войны, а в «Календаре Черниговской губернии на 1915 г.» уже говорится о работающем в Климове докторе Петре Высоцком. Вместе с земским врачом население обслуживали фельдшер Татьяна Высоцкая, акушерка Анна Скорнякова и повивальная бабка.

Именно доктор устроил в Климовской земской больнице лабораторию для проведения химико-бактериологических анализов. Причём необходимое для этого оборудование и препараты Пётр Адамович приобрёл за свой счёт. Активно занимался он и акушерством, на что земство выделяло ему командировки и выдавало необходимые денежные средства. Содержит «Врачебно-санитарная хроника Черниговской губернии» и сведения об участии Климовских медиков в Первой мировой войне. Много ещё буйных ветров пролетело над этой древней землёй, пока не наступила эпоха Анатолия Галькевича.

Больше 30 лет руководил районным здравоохранением этот неординарный человек. До Климова он работал заведующим в родильном отделении Севской ЦРБ. Затем там же – заместителем главного врача. Когда молодому специалисту предложили пойти на повышение – стать главным гинекологом в областном Департаменте здравоохранения или главным врачом районной больницы, выбрал второе. Причём предложили возглавить даже 2 больницы – Севскую либо Климовскую. Выбрал вторую. На тот момент в её состав входили 3

Перемены

Это вовсе не отговорка

Долгий век Климовской медицины Брянщины



В.Жарков

участковые больницы и 34 ФАПа.

Как рассказали корреспонденту «МГ» знавшие бывшего главврача люди, Анатолий Иванович обладал незаурядными организаторскими способностями. Именно по инициативе Галькевича были возведены детский врачебный корпус, пристройка к травматологическому отделению, практически заново отреставрировали здание клинической лаборатории. Сделали также пристройку к молочной кухне, переходную галерею, пищеблок со столовой. Главный врач добился реконструкции бывшей котельной под отделение восстановительной терапии, газификации больницы, строительства ряда фельдшерско-акушерских пунктов.

Отдельная история – это строительство дома медиков. Главный врач построил его, как говорится, хозспособом, не привлекая денежные средства из районного и областного бюджетов. Таким образом ему удалось разом избавиться от многолетней проблемы по обеспечению жильём медицинских работников. Недаром же за многолетнюю эффективную работу ему было присвоено звание Заслуженного врача РФ, наградили руководителя и орденом Почёта.

К слову, навыки толкового управленца были востребованы и в общественной работе. Так, многие годы А.Галькевич был в числе депутатов районного Совета,

не раз избирали его депутатом областной Думы. Именно Анатолию Ивановичу пришлось, возглавляя в областном законодательном собрании комитет по здравоохранению, «пробивать» вопросы жизнеобеспечения медицины региона в нелёгкие 90-е годы минувшего столетия.

Нынче Климовскую ЦРБ возглавляет Вадим Жарков. Выпускник Смоленского государственного медицинского института, он после окончания лечебного факультета и интернатуры вернулся в родной посёлок и прошёл нелёгкий путь до должности руко-

водителя медицинской службы района. Кроме лечебных отделений и поликлиник районного центра на периферии находятся ещё 3 врачебные амбулатории и 30 ФАПов.

Район издавна находился на стыке трех бывших республик тогдашнего СССР. Ныне это – отделение государственного, например, у Чуровичей приезжающих встречает указатель о расположенной неподалеку государственной границы с Украиной.

Вадиму Енинаровичу нет и 50 лет. Высокий, спортивный, он крепко по-мужски сжал мне в приветствии руку и сразу начал говорить о многотрудных делах во вверенном ему хозяйстве. А дел этих поистине непочатый край. Недавно здесь провели капитальный ремонт третьего этажа хирургического корпуса, детского отделения, помещений второго этажа гинекологического корпуса, рентгеновского кабинета детского поликлинического отделения... Отремонтировали также переходную галерею пищеблока, лестничные клетки поликлиники... Развернулись ремонтные работы в зданиях нескольких фельдшерско-акушерских пунктов. На проведение этих ремонтных работ областная казна «отстегнула» около 16 млн руб. Приобретено также немало нового медицинского оборудования. Пополнили автомобильный парк Климовской ЦРБ и 6 новеньких машин, пре-

имущества которых тут же оценили водители.

– Вообще, коллектив подобрался такой, что горы свернуть можно, – радуется главный врач. – Любое дело людям по плечу...

В коллективе Климовской ЦРБ работают 65 врачей и почти 300 специалистов среднего и младшего медицинского персонала. О своих многочисленных помощниках Вадим Енинарович говорит с большой теплотой, охотно перечисляя по памяти имена и фамилии. Так, начмедом работает терапевт Татьяна Чаусова, инфекционным отделением руководит Наталья Нефедова, участковыми педиатрами работают Александр Гулак и другие специалисты. В этом же лечебном учреждении работает и сестра главного врача Вероника Енинаровича. Всегда готовы прийти на помощь коллегам многоопытные ветераны Ольга Борисова и многие врачи. Чувствуется, что, умело дирижируя этим «оркестром» профессионалов, главный врач имеет к каждому свой подход, направляет работу лечебного учреждения. Так, во время нашей довольно продолжительной беседы он не раз обращался, например, за справками к своему заместителю по экономике Наталье Смеховой, да и к другим специалистам.

В селе Истопки корреспонденту «МГ» рассказали об уроженце этих мест, известном враче и поэте Владимире Васильченко. Прекрасный специалист, Владимир Васильевич проводил сложнейшие операции в области стоматологии и челюстно-лицевой хирургии во многих не только российских городах, но и зарубежья. И, приезжая в отпуск домой, неизменно привозил с собой портативный комплект инструментов и вёл приём односельчан в местном фельдшерско-акушерском пункте. Вот это, согласимся, подвижничество! Однако подобным отношением к делу отличаются и доктора Климовской ЦРБ. Гордостью местных врачей стало и хирургическое отделение, которым руководит Иван Неровный.

Как охарактеризовал своего преемника нынешний главный врач: «Классный хирург, порой такие чудеса творит...» Именно Ивану Николаевичу и его помощникам удалось не раз оперировать пациентов с ранениями в области сердца, буквально с

того света вытаскивать тяжёлых больных.

– Пришлось даже как-то в ходе оперативного вмешательства переставлять сухожилия с одного пальца на другой, – вспоминает хирург.

Был здесь случай, когда молодой парень ухитрился сам себе ампутировать топором руку. После грамотно оказанной первичной помощи конечность потом удачно «пришили» в областной больнице. Впрочем, подобных случаев немало и в практической работе выпускника Курского медицинского университета Романа Бадылевского.

– Для молодых важен именно профессиональный рост, – уверен Вадим Енинарович. – Говорят, дай молодым квартиры, и они останутся работать в глубинке... Это, безусловно, так. Но не совсем... В Климовской ЦРБ, например, почти все доктора имеют благоустроенное жильё. Строится и дом, в котором 11 квартир предоставят врачам. Но, будучи сам высококласным хирургом, главный врач своевременно позаботился и о профессиональном росте коллег. Именно ему принадлежит идея освоить в Климовской ЦРБ проведение лапароскопических оперативных вмешательств. Около 3 млн руб. выделили несколько лет назад из областного бюджета на приобретение необходимого медицинского оборудования. И теперь здесь, в этой глубинке, расположенной в трёхстах километрах от областного центра, успешно проводят такие операции.

Не забывают и о развитии сельской медицины. Так, просто не нарядуетс обновлению своего Могилеевского ФАПа заведующая Людмила Шумейко. «Что было и что есть – просто небо и земля», – говорит она.

Разительные перемены произошли и в Сачковичском, да и в других фельдшерско-акушерских пунктах.

Словом, провинция – это вовсе не отговорка. И в отдалённом районе Брянщины стремятся и умеют работать по-современному.

Василий ШПАЧКОВ,
собр. корр. «МГ».

Брянская область.

Опросы

Пандемия COVID-19 изменила не только наши реалии, но и отношение россиян к собственному здоровью. Об этом свидетельствуют результаты масштабного исследования, представленного практикующими врачами и экспертами в области здравоохранения на «круглом столе», посвящённом ответственному отношению к здоровью в условиях пандемии COVID-19.

Из более чем полутора тысяч респондентов в возрасте от 21 до 59 лет 72% оценили своё отношение к здоровью как ответственное, а 66% считают, что люди из их окружения также стали более тщательно подходить к вопросам здоровья во время пандемии.

Данные могут показаться удивительными, если не осознать, что участники опроса заботу о себе понимают, как соблюдение

За своё здоровье отвечаем не только мы

гигиенических мер и социальной дистанции. Именно так объяснили свой ответ 67% опрошенных.

Однако согласно определению ВОЗ, ответственное отношение к здоровью – это способность людей укреплять и поддерживать своё самочувствие, как при помощи работников здравоохранения, так и самостоятельно.

Надо сказать, что лёгкие недомогания многие предпочитают лечить, не обращаясь к врачу, считая, что сами способны оценить общее самочувствие в случае дерматологических заболеваний, лёгких расстройств ЖКТ, слабой и умеренной боли (в том числе в суставах), лечения и профилактики витамино- и минералодифицитных состояний, а также простуду, если

специалистами ранее исключена коронавирусная инфекция.

Исследование показало, что в случае таких недомоганий 59% обращаются к врачу в течение первой недели (45% в течение 3-7 дней, как рекомендует Центр профилактической медицины, а 14% посещают врача в первый же день).

Несмотря на то, что довольно большой процент опрошенных часто обращаются за медицинской помощью, только 37% всегда интересуются, почему врач выписал тот или иной препарат и только 16% обсуждают с ним профилактику и лечение. Причина, очевидно, в том, что 59% респондентов считает свой уровень медицинской грамотности достаточным.

Ответственное отношение к собственному здоровью также

включает в себя компоненты здорового образа жизни, такие как физическая активность и правильное питание, мониторинг состояния здоровья и раннюю диагностику, приверженность лечению, ответственность за правильный приём препаратов и их осознанный выбор в тех случаях, где это возможно.

Исследование показало, что значительное число россиян (66%) самостоятельно выбирают безрецептурные лекарственные средства. И только 46% респондентов ответили, что ведут здоровый образ жизни. Хотя больше половины опрошенных утверждают, что регулярно проводят с детьми беседы о ЗОЖ и одобряют введение подобных уроков в общеобразовательных школах.

Важно отметить, что наиболее ответственными к своему здоровью считают себя молодые люди до 24 лет (хотя они же, по мнению участников «круглого стола», чаще бросают начатое лечение), а вот россияне в возрасте 46-59 лет, которые находятся в потенциальной группе риска развития многих заболеваний, реже остальных прибегают к врачебной помощи, если симптомы сохраняются 7 и более дней.

На мероприятии обсуждались также вопросы обучения врачей психологическим аспектам общения с пациентами для достижения их большей комплаентности и эффективности лечения в целом.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Укрошение строптивых

Официальная история морских открытий свидетельствует, что Азорские острова с их горой Пико высотой 2351 м были открыты неким португальцем Диого из города Сильвеш, что на юге Португалии в Алгарве, которого, возможно, послал принц Генрих Мореплаватель, или Навигатор. Однако недавно историки Техасского университета написали в журнале PNAS, что викинги на своих дракарах, или лодьях с драконьими головами на носу, побывали на островах посреди Атлантического океана в промежутке времени между 700 и 850 годами. Вывод, сделанный американцами, был подтверждён результатами анализов придонных осадков озера на острове Пико.

Годом ранее Nature опубликовал обзор большой международной команды под руководством известного ДНК-«палеонтолога» Эске Виллерслева из Копенгагенского университета (он участвовал в прочтении генома денисовца, жившего в пещере на Алтае). В работе принимала участие и Александра Бужилова из МГУ, поскольку среди 442 исследованных скелетов были и русские «представители». Генетическая структура, выявленная учёными, показала, что Восточная Англия получили скандинавский «инфлюкс» из Дании, что привело к появлению печально известного «Данелау», или Данелаг – датского закона, по которому с англо-саксов взимались непомерные подати. Шведские варяги двигались в Прибалтику и в частности в Эстонию, где в одном из захоронений были обнаружены четыре брата! Норвежцы колонизовали Ирландию, а затем Исландию с её горячими источниками и потеплевшую на время южную Гренландию. В сагах, записанных одним из монахов в XIII веке, говорится также и о загадочном Винланде, где скандинавы увидели дикий виноград...

Интересная деталь, которую можно видеть на карте миграций викингов в Европе, распространявшихся по руслу рек. Геномщики отметили в костях скелетов

повышенную активность гена LCT, отвечающего за синтез фермента лактазы, то есть молочного сахара. Интересен и ген Ank A, кодирующий «якорный» белок клеточного цитоскелета анкирин, который очень важен для выростов и отростков мечниковских макрофагов, и вообще иммунного ответа организма. В своих далёких походах скандинавы сталкивались с необходимостью питаться непривычной пищей и пить далеко не всегда чистую воду. При осаде Парижа большая часть скандинавского воинства пострадала от дизентерии, поскольку пили воду Сены со сточными водами отнюдь не светлой Лютеции (так город парижан называл чуть ли не сам Юлий Цезарь).

На статью в Nature откликнулся National Geographic, отметивший, что викинги не были однородны в этническом отношении, и это слово скорее отражает их торговую пиратскую сущность, нежели национальность. Гены показали принадлежность скелетов людям, проживавшим в Шотландии и Польше, Украине и Руси, а также по берегам Балтии. Жаль, что археологи не нашли пока скелетов на канадском Ньюфаундленде, но зато они обнаружили весьма интересное свидетельство «неспокойствия» нашего дневного светила. Оно по всей видимости дало в 993 году мощную вспышку, которая привела к повышению концентрации радиоактивного C14 в атмосфере Земли. По крайней мере об этом свидетельствуют данные радиологической датировки, проведённой специалистами университета в голландском городе Гронинген. Голландцы оттапливались в своей работе от данных коллег, которые по брёвнам одной из швейцарских часовен «уловили вспышку 775 г. Тогда же случилось землетрясение на границе Китая и Кореи, на века «законсервировавшее» деревянные строения той эпохи.

В Гронингене с помощью современного масс-спектрометра, предок которого был использован при изучении Туринской плащаницы, исследовали три деревянных обломка (один от бальзамовой ели).

Они были «уступлены» физикам археологами, ведущими раскопки в знаменитом Лэнс-о-Мэдоуз, или «Зелёном заливе» («Луговой бухте», вспомните зелёный цвет карты в Nature). Поселение викингов было открыто в 1960 г., а совсем недавно на канадском острове открыли и старинную кузню, о которой было много сообщений. В Википедии приведена картинка реконструированного лонгхауза, от которого остался лишь фундамент из булыжника, в котором люди жили одной общей семьёй с очагом в центре. Лонгхауз покрывали сверху дёрном, защищавшим от дождя и одновременно от холода, а дёрн вырезали на лугу, откуда возможно и название.

Повышенное содержание C14 было выявлено в 29-м годовом кольце, которое и дало точную дату солнечной вспышки и год, когда дерево было срублено в 1021 г. Авторы полагают, что викинги были на Ньюфаундленде не «наскоком», а жили там в мирном соседстве с аборигенами беотуками. Но уже к XIII веку, когда записывались саги о Винланде, экспансия повернула вспять, и о викингах почти на 1000 лет в Европе забыли. Почему они, наводившие ужас на сонм народов, канули в вечность и небытие? Тому много причин, но одна из них может иметь большое значение для нас. Дело в том, что создание дракаров требовало неимоверного количества дубов, а сколько деревьев перевели на древесный уголь в кузнях, где ковали не только оружие, но и множество заклёпок для укрепления бортов скандинавских лодий. Так на дефорестацию Скандинавии наложились циклическое похолодание, которые «свели» варягов с исторической арены. И лишь археологи, геномщики и физики постепенно восстанавливают картину удивительного скандинавского «всплеска», похожего на солнечную вспышку. А может викинги в своих далёких походах столкнулись с «напастью», которая в силу особенностей их иммунного надзора привела к снижению сопротивляемости недугам. Правда есть версия, что пришедшая на север христианизация поспособствовала «укрошению строптивых»...

Неотъемлемая часть конкуренции

«Беспокоящие» варианты коронавируса действительно не дают покоя врачам и учёным (VOC – Variants Of Concern). Неудивительно на этом фоне, что их внимание привлекло сообщение сотрудников Университета Вандербильта (США), которые создали новые антитела с высокой потенциальной нейтрализации VOC альфа-дельта и распознавания их спайков. Для этого они с помощью крио-электронного микроскопа выявили очень консервативный эпитоп, или неизменный участок белковых «шпилек» вирусной оболочки. Это дало возможность идентифицировать в крови переболевших моноклональные антитела весьма широкого спектра анти-вирусного действия.

ВОЗ сообщила о создании новой группы экспертов с заданием всё же выяснить происхождение «нынешнего» коронавируса, о чём сообщил Scientist. Новость пришла на фоне сообщений о том, что

на севере Лаоса обнаружили летучих мышей Rhinolophus с коронавирусом, который генетически является ближайшим родственником COVID-19. Scientist задался и вопросом, что в иммунном ответе пациентов ухудшает тяжесть вирусного заболевания. Это важно на фоне того, что британская молодёжь проявляет весьма малый интерес к прививкам юношеским вариантом вакцин. Возможно, что нежелание тинэйджеров вакцинироваться как-то связано с мнением, что лёгкое инфицирование вирусом их как-то защищает от болезни. Подтверждение этому пришло из Гарварда, где выяснили, что перенесённая инфекция COVID действительно защищает макаков резус от реинфицирования вариантами вируса.

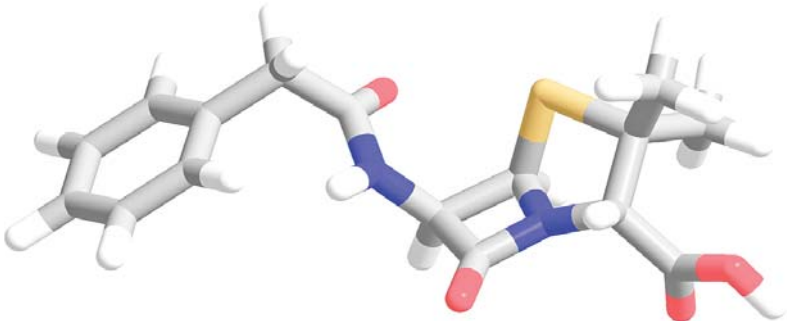
В далёком 2005 г. Каталин Карико и Д.Вейсмэн представили свой метод «защиты» вводимых в клетки РНК от реакции на них клеток первой – неспецифической – линии иммунной обороны (Immunity). Указанный подход лёг в основу создания двумя компани-

ями РНК-вакцин. Одна из них называется modeRNA (известна как «Модерна») и базируется рядом с Гарвардом в Кембридже близ Бостона, другая же основана в 1949 г. в Нью-Йорке и называется Pfizer. Scientist представил большой обзор сравнительных характеристик вакцин двух компаний, которые обе высоко эффективны.

Однако они отличаются липидными оболочками наночастиц, в полость которых помещается информационная, или modeРНК, несущая информацию о синтезе спайкового белка вируса. Результаты вакцинирования указанными продуктами показывают обретение несколько отличающейся, но всё равно высокой антительной концентрации, а также различие в реакции иммунных клеток (Т-лимфоцитов хелперов и натуральных киллеров). Специалистов должен заинтересовать этот обзор, иммунным же биоинженерам будет интересен данный метод получения самых разных вакцин уже в ближайшем будущем.

Обойти резистентность

Считается, что первым применил «секрет» грибка-кисте-вика с пальцами спор (откуда и название) Сесил Пэйн, педиатр университетской клиники в Шеффилде. Врач воспользовался слабо очищенным фильтратом пенициллинового грибка для лечения глазной инфекции двух грудничков. Фильтрат дал ему А.Флеминг, работавший в госпитале Св. Марии Лондона. Его открытие антибиотических свойств грибной плесени, убивающей бактериальные колонии на поверхности чашек Петри, и приоритет не были забыты Э.Чейном и Г.Флори, которые наладили получение пенициллина в лаборатории.



Молекула пенициллина с бета-лактамовым кольцом (жёлтая сера, синий азот и серый углерод)

В военном 1940 г. они чуть было не спасли от сепсиса лондонского констебля, который купил букет роз невесте и случайно уколол шипом губу в углу рта. Полисмен пошёл на поправку, и врачи радовались, что им удалось чудесным образом сбить температуру, но спасительного лекарства не хватило. В промышленных количествах производство антибиотика удалось за океаном, и он широким потоком пошёл в армию, чтобы спасти солдат и офицеров не только от гнойных осложнений ран, но и... сифилиса. Неудивительно, что все трое в победном 45-м были награждены Нобелевской премией.

Вскоре после войны было налажено и производство стрептомицина, долгие годы учёные читали, что с инфекциями покончено раз и навсегда, однако уже в начале 60-х годов всё активнее стали раздаваться голоса в связи с развитием госпитальных инфекций, в борьбе с которыми приходилось применять всё большие дозы антибиотиков. А затем во весь рост встала проблема антибиотиковой резистентности, то есть всё большего распространения бактериальных и коковых штаммов, то есть новых ответвлений микробного «ствола», представители которых могут даже питаться антибиотиками, добавляемыми в питательную среду. Одним из наиболее известных примеров является печально знаменитый MERS, или стафилококк, устойчивый к метициллину. Неудивительно, что на поиски и синтез новых антибиотиков тратятся большие ресурсы, что в конечном итоге сказывается на цене лекарств. Экзотическим примером является рапамин, выделенный из грибов, обитающих в почве Рапануи, или острова Пасхи.

Известно, что действующим началом пенициллина является его бета-лактамовое пятичленное кольцо (оно кстати необходимо для получения синтетического капролактама), в котором один из углеродов заменён на азот. С химической точки зрения лактам

представляет собой циклический амид органической – карбоновой – кислоты, который микроб использует при строительстве мембраны, получая вместо надёжной оболочки дырку, что и приводит к его гибели. Устойчивый штамм разрушает токсичный лактам с помощью фермента лактамазы, ген которой включается в присутствии антибиотика. Университет Шеффилда показал в журнале PNAS, что тиазолидиновое кольцо пенициллина G, содержащее помимо азота ещё и серу, успешно подавляет рост MERS.

Ещё одним примером удачного получения и открытия нового класса антибиотиков являются лекарства, атакующие бактериаль-

ные рибосомы, на которых идёт синтез протеинов. Речь идёт об открытых ещё в начале 60-х годов линкозамидах (ЛА), выделенных из стрептомицет в Небраске. Первым из одобренных к лечению был клиндамицин с хлором в аминокислоте сахара его молекулы. В отличие от бета-лактамов ЛА блокирует работу микробных рибосом, с помощью которых синтезируются белки на информационной РНК (иРНК). ЛА широко используются при лечении инфекций, вызываемых грамположительными стрептококками, а теперь и грамм-отрицательных акинетобактера и кишечной палочки E.coli. Последняя вызывает трудно излечимые инфекции мочеполовых путей, к клеткам слизистой которых, как установили в Цюрихском политехническом институте, «прикрепляются» с помощью белка фимбрий – «бахромы» – Fim. Его цепь на одном конце имеет домен лектин-связывания с поверхностью эпителия, а на другом пилин (от pilus – «копё»). С помощью которого клетка палочки получает доступ в клетку. Кстати в Калифорнийском университете Беркли (США) «заставили» E.coli синтезировать с помощью искусственных ферментов из природных сахаров цитрусовых деревьев вещество лимонен.

В конце апреля 2021 г. Ю.Поликанов и Е.Александрова из Иллинойского университета Чикаго и учёные Гарварда описали способ преодоления микробной резистентности после перебора 500 аналогов ЛА. Вниманию коллег был представлен новый антибиотик самого широкого спектра действия ибоксамицин (Iboxamycin – IBX). Авторы показали, что его молекула смещает в рибосоме транспортную РНК, переносящую аминокислоту, на два ангстрема (0,2 нанометра), что ведёт к остановке синтеза бактериального протеина. Можно надеяться, что новый подход к решению проблемы резистентности наконец-то позволит человечеству вздохнуть спокойнее (как это было когда-то в начале 50-х годов).

Подготовил Игорь ЛАЛАЯНИЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам J American Chemical Society, Nature Chemical Biology, Nature Communications, PNAS, Cell Reports, Immunity, Physorg.

Ну и ну!

Мозг с годами улучшается!!



Некоторые относятся к старению как к одному сплошному долгому спуску к слабоумию. Память ухудшается. Человек медленнее обдумывает информацию. Реакция уже не та. Хорошо известно, что когнитивные способности с годами ухудшаются. Но бывают и исключения. Есть такие, которые с годами становятся только лучше. Они развиваются и улучшаются, даже когда человеку уже 70-75 лет. Об этом свидетельствует новое исследование нейробиологов.

Это как некоторые вина, которые с годами становятся лучше, чем портятся. В первую очередь, это способности, связанные с использованием знаний и опыта для решения проблем. И в исследовании Медицинского центра Джорджтаунского университета, недавно опубликованного в издании Nature Human Behaviour, описана более полная картина того, что происходит с нашими мыслительными процессами, когда мы стареем.

Результаты показывают, что мозг пожилых людей с годами может лучше выполнять две важные функции, позволяющие нам обрабатывать новую информацию и сосредотачиваться на том, что су-

щественно в конкретной ситуации. По мнению исследователей, эти функции лежат в основе важных видов когнитивной деятельности мозга, таких как принятие решений и самоконтроль.

«Такие способности улучшаются с возрастом, вероятно, в связи с тем, что мы просто практикуем эти навыки на протяжении всей жизни», – считает Майкл Ульман профессор кафедры нейробиологии Джорджтаунского университета.

Учёные прибегли к тестированию, чтобы изучить несколько аспектов внимания на примере 702 человек в возрасте от 58 до 98 лет – именно в этот период жизни когнитивные способности обычно изменяются больше всего. Что касается способности быстро реагировать, результаты были лучше у более молодых членов группы, в то время как старшие лучше справлялись, когда дело касалось способности концентрироваться на самом важном аспекте ситуации, не отвлекаясь. Эффект наблюдался примерно до возраста в 78 лет, после чего начиналось его снижение.

Ингмар Скуг, профессор психиатрии и директор Центра старения и здоровья при Университете Гетеборга, отмечает, что учёные рассматривают функции мозга под несколькими углами и выясняют,

какие из них действительно становятся лучше.

«Конечно, утешительно знать, что в некоторых вещах мы становимся с годами лучше, хотя в чём-то другом и сдаём». Несколько лет назад было проведено исследование, в результате которого был сделан вывод, что автомобиль лучше всего люди водят в возрасте от 65 до 75 лет.

«Молодой человек лучше проявит себя на гонках, но в условиях обычного дорожного движения опытный автомобилист в конечном итоге успешнее избегает ситуаций, когда есть потребность быстро реагировать», – говорит он. – Новое исследование подтверждает этот вывод, так как именно в этом и проявляется растущая с возрастом способность игнорировать отвлекающие факторы и решить, что важно в данный момент на самом деле».

Когда дело доходит до исследований возрастных изменений, в идеале стоило бы проследить за одними и теми же людьми в течение некоторого времени, чтобы проконтролировать, как они стареют. Нынешнее же исследование представляет собой поперечное сечение, то есть все участники были изучены одновременно. Как авторы научной работы, так и Скуг один из учёных, занимающихся изучением 70-летних людей, родившихся в разные годы, называют это его слабым местом.

Поперечные исследования часто преувеличивают ухудшения, возникающие с возрастом, так как у более поздних поколений часто просто лучше образование (то есть, у более молодых участников исследований). Однако этот эффект как раз подтверждает новые выводы относительно тех аспектов, которые с годами становятся лучше. Выводы таковы, что люди сейчас стареют медленнее и что «70 – это новые 50». Он считает новую научную работу Джорджтаунского университета ещё одним аргументом, полезным в дискуссиях о том, до какого возраста люди должны работать. «Пожилые люди могут быть большим ресурсом для общества, чем сейчас принято думать, именно потому, что определённые способности развиваются и улучшаются, даже когда нам уже 70-75 лет. Но поскольку в некоторых отношениях мы всё-таки сдаём, молодые и пожилые люди могут дополнять друг друга на работе».

Почему бы и нет?

Ещё один способ решения проблемы

Новое исследование показало, что витамин С может помочь не только больным с COVID-19, но и медикам: внутривенное введение этой добавки сокращает время пребывания пациентов в больнице. Но не всё так однозначно.

Согласно недавнему исследованию, внутривенное введение витамина С может повысить уровень кислорода в крови, подавить воспалительный процесс и сократить срок стационарного

минов, включая витамины С и D. Это должно стать стандартным клинической практики», – сказала она. Также в обзоре было сказано предположение о том, что витамин С может помочь предотвратить развитие тяжёлой формы COVID-19.

В другом рассматриваемом в обзоре исследовании (Шанхай, Китай) изучали 110 пациентов со средней степенью тяжести протекания COVID, 55 из них получали рассчитанную по весу дозу витамина С, а остальные – стан-



лечения, предотвратить развитие тяжёлой формы течения COVID-19 и ускорить выздоровление, а потому должен повсеместно применяться в больницах.

Авторы одного из упомянутых в обзоре исследований (проведено в китайском Ухане) выявили, что витамин С повышает темпы выздоровления от симптоматической инфекции на 70% по сравнению с плацебо.

«Ежедневное введение тяжело больным пациентам от шести до 24 грамм внутривенно дало положительный результат: возросла выживаемость, уменьшились сроки пребывания в стационаре, улучшилась оксигенация и снизились маркёры воспаления», – заявила соавтор исследования Анитра Карр из Университета Отаго в Новой Зеландии. Поскольку один грамм витамина С содержится аж в 20 апельсинах, для нормализации поступления суточной нормы вполне оправдано введение добавок.

Как показал обзор, у 70-80% пациентов с коронавирусом была выявлена весьма низкая концентрация витамина С в плазме крови, и несколько граммов внутривенно могли бы устранить данный дефицит.

Однако вводимой через капельницу дозы может быть недостаточно «для обеспечения длительного благоприятного воздействия, поскольку после окончания процедур 15-25% пациентов могут вернуться к состоянию дефицита витамина С».

Одна из авторов исследования, доктор Марсела Вискайчи медицинский факультета Имперского колледжа в Лондоне, подчеркнула важность введения в каждой больнице проверки уровня витамина С и назначения соответствующей дозировки препарата для оптимизации процесса восстановления.

«Всегда нужно следить за таким существенным моментом, как восполнение уровня электролитов, микроэлементов и вита-

дартное лечение. Исследование показало, что после введения дозы витамина в тяжёлую форму болезни перешла всего у трети пациентов.

Вывод проведённого обзора заключается в том, что рандомизированные контрольные испытания и ретроспективные когортные исследования выявили способность витамина С «поддерживать положительную динамику при COVID-19 как в стационарных, так и в амбулаторных условиях, что приводит к благоприятному эффекту у пациентов с умеренно выраженными симптомами».

Профессор метаболической медицины в Университете Глазго Навид Саттар заявил: «Испытания, рассматривающие применение витамина С с целью снижения осложнений при COVID-19, представляют определённый интерес, но ни одно из них не является исчерпывающим, и при этом все они имеют существенные ограничения. Поэтому нужно быть осторожным в интерпретации имеющихся данных».

Чтобы доказать предположение о целесообразности применения витамина С при COVID-19, необходимо провести гораздо более масштабное плацебо-контролируемое исследование. А пока лучше прибегать к мероприятиям, которые действительно работают и имеют влияние на соответствующие клинические рекомендации».

В начале этого года было также опубликовано исследование Королевского колледжа Лондона, которое показало, что приём витамина С «не имеет профилактической пользы» при заболевании новой коронавирусной инфекцией.

В качестве одного из способов защиты учёные также предложили увеличить потребление витамина D. Но опубликованное ранее в этом году исследование Университета Макгилла в канадском Квебеке не выявило различий уровней данного витамина в крови больных и здоровых людей.

Исследования

Сила интеллекта в тонкой связи с возможностями желудка

Установлена взаимосвязь между низким уровнем грелина, повышенным артериальным давлением, риском диабета и увеличением жировых отложений в области живота.

Как известно, грелин отвечает за отправку сигналов о голоде в мозг, именно регулирование его секреции может помочь уменьшить количество жира в области живота.

Исследователи изучили данные почти 300 добровольцев, страдающих ожирением согласно показателю индекса массы тела. И обнаружили следующее: участники с ожирением имели более низкий уровень грелина во время голодания по сравнению с таковыми в организме участников с нормальным весом. Это обычное явление среди тех, кто имеет избыточный вес.

Низкий уровень грелина также связан с повышенным артериальным давлением и увеличением жировых отложений в области живота, а также высоким общим содержанием жира в организме и риском диабета.

Участники были разделены на три группы с разным рационом,

но каждая из них регулярно занималась физической активностью. Все участники достигли стадии, на которой теряли вес, независимо от соблюдаемой диеты. При этом у всех наблюдалось значительное повышение уровня грелина, что привело к уменьшению жировых отложений в области живота и повышению чувствительности к инсулину.

В первой группе участники придерживались средиземноморской диеты, включающей зелёные листовые овощи и зелёный чай, и избегали красного мяса. В результате они продемонстрировали наибольшее увеличение грелина.

«Результаты показывают: потеря веса сама по себе может положительно изменить уровень грелина и снизить риски для здоровья, такие как диабет или другие метаболические заболевания», – считает Айрис Шэй, ведущий автор исследования и доцент кафедры питания Гарвардского университета.

По словам эксперта, она и её коллеги также увидели положительные результаты в отношении работы кишечника и сокращение жира в печени, что необходимо

для снижения риска развития хронических заболеваний.

Можно контролировать уровень грелина в организме, не сдавая гормональный тест, но нужно следить за чувством голода и сытости. Грелин сообщает, когда нужно есть и вырабатывается клетками желудка, посылающими соответствующий сигнал в мозг. В течение дня уровень гормона повышается и снижается, иногда резко, и после приёма пищи обычно находится на минимальном уровне.

Известно, что лептин – это гормон, отвечающий за ощущение сытости. Он посылает сигналы о прекращении приёма пищи и начале сжигания калорий. Когда человек страдает ожирением, лептин имеет тенденцию повышаться, а грелин – понижаться, что кажется положительным механизмом, но ухудшает регуляцию аппетита. Соответственно, по словам доктора Шэй, когда грелин и лептин находятся на нужном уровне после потери веса, организм склонен лучше контролировать чувство сытости и голода, что улучшает обмен веществ и, следовательно, помогает худеть дальше.

Подготовила
Инга КАТАРИНА.

По материалам Svenska Dagbladet, The Telegraph, Daily Mail.

Взгляд

На протяжении четверти века мне довелось встречаться с выдающимся гипнотизёром, телепатом и ясновидцем Вольфом Мессингом. При этом Вольф Григорьевич, в отличие от современных экстрасенсов, предпочитал держаться в пределах своих возможностей и никогда не злоупотреблял верой в него.

В 1947 г. я, ещё школьник, будучи вместе с отцом, профессором-неврологом, возглавлявшим жюри на представлении в Ялтинском театре им. А.П.Чехова, восхищался и недоумевал, как может артист столь блестяще распутывать самые замысловатые задания публики, с индуктором и даже без него, с связанными глазами отыскивая тот или иной предмет, выполняя те или иные действия. И хотя эти опыты имели вполне определённое материалистическое толкование – тонкая, изощрённая реакция Мессинга на невольное мышечное напряжение, на изменение пульса, дыхания индуктора, исключительное обоняние и гипнотическое воздействие артиста, – мне казалось, что я столкнулся с истинной телепатией. Я увлекся ею. Стал тренировать свой взгляд. И, помню, мне удавалось, глядя человеку в затылок, заставляя его обернуться.

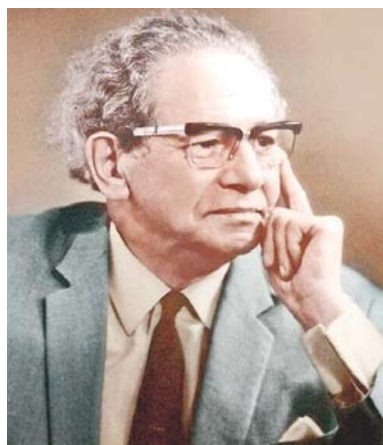
Естественно, когда спустя годы, Вольф Мессинг выступал в симферопольском Доме офицеров, я – тогда уже студент – зажгё своих друзей идеей придумать для него необычное задание. Мы закупили целый ряд и тщательно готовились к представлению.

Была бархатная крымская осень. В ожидании вечера активно стирали подошвы в своём бесконечном кружении по улицам города и вдруг увидели Вольфа Григорьевича. Невольно пошли за ним. Неожиданно Мессинг резко обернулся ко мне и сказал: «Вы – Лихтерман!» И я, и мои друзья были ошеломлены. «Откуда вы меня знаете, Вольф Григорьевич?» – «А как же, в 1947 г. вы сидели на моём концерте в 9 ряду на 6 месте». Трудно было поверить в такую исключительную память, и я лишь укрепился в мысли, что это телепатия.

В Доме офицеров зал был полон, записок с заданиями – тьма. И мы очень волновались, будет ли наша принята? Кончилось первое отделение, но никого из нас на сцену не пригласили. В перерыве подошли к знакомому члену жюри, доценту Крымского мединститута, и объяснили ситуацию. И вот второе отделение. Первым на сцену вызывают меня. Яркий свет, напряжённое внимание зала, какающая внутренняя сжатость. Я стою перед Мессингом. Львиная грива чёрных волос, громадная подвижная опухоль-жировик на шее, явно гипнотический взгляд. Пристально смотрит мне в глаза: «Мысленно диктуйте, диктуйте задание». Кладёт мою кисть на своё пред-

Таинственное таинственному рознь

Вольф Мессинг – раскрыт ли его секрет?



плечье. «Сжимайте и диктуйте!» Отдаю себе отчёт, что я в каком-то трансе, в каком-то подчинении. Задание помню и чётко и мысленно диктую: «Спуститесь вниз в буфет, там купите пачку «Беломора». И вдруг мы действительно пошли вниз, в буфет. Я не знаю, как это получилось – то ли я невольно вёл Мессинга, то ли он вёл меня. При виде нас очередь расступилась, и Мессинг моей рукой стал сканировать лежавшие на прилавке товары. Довольно быстро его кисть зависла над «Беломором».

Почти бегом возвратились на сцену. Здесь – небольшая заминка. Я диктую: «Подойдите к третьему ряду, пятому месту и отдайте пачку сидящему там человеку». Мессинг рванулся к моим друзьям. Остановился около Алика и повёл его вместе со мной на сцену. И тут пауза тягостно затянулась. Чувствую, Мессинг не знает, что делать дальше. Я же мысленно диктую: «Дальнейшие инструкции по выполнению задания вам передаст другой индуктор». В этом и крылась главная трудность нашего задания.

Мессинг смотрит то на меня, то на Алика, крутит в руке пачку «Беломора». Зал напряжённо следит за ним. Проходит пять, десять, пятнадцать, двадцать минут. Мессинг буквально сверлит меня глазами, неоднократно своими руками делает пассы вдоль моего лица, тела, конечностей. Он явно волнуется, шумно дышит, издаёт

какие-то нечленораздельные звуки, его лицо покрывается крупными каплями пота, от него исходит особая нервная взвинченность. И вдруг чувство острой жалости поразило меня. И когда он прикоснулся к моей левой руке, я невольно потянул её к Алику. По крайней мере, мне показалось, что я сделал так. Мессинг взял руку моего друга и с облегчением, совершенно отключившись от меня, стал уверенно продолжать задание. Ситуация со сменой индуктора была предусмотрена ещё раз, но уже не вызвала затруднений. И все, сидевшие в нашем ряду студенты, после каскада манипуляций, получили по папиросе «Беломор». На этом закончилось представление. Вольф Григорьевич, покидая сцену, сказал, что со сменой индукторов в процессе выполнения задания он встретился лишь второй раз. Первый был на заседании Академии медицинских наук, где он демонстрировал свои опыты.

Моя последняя встреча с Мессингом произошла в Горьком. Морозным январским вечером мы с сыном спешили в Кремлевский концертный зал. По-прежнему был аншлаг: Мессинг заметно постарел, поседели и поредели некогда пышные чёрные волосы, углубились морщины, ещё явственной выделялась опухоль на шее. Сменился ассистент. Но работал Вольф Григорьевич, как и прежде безукоризненно, изумляя переполненный зал точными находками в самых изощренных ситуациях. Правда, я обратил внимание, что при выполнении заданий, он часто стал останавливаться, как бы размышляя, что делать дальше. После окончания сеанса я зашёл за кулисы. Мессинг нервно курил, отвечая на бесконечные вопросы прорвавшейся публики. Меня он сразу узнал и пригласил на следующий день для беседы в гостиницу «Москва», где остановился.

В номере было холодно. Два рефлектора довольно безуспешно обогревали большую комнату с казённой мебелью. Мессинг мёрз. Кутаясь в пальто, он как-то неловко ютился на диване и, увидев

меня, смущенно извинился, что не может предложить раздеться. Тотчас начался разговор, в сущности, монолог Мессинга. Не дожидаясь моих вопросов, он отвечал на них, буквально из воздуха ловя фразы, которые я хотел, но не успевал произнести.

Мне хотелось спросить, почему, выполняя задания, он стал чаще останавливаться. Начал ли сдавать мозг, изменяла ли память? И я невольно смутился, как от бестактности, когда, усмехнувшись, Мессинг заметил: «Нет, всё проще. Виноваты коленки. Артроз. Видимо, с возрастом сказывается прыжок со второго этажа во время побега из фашистского застенка».

Затем я узнал, что Мессинг много занимался лечением болезней, но никогда не брался за такие, при которых гипноз, внушение бессильны. «Как бы ни верили в меня эпилептики, люди страдающие рассеянным склерозом или имеющие опухоли, я отказывал таким больным, потому что я – честный человек. Нет, я не был стандартен в методах лечения. Расскажу один эпизод.

Дело было в Варшаве перед Второй мировой войной. Граф Н., уверенный в себе молодой аристократ, служивший украшением самого изысканного общества, проснулся с чувством шума в голове, напоминающего голубиное воркование. Он пробовал стряхнуть шум, но ничего не получалось. Стало казаться, что в его черепе поселилась пара голубей, свивших там гнездо. Вскоре ощущения графа достигли болезненного бреда: у голубей вывелись птенцы; молодой человек различал уже не только голоса родителей, но и четверых «малышей» по писку.

В жизни светского льва произошёл излом. Его уже не трогали ни собственные успехи, ни мнение окружающих. Он замкнулся в себе, стал нелюдимым, опустил. Консультации лучших столичных врачей, к которым прибегали родные графа, не помогли. Тогда они обратились ко мне. После долгого размышления, тщательно проанализировав ситуацию, я решил, что

помочь скорее может не обычный гипноз, отрицающий бред больного, а иная конструкция. Уточнив в беседе с пациентом, что голубей шесть – не больше и не меньше – я пообещал ему выманить их из головы и уничтожить. В глазах молодого человека затеплились доверие и надежда.

Спустя две недели я начал лечение: посадил графа в кресло на веранде особняка, выходящего в сад, и приступил к манипуляциям. Я произносил какие-то непонятные, нечленораздельные слова, делал пассы руками и в нужный момент подавал знаки помощникам, выпускавшим голубей. Птицы взвивались в воздух, но тут же падали, достигнутые пулей из охотничьего ружья. Вскоре на веранде перед графом лежали шесть тушек голубей. «Теперь вы излечены», – сказал я ему. «Да, вы правы. Я наконец-то избавился от этих голубиных мук. Благодарю вас!»

Молодой человек вернулся к прежней светской жизни. Здоровым он считал себя два года, пока кто-то, шутя, не раскрыл ему секрет моего врачевания. И бред вновь возвратился...»

Много интересного рассказал мне в тот вечер Вольф Григорьевич. Почти фантастические житейские эпизоды соседствовали в его повести вместе с медицинскими курьёзами, а тонкие наблюдения психолога с профессиональной гордостью актёра. На память о встрече он написал мне красными чернилами пожелание на древнееврейском языке. Увы, иврита не знаю.

Вольфа Мессинга сегодня называли бы экстрасенсом № 1. Он многое знал и умел, но всегда оставался порядочным человеком и, оказывая помощь больным людям, не преступал грань допустимого, не пользовался человеческим легковесием ради собственного обогащения. Все ли экстрасенсы щепетильны в своих деяниях, как Вольф Мессинг?

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор.

Акция

Телебашни, мосты и люди оделись в красное

Во Всемирный день борьбы с инсультом в стране прошла акция «Оденься в красное». В её рамках телебашни в Москве, Челябинске, Саранске, Перми, Самаре, Ростове-на-Дону, Туле, Великом Новгороде, Нижнем Новгороде, Твери и Казани были вечером подсвечены красным цветом.

Стартовавшая в 2014 г. под эгидой Российского кардиологического общества акция ставит своей целью повышение осведомлённости россиян об инсульте и других болезнях системы кровообращения, а также о мерах их профилактики.

Её символ – красный цвет ранее использовался, в соответствии с названием, для того, чтоб сторонники акции выделялись в этот день среди других яркой одеждой и, таким образом, привлекали

внимание не только к себе, но и к проблеме инсульта, которая с каждым годом становится всё более важной.

За последние 30 лет количество инсультов выросло на 70%, смертность – на 43%. За этот же период времени показатель суммарного бремени болезни (то есть, потенциальных лет жизни, утраченных из-за преждевременной смерти и нетрудоспособности в силу болезни) увеличился на 32%.

Как известно, сердечно-сосудистые заболевания на протяжении последних десятилетий являются основной причиной смерти в России и в мире. 16% от их числа занимает ишемическая болезнь сердца и примерно 11% – инсульт. Сначала в акции участвовали преимущественно частные лица, затем стали присоединяться организации, в частности, телеком-

пания «Останкино», московский департамент ЖКХ, который обеспечил подсветку Крымского моста. А в нынешнем году благодаря поддержке Российской телевизионной и радиовещательной сети число засиявших красным телебашен значительно увеличилось.

К инициативе также присоединилась дирекция парков и скверов Казани, где подсветили один из символов города – центр семьи «Казань». Впервые на один вечер алым стал Дворцовый мост в Санкт-Петербурге.

«Уже на протяжении 7 лет мы реализуем социально-образовательную акцию «Оденься в красное!». За последние 2 года актуальность проекта возросла вследствие рисков и летальных последствий COVID-19 для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Именно сейчас

важно напомнить россиянам о мерах профилактики болезней системы кровообращения, так как до 80% случаев преждевременной смерти от инфарктов и инсультов можно предотвратить, если вести здоровый образ жизни», – заявил президент Российского кардиологического общества академик РАН Евгений Шляхто.

Совершенно очевидно, что с наступлением пандемии вопрос профилактики ССЗ стал особенно актуальным: гиподинамия, стресс, изменения в образе жизни, увеличение нагрузки на систему здравоохранения повышают факторы риска инсульта и других болезней системы кровообращения. Цель акции, по мнению её организаторов, напомнить о том, что в наших силах снизить количество неблагоприятных исходов в стране. Каждый человек, вне зависимости от его



возраста, должен знать, каких проявлений ССЗ стоит опасаться и что нужно делать для того, чтобы минимизировать риски.

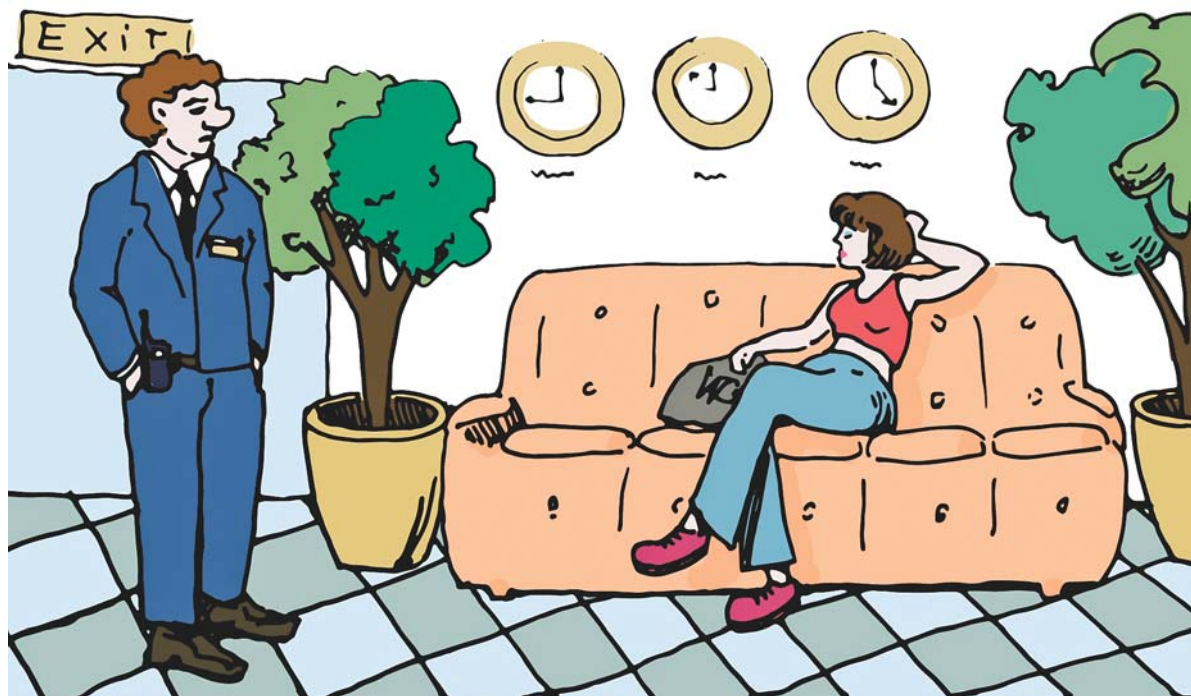
И что самое интересное: принять участие в акции мог любой желающий, достаточно было только одеться в красное и отметить в своём аккаунте в соцсетях с её хештегом.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

ТОМ

Как я был сводником...



Не подумайте лишнего, сводником довелось побывать один раз в жизни, случайно, всего на несколько часов и без последующего желания сменить профориентацию. Времена в стране в конце предыдущего века были нестойкие. Лишь с полгода назад отстреляли по зданию тогдашнего парламента танки, в головах индивидуумов и целых их коллективах началась сумятица. В экономике грянул такой раздрай – пропадай моя деревня! Не минули трудности и военных, которым зарплату, именуемую денежным довольствием, стали тоже платить нерегулярно, с перебоями. Да и покупательная способность денег, которые обновляли дизайн и номиналы чуть ли не ежегодно, упала ниже плинтуса, Народ почестнее бросился на поиски дополнительных заработков и если раньше военнослужащим ни под каким соусом не позволялось нигде подрабатывать, то теперь начальство стало смотреть на такого рода инициативы сквозь пальцы, главное – чтобы служба неслась исправно.

Наша часть «квартировала» напротив комплекса корпусов одной из многочисленных столичных гостиниц, номера в которой вполне тянули на полторы европейских звезды. Нарождающиеся диковинные социально-экономические отношения быстро сделали охрану всего и вся одним из самых популярных и востребованных занятий для мужчин детородного возраста. Понадобились услуги привратников и в гостинице. Трудно сказать, кто подсутился первым – отельеры ли или наше доблестное офицерство, но многие сослуживцы стали там подрабатывать. Удобно: днём – в «конторе», с шести вечера до восьми утра – в холле гостиницы «на калитке», в девять – «как штык» опять на службе. Всего и делов – дорогу перейти. Через трое суток цикл повторяется без ущерба государственным интересам, тем более что государство всё никак не могло тогда решить, в чём вообще состоят его интересы. Зато у новоявленных швейцаров с «интересом» (дословный перевод с капиталистического – доля) всё обстояло яснее ясного.

Официальная зарплата – это само собой. Не бог весть какой, но всё приварок в семейный бюджет. Да плюс «чаевые» за мелкие услуги постояльцам. Кого пропустить в корпус после 23, когда двери по тогдашним наполовину ещё советским правилам, закрывались на ночь до 6 утра; кому за припаркованной на дороге рядом с корпусом машиной присмотреть; кому позволить по-тихому «девочку» в номер протащить...

Услуги особ «с низкой социальной ответственностью» набирали обороты сообразно скорости приобщения масс к либеральным ценностям. Так или иначе, к моменту, когда меня попросили на месяц-два подменить одного коллегу, отбывавшего в отпуск, слово «проститутка» уже не произносилось шёпотом, да ещё и с оглядкой – нет ли поблизости детей. Констатация факта занятости. Специфика такая. Не более чем. И уже никакое не ругательство.

В первое же моё дежурство по какой-то надобности заглянул в главный корпус. В дальнем углу,

где стоял диван и стол для дежурной смены, обратила на себя внимание девушка в мини-юбке, в полном боевом раскрасе, чулках в сеточку, модных туфлях на высокой шпильке. Вяло листала журнальчик, поглядывала кокетливо на входящих в холл мужчин. Красивая. На улице такую встретишь – оглянешься. Хотя термин «модель» был пока в ходу разве что у пионеров из кружков авиамоделирования. Наивно поинтересовался у дежурившего там сослуживца: «Коль, а это кто?»

– Дед Пихто. Ну ты, Николаич, вопросы задаёшь! А ещё офицер! По прикиду не видно, что ли?

– А ну как начальство гостиничное заметит?

– Скажу, сестра забежала на минутку, темку перетереть...

Как доложила потом агентура, у Коли с девицей давно сложились бизнес-отношения, ничего личного, голая корысть. В какой пропорции, правда, не докладывалось. Новомодная коммерческая тайна. Через неделю столкнулся с ней у входа в главный корпус. С бланшем под глазом, который не смог скрыть даже зверский макияж. Профессиональные риски, производственный травматизм... Выпала из поля зрения на какое-то время. Потом Колю отправили в командировку...

Однажды вечером, когда доступ в холл ещё свободный, она появилась в моём корпусе. В джинсах, кроссовках, с объёмистым пакетом в руках:

– Привет! – она была вполне в форме. – Послушай, кроме Коли я здесь никого не знаю, а ты с ним, похоже, в хороших отношениях... Короче, давай я сегодня у тебя поработаю.

Какого рода «труды» имелись в виду было понятно. Неясен был механизм их разделения. Щадя моё самолюбие, как новичка в

авантюрах, она быстро провела производственный инструктаж:

– Не грузись, тебе ничего делать не придётся. Я просто посижу у тебя на диване, посвечусь... Кому надо, сами к тебе подойдут насчёт расценок. Твоё дело – со мной парой слов перекинуться – как они мне? Деньги с них получить для сохранности. Потом, после работы, выручка пополам. Идёт? Только время контролирую. Если заплатят за час, всё! Через час барабань в дверь, морду кирпичом и без вариантов: либо продление, либо сеанс окончен.

– А если кто на ночь захочет...

– Меня купить?

– Ну да.

– Другой прайс, конечно. Оптовый. Но, по-любому – в накладе не останемся...

Согласился ли я? Да. Задолго до пресловутой «перестройки», в тесном офицерском кругу слышал рассказ одного молодого прапорщика. Как дядька взял его, десятиклассника, на рыбалку в деревню. Вечером в «домике рыбака», после ужина с девушками, разошлись спать перед утренним клёвом. Он ещё удивился, к чему в домике столько персональных келий? Когда к нему вошла одна из деревенских русалок в прозрачном пеньюаре, спросонья даже не сразу сообразил – зачем. Рассвет встретил не мальчиком, но мужем. Не многоопытным, но достойно прошедшим обряд инициации. Помнится, из деталей в рассказе, было чему тайно позавидовать. А тут стали набирать обороты новомодные телевизионные ток-шоу. На одном из них и прозвучала категоричная, правда, с пропагандистским душком, сентенция – «В СССР секса нет!». Наверняка публика с другой стороны экрана ехидно усмехнулась.

Согласился. Без тягостных раздумий, чего уж там. Моё ли это

дело – печься о моральном облике девахи, того паче – глупить, пытаться наставить на путь истинный. Был, не скрою, у меня интерес. Не меркантильный, исследовательский. Проведать, не из бульварных заваривальных газет, из первоисточника – как это происходит и сколько чего стоит во времена свободы личности. Своим «обликом морале» тоже не терзался. «Товар» в руки пришёл уже готовеньким. Не я в грязь толкнул, не мне и отмывать. К тому же, без встречного желания это невозможно. Как психолог знаю. В конце концов, у каждого свои «дороги, которые мы выбираем».

Ближе к полуночи в стеклянную дверь гостиницы постучали из темноты. Явился весьма известный в узких кругах персонала постоялец из Тюменских краёв. Нефтяник, с замашками барина на празднике жизни. Подшофе, как обычно. Привычно сунул в карман консерву мелкую денежку. Постоял, слегка пошатываясь, в холле. Подозвал:

– Твоя? Сколько берёт?

– На час?

– Давай на час, а там посмотрим...

Лола (так звали Свету посвящённые) с готовностью отправилась за шкафом в углу дежурки, переодеться в «рабочее». Откуда и явилась миру через пяток минут во всём «блеске куртизанок». Нувориш выпятил губу и одобрителем покачал головой. Чисто на вид – не продешевил.

– Слушай, там вещи мои... – второпях попросила Светлана, – брось в пакет...

Выполнил просьбу, кроссовки не решился класть в пакет с одеждой, сунул в другой. Сел с газеткой и кроссвордами – любимой функциональной обязанностью всех охранников – коротать ночь. Но что-то стало не так.

Долго пытался сообразить – что? Наконец понял: откуда-то тонко тянуло канализацией. Обследовал все закутки, выглянул на улицу – ничего подозрительного. Стыдно сказать, понюхал полученные деньги. Реально не пахли. (Выходит, прав был император Веспасиан, крышевавший платные сортиры в древнем Риме). Помни лось, значит. Ольфакторных галлюцинаций только не хватало. Взялся опять за газету, поднёс поближе к глазам статью с мелким шрифтом. И... пошёл на запах верхним чутьём, как служебный пёс-медальст. Флёр привёл к собственным пальцам правой кисти, которыми я брался за кроссовки «Лолы». Минуту сидел в прострации. Требовались более веские доказательства. Открыл пакет с дамскими кроссовками, сунул нос и отшатнулся.

Закрутил его тугим узлом и затолкал глубоко под диван. Яростно мылил руки под краном, смотрел в зеркало над раковиной, а перед мысленным взором маячили, покачиваясь в такт, босые ступнишки одалиски. Как если бы в этот момент я был нефтяником. И, как писал друг Пушкина – поэт Баратынский – «...с красоткой записной, на ложе неги и забвенья разнообразил наслаждения». Разум тем временем попутно бился над вопросом: сколько нужно выпить, чтобы вызвать алкогольную анестезию обонятельного нерва? В противном случае... Противно же. Вплоть до эрективной неспособности. Что от опьянения, что от отвращения. Дилемма...

Следуя наказам Светланы, через час постучал в дверь номера нувориша.

– Чего надо? – выглянул тот. – Она на ночь остаётся.

– У нас предоплата, – промямлил я.

– ..я! Какие все недоверчивые! – просунул в щель ручончик, перехваченный аптечной резинкой...

Деньги отдал утром все, не считая. Хотя поначалу не прочь был располовинить, как уговаривались.

На секунду она несколько озадачилась, но решила не заморачиваться психологическими раскопками.

– Ну спасибо... – хотела чмокнуть в щёку, мне удалось деликатно уклониться.

Проводил её взглядом до двери. Ох и фигурка! Даже без высоких шпиль, в запашистых кроссовках. Что приводит самых, подчас, красивых женщин к такому выбору – никогда не разгадать. Нет однозначных ответов. Иначе, не называлась бы её занятием древнейшим.

Одно засело в башке. По крайней мере, тем утром. Чтобы я!.. Да никогда в жизни!..

Погорячился. Но об этом, кому интересно, в другом рассказе.

Юрий КУБАНИН.

Новосибирск.

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты.

Материалы, помеченные знаком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Дежурный член редколлегии – А.ПАПЫРИН.

Редакционная коллегия:

А.ПАПЫРИН (зам. главного редактора, редактор сайта),
И.БАБАЯН (ответственный секретарь),
В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ,
В.КОРОЛЁВ, Г.ПАПЫРИНА.

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

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

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

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

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

Отпечатано в ОАО «Московская
газетная типография».

Адрес: 123022, Москва,
ул. 1905 года, д. 7, стр. 1
Заказ № 2824

Тираж 13 940 экз.

Распространяется
по подписке
в Российской Федерации
и зарубежных странах.



Корреспондентская сеть «МГ»: Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89383585309; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-65711 от 13.05.2016 г. Учредитель: ООО «Медицинская газета».