

Медицинская

2 октября 2024 г.
среда
№ 39 (8159)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

www.mgzt.ru



Сегодня началась Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Съезд колопроктологов России». В актуальном интервью – об искусственном интеллекте, скрининге и будущем этой сферы здравоохранения.

Стр. 4-5

Как НИИЦ хирургии им. А.В.Вишневого вручили орден Пирогова – первому из клинических учреждений.

Стр. 6

Университет – это экосистема, которая должна постоянно развиваться и трансформироваться. Чем живёт ВолгГМУ?

Стр. 10

Событие

В память о создателе «СИСТЕМЫ»



Новый бюст и сквер к 150-летию Николая Семашко открыли на территории клинического центра Российского университета медицины Минздрава РФ. В торжественном мероприятии приняли участие вице-премьер России Татьяна Голикова и министр здравоохранения Михаил Мурашко.

Н.Семашко, будучи талантливым человеком и врачом, работал в глубинке и очень хорошо знал, что нужно людям и медицине. «В самые сложные годы гражданской войны, эпидемии, наплыва беженцев, нехватки лекарств, медицинского персонала он создал государственную, бюджетную систему здравоохранения тогда совсем молодого, нового государства. Она работает и сегодня», – подчеркнула Т.Голикова.

Причём Николай Александрович создал то, что успешно выполняет свои задачи по настоящее время: от профилактики до стационара, санаторно-курортного лечения. Система также уделяет особое внимание поддержке материнства и детства.

Вице-премьер отметила, что за десятилетие его руководства систе-

мой здравоохранения было увеличено количество коек на 40%. До 13 тыс. возросло число врачебно-амбулаторных учреждений. С 9 единиц до 2 тыс. увеличено количество женских консультаций. На 20% снижено число инфекционных заболеваний.

В его заслуги смело можно записать создание скорой медицинской помощи, систем медицинского образования и научных институтов: санитарно-психологического благополучия, санитарного просвещения, обеспечение лекарственными препаратами.

Детище получило его имя. Система Семашко признана на мировом уровне. «В 1978 г. Всемирная организация здравоохранения признала её как самую устойчивую в экономическом плане и подготовленную к вызовам, с которыми сталкивается любая страна и система здравоохранения. И мы с вами это чётко видим, реагируя на самые сложные ситуации. Как в годы войны, так и в годы послевоенных событий, и в COVID, и в сегодняшней ситуации, когда мы помогаем сохранять здоровье ребятам, участвующим в специальной военной операции», – сказала Т.Голикова.

Слова вице-премьера подтверждает и сам клинический центр, где проходило мероприятие. Он начал работу в период пандемии, ежедневно спасал пациентов, а сегодня его сотрудники оказывают медицинскую помощь бойцам.

«Николай Александрович провозгласил доступность территориального планирования. Это участковый принцип, вытекающая отсюда неотложная скорая помощь и врач, который, обеспечивая взаимодействие на участке, по сути дела, являлся членом семьи для тех, кто проживает на этой территории», – сказал М.Мурашко.

Кроме того, в этот день состоялось открытие сквера в честь Николая Александровича. После торжественных мероприятий гости посетили выставку «История российской медицины от Н.А.Семашко до наших дней». Она посвящена истории российской системы здравоохранения.

Завершением стала презентация книги, созданной при поддержке Минздрава, «Семашко – первый нарком здравоохранения».

Богдан СЕРГЕЕВ.

Акценты

Помощь от профсоюза

Мы не раз рассказывали о том, что профессиональный союз работников здравоохранения РФ регулярно оказывает помощь новым регионам страны и пострадавшим в результате боевых действий областям. Для бойцов, медиков, волонтеров и мирного населения помимо денежных средств собирается всё самое необходимое. Отправляются даже автомобили и спецсредства для защиты.

Калининградская областная организация Профсоюза работников здравоохранения совместно с первичной региональной больницы скорой медицинской помощи направила очередную гуманитарную помощь нашим защитникам в зону проведения специальной военной операции.

Помимо традиционных составляющих груза, на передовую в этот раз также поехал бронированный автомобиль для эвакуации раненых. «Такое средство передвижения спасает от обстрелов и от налёта дронов не только требующих срочной медпомощи бойцов, но и самих медработников. Санитары и врачи нередко подвергаются огромному риску, выезжая в зону военных действий», – рассказали в областной организации профсоюза.

Автомобиль оснащён специальной решёткой. Она

при ударе беспилотника позволяет спастись находящимся в салоне людям. Это самодельное устройство, смонтированное местными умельцами. Уже в ближайшие дни спасательная техника будет работать на передовой.

Представители Удмуртской республиканской организации профсоюза совместно с волонтерами укомплектовали аптечки для добровольцев, оказывающих помощь в приграничных регионах. Медицинские перевязочные бинты и другой расходный материал сейчас остро нужны в курском регионе.

Краснодар отправил противодроновые покрывала. «На призыв участника СВО, фельдшера скорой медицинской помощи откликнулись члены первичной организации и сотрудники Новопокровской центральной районной больницы в Краснодарском крае. Они оперативно собрали средства на закупку материала для пошива покрывал», – отметили в профсоюзе. Эти защитные приспособления спасают жизни бойцов, снижая тепловую заметность и эффективно пряча от беспилотных летательных аппаратов. Было изготовлено 50 комплектов. Они направлены в подразделение, где несёт службу фельдшер, обратившийся за помощью.

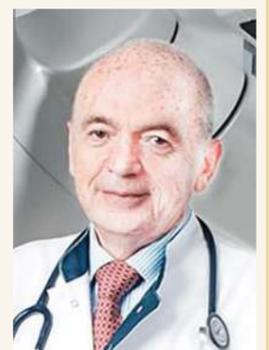
Иван ЗАЙЦЕВ.

ДЕЛОВЫЕ ВСТРЕЧИ

Григорий РОЙТБЕРГ

Президент АО «Медицина», академик РАН:

Только наличие и использование целого набора формализованных показателей качества и безопасности, возможность сравнивать результаты позволяет оценить деятельность медицинской организации



Стр. 12

Новости

Ребусы педиатров

В рамках юбилейных мероприятий к 25-летию Медицинского института Пензенского государственного университета состоялась IV Межрегиональная научно-практическая конференция «Педиатрический ребус».

Заведующая кафедрой педиатрии лечебного факультета доцент Людмила Мусатова рассказала о коррекции ферментной недостаточности у детей. Неподдельный интерес аудитории вызвал доклад профессора Валиды Исановой (Казанский госмедуниверситет) «Нейродинамические методы в реабилитации двигательных и когнитивных расстройств у детей, междисциплинарный подход в развитии авангардной науки будущего», представленный в интерактивном формате. Валида Адимовна познакомила слушателей с современными методами реабилитации, подчёркивая важность комплексного, междисциплинарного подхода к восстановлению функций детей с различными нарушениями. Накануне она провела мастер-классы, где были показаны методы реабилитации у подростков с ДЦП и аутизмом.

Безусловно, интересным и захватывающим был доклад по истории детской нейрохирургии профессора Института социальных наук Сеченовского университета Болеслава Лихтермана.

Поучительны клинические случаи, представленные доцентом кафедры педиатрии Мордовского государственного университета им. Н.П.Огарева Светланой Гариной.

Доцент Ольга Лесина (Пензенский институт усовершенствования врачей) рассмотрела актуальные вопросы диагностики и лечения эозинофилии у детей, раскрыв множество вероятных причин развития данного состояния. Доклад её коллеги из этого же института доцента Натальи Алексеевой был посвящён дифференциальной диагностике и лечению мастоцитоза у детей.

Конференция продемонстрировала связь поколений в развитии медицинской науки и практического здравоохранения, благодарность и почтение учителям и великим учёным, создававшим базу сегодняшних знаний и умений всех направлений медицинской профессии.

Высокий уровень представленных докладов отметили директор Медицинского института профессор Александр Митрошин, декан лечебного факультета профессор Инесса Моисеева, гости и участники конференции.

Соб. инф.

Ликбез для будущих педагогов

Главный врач Ессентукской городской поликлиники Елена Мовчан провела лекцию-встречу со студентами филиала Ставропольского государственного педагогического института.

Основными темами беседы стали меры профилактики заболеваний гриппом и ОРВИ, в первую очередь – своевременная вакцинация.

– Вакцинация доступна каждому. В России существует Национальный календарь профилактических прививок, согласно которому рекомендуется делать прививки начиная с первых дней жизни от таких заболеваний, как туберкулёз, гепатит В, корь, краснуха, коклюш, грипп, – подчеркнула Е.Мовчан.

Затронутые темы актуальны для студентов уже сейчас, так как они ежедневно взаимодействуют с большим количеством людей. Но ещё более необходимыми станут, когда молодые педагоги начнут трудовую деятельность и станут «сеять разумное, доброе, вечное». Как известно, эта работа связана с большим количеством детей и сопряжена с большими нагрузками. Поэтому заботиться о своём здоровье и здоровье школьников крайне важно.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

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

Подписка на «МГ» продолжается

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

Оставить заявку на оформление подписки можно по адресам электронной почты:

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

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

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

Отсканируйте
этот QR-код
для оплаты



сбп Система быстрых платежей СБЕРБАНК

Инициатива

Свои среди своих



В преддверии празднования памятной даты – Дня воссоединения России с новыми регионами – члены студенческого патриотического клуба «КЛИО» Курского ГМУ организовали акцию «Мы вместе!». Она проведена среди студентов и обучающихся вуза и медико-фармацевтического колледжа медуниверситета совместно с членами Всероссийского добровольческого молодёжного общественного движения «За патриотическое, духовно-нравственное воспитание молодёжи «Волонтёрская рота боевого братства», хореографическим коллективом театральной студии «Асклепий». К молодёжному флэшмобу присоединились сотрудники кафедры философии Курского ГМУ и администрация вуза.

Участников мероприятия приветствовала проректор по воспитательной работе, социальному развитию и связям с общественностью Алеся Кузнецова: «Мы должны бережно хранить историческую память. Ведь поколения наших предков – со времён Древней Руси до испытаний Великой Отечественной

войны, а сегодня и мы во время проведения специальной военной операции, отстаивали право говорить на родном языке, жить в мире и согласии, сохраняли культурные традиции. Мы – потомки народа-победителя! Эта акция – призыв молодому поколению беречь и приумножать славу Отчизны, быть её опорой и защитой».

Заведующая кафедрой философии, доктор исторических наук Елена Кравцова провела для участников мероприятия небольшой экскурс в историю памятной даты.

– Акция «Мы вместе!» не только названием, но и процессом подготовки, включённости разных организаций и подразделений университета – дань памяти событиям на территории Украины и пример единения преподавательского и студенческого сообществ в стремлении выразить своё мнение и готовность быть вместе, преодолевать и созидать вместе, – подчеркнула специалист по работе с молодёжью Социального центра КГМУ, куратор СПК «КЛИО» Елена Глазунцова. – В единстве – сила! Это ли не главное?

Общее дело, улыбки и хорошее настроение, солнечная погода и го-

лубое небо позволили сделать этот день ярким, светлым, памятным.

21 февраля 2022 г. Россия признала независимость Донецкой и Луганской народных республик и подписала с ними договоры о дружбе, сотрудничестве и взаимопомощи. Через три дня на территориях ЛНР и ДНР началась специальная военная операция по защите Донбасса.

Воссоединение Донбасса и всей Новороссии с Россией имеет огромное историческое, социальное и политическое значение. Как и возвращение Крыма в 2014 г., вхождение освобождённых регионов в состав нашей страны стало очередным этапом консолидации русских земель в пространстве единого государства.

*Добро пожаловать в Россию!
Херсонский, Запорожский край,
Донбасс с Луганщиной – едины,
Россия-Матушка – встречай!*

*Добро пожаловать, родные,
Вы свергли здесь
нацистов власть!
Врагом избиты, но живые,
Отныне вы – России часть.*

Геннадий НИКОЛОВ.

Курск.

Акция

Автопоезд останавливает ВИЧ

По населённым пунктам региона отправился автопоезд «Остановим ВИЧ в Свердловской области!». Он поможет проверить свой статус вируса иммунодефицита человека жителям 24 городов. Акция проходит при поддержке Министерства здравоохранения Свердловской области в рамках программы по профилактике ВИЧ-инфекции для достижения задач национального проекта «Здравоохранение».

Первыми пунктами назначения на пути автопоезда стали Красноуфимск, Арти, Первоуральск, Верхний Тагил, Алапаевск и Богданович. На каждой территории специалисты центра СПИДа проводят тренинги для сотрудников различных ведомств – медиков, педагогов, социальных работников и ответственных за социальные сети государственных учреждений. Специалисты получают материалы, которые можно использовать в своей деятельности.

Участники автопоезда проводят экспресс-тестирование на ВИЧ в самых людных частях городов, а для сотрудников крупных предприятий – непосредственно на рабочих местах.

Тестирование уже прошли более 700 человек, а профилактические



тренинги посетили 420 специалистов. Следующим пунктом назначения станет Каменск-Уральский, в маршрутах октября – Реж, Серов и Новая Ляля.

«Мы не первый год вот так проезжаем по региону и можем отметить, что уровень знаний о ВИЧ у жителей уже очень высок. Об этом говорят и цифры: в последние годы уверенно регистрируется снижение первичной заболеваемости», –

отметила главный врач центра СПИДа Анжелика Подымова.

Партнёр автопоезда – фонд «Новая Жизнь» также продолжает свою деятельность в городах Свердловской области. Общественники проводят профилактические беседы и тестируют на ВИЧ людей из групп риска.

Алёна ЖУКОВА,

Екатеринбург.

Визиты

Рабочий визит в братскую республику

Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко в рамках рабочего визита в Республику Беларусь выступил с докладом в ходе «правительственного часа» на заседании Совета Парламентского Собрания Союза Беларуси и России. Заседание провёл председатель Госдумы РФ Вячеслав Володин. В повестке значилось обсуждение вопросов межрегионального и приграничного сотрудничества в рамках Союзного государства, обеспечения равных прав граждан Республики Беларусь и Российской Федерации в области здравоохранения, вопросы организации и проведения мероприятий по празднованию 80-летия Победы в Великой Отечественной войне.

В.Володин, открывая заседание совета, отметил, что главы государств Владимир Путин и Александр Лукашенко большое внимание уделяют вопросам интеграции, развитию отношений между странами в рамках Союзного государства. И, конечно, вопрос здравоохранения – один из ключевых.

М.Мурашко и его коллега из Беларуси Александр Ходжаев подписали меморандум об укреплении сотрудничества в области медицины катастроф. Он направлен на совершенствование организации и оказания медицинской помощи в двух странах при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера. Рабочим органом по реализации документа с белорусской стороны выступил Республиканский центр организации медицинского реагирования, а с российской – Федеральный центр медицины катастроф.

Участники заседания договорились принимать совместные меры по предотвращению и ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных

ситуаций; обмениваться опытом и информацией о научно-технических достижениях в области медицины катастроф и ликвидации медико-санитарных последствий ЧС; проводить совместные образовательные и научно-практические мероприятия для повышения уровня подготовки медработников, а также совместные учения и тренировки по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, в том числе с участием мобильных медицинских формирований; дополнительно проработать механизм медицинской эвакуации граждан России и Республики Беларусь, пострадавших в ЧС.

В рамках оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях особенно важны алгоритм, протоколы, эвакуация пациентов, сказал М.Мурашко. Он также отметил большую роль обучения медицинского персонала и взаимодействия в рамках телемедицинских консультаций.

А.Ходжаев, в свою очередь, подчеркнул, что на сегодняшний момент те знания, которые формируются в рамках взаимодействия двух стран, отрабатываются на практике. Они строятся на доверительных и уже системных контактах, длящихся не один год.

Среди совместных приоритетов М.Мурашко выделил совершенствование системы оказания медицинской помощи, включая сближение программ государственных гарантий и формирование межгосударственной системы покрытия расходов. Это позволит расширить взаимодействие в здравоохранении, включая плановую помощь и ситуации, когда необходима разработка индивидуальных программ лечения пациентов.

По словам главы Минздрава РФ, российской и белорусской сторонами было определено направление для

сотрудничества на ближайшие 2 года. Ключевым является углубление интеграции между двумя странами.

Ежегодно увеличивается количество граждан Беларуси, получающих бесплатную медицинскую помощь в российских государственных учреждениях. В 2023 г. число госпитализаций составило почти 10 тыс. Дорогостоящую помощь при онкозаболеваниях получили 1 тыс. человек. Тяжёлые хирургические вмешательства на сердечно-сосудистой системе, в области нейрохирургии, прошли 59 человек. При оказании медицинской помощи гражданам Беларуси обеспечиваются лекарственными препаратами в соответствии с порядками и клиническими рекомендациями, рассказал М.Мурашко.

По словам главы Минздрава Беларуси, одними из важнейших вопросов являются сближение законодательства в сфере оказания медицинской помощи, а также унификация клинических рекомендаций и протоколов двух стран. Перспективное направление – разработка и реализация проекта по развитию трансграничных телемедицинских решений в рамках двустороннего сотрудничества. Это особенно важно в условиях развития современных технологий, уточнил он.

Кроме того, растёт количество граждан Республики Беларусь, получающих образование в организациях Минздрава РФ. Прорабатывается соглашение о признании и эквивалентности документов о медобразовании, выданных на территории Беларуси. В ассоциации ректоров медицинских вузов также принимают участие белорусские коллеги, что позволяет выстраивать одинаковые программы по подготовке специалистов. Действует также меморандум о взаимопонимании и сотрудничестве в сфере непрерывного медицинского образования.

В рамках поездки глава М.Мурашко вместе с В.Володиным посетил кардиохирургический корпус Могилёвской областной клинической больницы. Они ознакомились с особенностями организации медицинской помощи в регионе.

Павел БАЛАГИН.

Дела судебные

Врач добился справедливости

Костромской областной суд рассмотрел в апелляционной инстанции гражданское дело по иску заведующего отделением одной из местных больниц о возмещении компенсации морального вреда в порядке реабилитации.

Как указывал врач в иске, вступившим в законную силу приговором суда он был оправдан по предъявленному обвинению в совершении преступления по статье «причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей» за отсутствием в его действиях состава преступления. В связи с уголовным преследованием он более 2 лет испытывал нравственные страдания. Работать и жить с этим грузом было тяжело. Пациенты перед операциями спрашивали, не зарежет ли он их. Были периоды, когда истец и сам начинал сомневаться в своей квалификации, его коллеги и руководство предлагали ему признать вину, чтобы уголовное преследование быстрее завершилось. У него возникали мысли уволиться с работы. Всё это отразилось и на его семье. После его полного оправдания никаких извинений, опровержений сделано не было. Истец просил средств казны Российской Федерации в его пользу компенсации морального вреда.

Согласно материалам дела, истца обвиняли в том, что вследствие ненадлежащего исполнения им своих профессиональных обязанностей он согласился с выбранным консилиумом врачей тактически неверным способом консервативного лечения вместо выполнения срочной операции, что привело к негатив-

ным последствиям в виде смерти пациента. Однако суд на основе подробного исследования медицинских документов, результатов патологоанатомического исследования и заключений двух судебно-медицинских экспертиз, а также совокупности иных доказательств пришёл к выводу о невиновности подсудимого и полностью оправдал его. Решение вступило в законную силу.

При определении размера компенсации суд учёл, что реабилитация является полной, срок уголовного преследования составил более 2 лет, истцу вменялось в вину совершение преступления небольшой тяжести, мера пресечения в отношении подозреваемого не избиралась. До рассматриваемых событий к уголовной и административной ответственности врач не привлекался, судим не был, по месту жительства и месту работы характеризуется положительно, на учётах не состоит, имеет несовершеннолетнего ребёнка на иждивении. Кроме того, суд учёл общественный резонанс по уголовному делу, характер перенесённых истцом нравственных страданий, ухудшение его психологического состояния, негативное влияние уголовного преследования на жизнь истца и его семьи в целом.

Решением районного суда с Министерства финансов за счёт казны Российской Федерации взыскана компенсация морального вреда в порядке реабилитации в размере 800 тыс. руб. Решение было проверено в апелляционном порядке областным судом, оставлено без изменения и вступило в законную силу.

Владимир ЧЕРНОВ.

Официально

Доступность лекарств на селе

Правительство России продолжает системную работу, направленную на повышение доступности лекарств для жителей сельской местности.

В ближайшее время все обособленные подразделения медицинских организаций в сельских населённых пунктах, где нет аптек, смогут получить лицензию на розничную торговлю препаратами. Постановление об этом

подписал председатель Правительства Михаил Мишустин.

Раньше возможность отпускать льготные лекарства и продавать их в сельских населённых пунктах, где нет аптек, была только у амбулаторий, фельдшерских пунктов, отделений общей врачебной практики. Снятие таких ограничений позволит повысить доступность препаратов для жителей сельской местности. Людям не придётся ездить в соседние населённые

пункты, чтобы приобрести или получить лекарства по льготе.

Выдавать лицензию на розничную торговлю в сельской местности будут по упрощённой схеме. Соответствующий порядок Правительство утвердит в ближайшее время.

Постановление подготовлено для реализации новых норм федеральных законов «Об обращении лекарственных средств» и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принятых в августе 2024 г.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Подписка-2025

ПОДПИСНЫЕ ИЗДАНИЯ ПОЧТА РОССИИ

КНИГИ ГАЗЕТЫ АЛЬМАНАХИ ЖУРНАЛЫ

2025
1 полугодие

Официальный каталог Почты России на первое полугодие 2025 года

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

8 800 100-00-00

Уважаемые читатели!

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

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

Подписные индексы:

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

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

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

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

КАТАЛОГ
периодических изданий
газеты и журналы

1 полугодие 2025 года

30 лет со своей прессой!

Избранные издания для бизнеса

– **Сергей Иванович, колоректальный рак остаётся очень серьёзной проблемой. Смертность от него снижается, но не так быстро и последовательно, как хотелось бы. Почему никак не удаётся победить эту болезнь?**

– Я сам себе часто задаю этот вопрос. У нас есть все возможности, чтобы успешно лечить и победить колоректальный рак. Во-первых, это легко выявляемое заболевание – достаточно сделать колоноскопию. Во-вторых, на ранних стадиях он легко лечится. И самое главное – у нас есть меры вторичной профилактики. Таким образом, готовы все составляющие, позволяющие нам минимизировать эту проблему.

Но тем не менее, что нам говорит статистика? Колоректальный рак устойчиво занимает третье место в структуре онкологических заболеваний и второе – по смертности. Это очень актуальная проблема.

Примерно у 80 тыс. людей в нашей стране ежегодно выявляется колоректальный рак, причём в 50,3% случаев на поздних стадиях. Но самая страшная статистика одногодичной летальности. Она очень высокая и составляет 19,6%. Это значит, что пациенты слишком поздно обращаются к специалистам и вылечить их уже сложно. Но если мы выявляем заболевание на ранних стадиях, то более чем в 90% случаев люди выздоравливают.

Стоит подробнее остановиться на методах профилактики. Примерно 90% случаев колоректального рака развивается из полипов. Достаточно их вовремя выявить и провести санацию толстой кишки, то есть удаление этих образований. После этого с большой долей вероятности можно утверждать, что опасной патологии не будет.

– **Статистика действительно заставляет задуматься. Однако вопрос для многих достаточно деликатный. Бытует мнение, что колоноскопия не что постыдное. Пациенты наверняка спрашивают о других способах диагностики?**

– Мы просто хотим обмануть себя. В колопроктологии вообще все исследования неприятные. Темы – табуированы. Первое обследование – пальцевое. Кто мечтает, чтобы ему его сделали? Наверное, нет таких людей. Даже в прессе зачастую мы не всё можем говорить. Хотя это просто диагнозы или наша анатомия: анальная трещина, анус, половые органы. Никто не хочет рассказывать о том, какой стул у него был, есть ли там патологические примеси. А это очень мощный индикатор для того, чтобы забить тревогу. Нежелание обсуждать проблемы и пути их решения приводит к такой печальной статистике.

Что касается колоноскопии – это сейчас обычная, рутинная процедура. Её проводят под седацией и без неё. Она стала настолько привычной, как осмотр глотки, глаз, ушей и так далее. Эта медицинская процедура сейчас практически не сопровождается никакими осложнениями. Эстетическую, пугающую пациента, составляющую можно минимизировать. Раньше у всех в голове были мысли о необходимости ставить кучу клизм и привлекать для этого медперсонал. Сейчас подготовка кишки осуществляется самостоятельно больным, очень удобными перорально применяемыми слабительными. Человек психологически никаким образом не страдает от этого. Колоноскопия – великолепный метод диагностики колоректаль-

ного рака и полипов. Заменять его на что-то не нужно.

– **Удаление полипов в прямой кишке. Ещё недавно эта процедура считалась чуть ли не операцией, а сегодня их удаляют во время диагностической колоноскопии...**

– Технологии сейчас невероятные продвинулись вперёд. Раньше мы, как хирурги, в процессе операции испытывали профессиональное удовлетворение от того, что можем больше отрезать.

Экспертный уровень

Табуированная тема



С.Ачкасов

Диагноз, болезнь – это личное пространство каждого человека. А есть направления медицины, являющиеся в сознании пациентов закрытыми темами. Даже с врачом не все готовы обсуждать некоторые свои проблемы со здоровьем. Колопроктология – как раз такое направление. Сами врачи этой специализации отмечают некую табуированность вопросов, связанных с их деятельностью, особенно когда дело доходит до публичного обсуждения. Обозреватель «МГ» встретился с директором ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, членом-корреспондентом РАН Сергеем АЧКАСОВЫМ и научным руководителем центра, академиком РАН Юрием ШЕЛЫГИНЫМ, чтобы узнать о новых тенденциях и разработках в этой сфере, а также поговорить о том, насколько некая закрытость мешает в профилактике болезней.



Ю.Шелыгин

В настоящее время я получаю удовольствие от того, что можно ограничиться каким-то минимальным вмешательством, – сказал Ю.Шелыгин. – Появились технологии внутрипросветной хирургии. Даже там, где есть уже подозрение на рак, можно обойтись без удаления органа. Аппаратура столь совершенна, что при локализации образования в толстой кишке есть возможность провести прижизненную оптическую биопсию. То есть эндоскописты могут уже судить об изменении структуры в этом образовании, степени дисплазии.

И как раз при удалении полипов можно обойтись таковым органосберегающим оперативным вмешательством, которое сейчас отработано, в частности, у нас в клинике.

– **А как обстоят дела со скринингом?**

– Это не просто актуальная тема, а очень важное и перспективное направление, – отметил С.Ачкасов. – Необходимость скрининга колоректального рака очень чётко говорит о том, что без этого мероприятия мы не сможем кардинально изменить имеющуюся статистику. Что такое скрининг? Это когда обследуются большие массы населения, не предъявляющие жалобы. Если больной приходит и сообщает: «у меня кровь с калом, вздутие, боли в животе» – это уже обследование пациента с подозрением на серьёзные проблемы.

Скрининг нужен для того, чтобы выявить болезнь на ранних стадиях. Из 100 исследуемых у 40 обнаруживаем полипы. И в этом случае мы удаляем новообразования до того, как они трансформировались в рак. Поэтому скрининговая программа очень важна. Однако не всё так просто. Необходима очень мощная поддержка государства и нашего правительства. Даже Министерство здравоохранения

Ещё одна важная составляющая – специалисты. Частота выявления аденом является характеристикой квалификации врача-эндоскописта. За рубежом существует такой показатель, как Adenoma Detection Rate (ADR). Он определяет уровень специалиста. Если ADR составляет меньше 20%, то врач не имеет права выполнять скрининговую колоноскопию. То есть ему ещё надо учиться, набираться опыта.

Следующий фактор, набивший уже оскомину, – просвещение широких масс населения о необходимости такого обследования. Люди должны приходить не потому, что их заставили на работе, а самостоятельно – без лишнего напоминаний. Это вопрос их здоровья и даже жизни.

Проблема информирования и низкой приверженности населения свойственна не только нашей стране. Существует фекальный иммунохимический тест для выявления скрытой крови в кале. В Англии решили провести скрининг колоректального рака и, чтобы не делать дорогостоящие исследования, сначала просто раздали миллион тестов. В итоге половина людей просто не стала делать этот анализ. Население пока не готово.

Не случайно Президент, когда говорил о программе активного долголетия, отметил не просто необходимость увеличения продолжительности жизни, а именно активной и качественной жизни. Поэтому нужно задействовать огромный комплекс мероприятий. Начиная с воли государства, финансирования, материально-технического обеспечения, решения кадрового вопроса и информационной работы с населением.

Говоря о финансировании, важно отметить, что на лечение одного больного с четвёртой стадией заболевания тратятся

невероятные деньги, суммы могут составлять миллионы рублей. Если мы подойдём к этой проблеме по-государственному и поймём, что у нас есть пул пациентов с запущенными формами, тогда мы посчитаем средства на их лечение. Далее спроецируем сумму на этап скрининга и доклинического выявления рака на ранних стадиях. В итоге увидим, что экономия получится огромная.

– **Юрий Анатольевич, вы являетесь, наверное, одним**

стоит начинать детальное обследование.

Самое сложное – заставить людей прийти, подвергнуться всем процедурам, и это, наверное, даже более сложный процесс, чем вложить средства в подготовку эндоскопистов и закупку оборудования. Если у наших граждан не изменится отношение к этим вопросам и они не поймут, что это необходимо, то преодолеть проблему будет невозможно. В этой работе большая

из главных инициаторов скрининговой программы. Действительно она настолько перспективна?

– Сейчас происходят сумасшедшие изменения в плане возможности удаления опухолей. Современные аппараты, лучевая терапия отлично помогают в работе. При этом пациент хорошо переносит эти оперативные вмешательства. Но самое главное в том, что это не приводит к кардинальным изменениям в статистике пятилетней выживаемости.

Я тут полностью подтверждаю слова Сергея Ивановича, что единственный способ – это своевременно выявить полипы и удалить их. Они не появляются просто так, в нормальном жизненном цикле эпителиальной клетки. Происходят какие-то нарушения регуляции. Только организация именно диагностики раннего рака поможет справиться с проблемой.

В некоторых странах, давно занимающихся скринингом, выделяют разные возрастные пороги, в основном от 50 лет. И начинается исследование именно с выполнения колоноскопии.

В наших условиях на данный момент мне представляется это невозможным, даже если все согласятся. Мы не осилим такой поток населения. Поэтому требуется выявлять группы риска. Весь последний год наши сотрудники занимаются разработкой анкеты. Она позволит как раз определить группы риска и, соответственно, уменьшить количество пациентов, которые нуждаются в колоноскопии. Если, согласно анкете, никаких рисков у человека нет, то ему рекомендуется явиться через положенный срок. При появлении сомнений – мы можем направить на исследование содержания уровня гемоглобина в кале. Если будет выявлено превышение порогового значения, тогда уже

роль у масс-медиа – донести до людей, что колоректальный рак очень серьёзное заболевание с высокой смертностью, поэтому очень важна профилактика.

Конечно, есть положительные примеры. Так, мы не можем обойти вниманием Москву. В целом все составляющие сработали – и организация направления пациентов, и то, что открыты такие вот центры именно скрининговой колоноскопии, и доступность. В итоге даже за непродолжительный период уже наблюдаются подвижки. Например, увеличилось число пациентов с доброкачественными образованиями, которые могли стать злокачественными. Главный внештатный специалист-онколог Москвы Игорь Хатьков докладывал, что ситуация меняется в лучшую сторону, есть тенденция к выявлению ранних форм рака и сокращается число запущенных.

За последние годы мы совершили огромное количество выездов в регионы. И это всё на добровольных началах. Как правило, эта модель отработывается на промышленных предприятиях с большим количеством работников. Проводим разъяснительные беседы, затем, при наличии показаний, наши же эндоскописты приезжают и выполняют колоноскопию. Был случай, когда руководитель предприятия собственным примером мотивировал всех из группы риска пройти исследование. Всё потому, что мы обнаружили у него образование и удалили с помощью эндоскопии, предотвратив серьёзные проблемы. То есть здесь сыграл личный опыт. И это тоже хороший способ пропаганды и информирования. В других странах известные люди, политические деятели не боятся заявлять о своих диагнозах и рассказывать о необходимости своевременной диагностики.

Запущенные формы очень сложно поддаются лечению. Мы прикладываем для этого все силы, но это всегда связано с какими-то потерями для пациента. В ряде случаев приходится формировать стомы и затем делать реконструктивные операции, если это возможно. Это сопровождается поражением печени и необходимостью удаления её значительных участков. Очень сложная хирургическая операция требует огромных моральных и физических затрат от пациента.

Борьба с колоректальным раком всё-таки должна начинаться именно со скрининга.

– Насколько наша система готова к проведению скрининга?

– Большую роль играет политическая воля, – подчеркнул Ю.Шельгин. – Если взять регионы, где мы были и проводили эти проекты, то не везде есть положительная реакция от властей и наших коллег из здравоохранения. Нужны пилотные проекты, чтобы показать необходимость для конкретного региона. Мы около двух лет выезжали в Оренбургскую область и там, благодаря министру здравоохранения и губернатору, удалось оборудовать кабинеты, оснастить их современным оборудованием в трёх крупных медицинских организациях региона. Сейчас мы с радостью слушаем доклады коллег о том, что уже происходят сдвиги. Достаточно мотивировать, показать, что это необходимо, и все включаются в работу и находят возможности.

Ещё положительный опыт в Башкортостане и Татарстане. Там тоже на базе онкодиспансеров создали координационные центры и сеть кабинетов. С каждым годом у них увеличивается количество людей, приходящих на эти исследования.

Почему мы в каждом регионе говорим о создании центров координации? Это важный момент. Именно они организуют, контролируют, маршрутизируют, анализируют и корректируют работу. На базе чего они будут созданы: онкодиспансеры или больницы – не важно, главное – чтобы такие центры были.

Надо понимать, что скрининг – это многолетняя программа. Не получится обеспечить результат здесь и сейчас. Внедрение будет происходить постепенно. И если работа ведётся постоянно, то мы можем добиться заметных результатов.

Теперь об открытии самих кабинетов. Они могут также располагаться в любом лечебном учреждении, главное – удобство для жителей. Оснащать их необходимо современным оборудованием и подбирать хороших специалистов для работы.

– Мы с вами затронули тему технического оснащения. Оно за последние годы очень сильно изменилось. Что из современных разработок внедряется в НМИЦ?

– Прежде всего, это искусственный интеллект (ИИ), – сказал директор НМИЦ колопроктологии. – Он просто всё раздвинул локтями и ворвался в нашу жизнь. Я смею утверждать, что ИИ разделил жизнь человечества на период до его появления и после. Мы не были в стороне, а наблюдали, как искусственный интеллект активно внедряется во все сферы жизнедеятельности человека. Вы видите, каждый день видеокamеры, которые фиксируют номера машин, превышение скорости, пересечение полос, – это всё благодаря ему. В сельском хозяйстве использу-

ется ИИ. Специальная военная операция показала, насколько поменялась тактика ведения боевых действий при использовании современных технологий с использованием ИИ.

Если уж говорить о колопроктологии, то мы с Юрием Анатольевичем и нашими коллегами, прежде всего эндоскопистами, давно хотели бы улучшить выявляемость опухолей, мелких доброкачественных новообразований. И поэтому по инициативе и при поддержке Минздрава, НМИЦ колопроктологии им. А.Н.Рыжих совместно с компанией разработчиком ООО «АЛНИСОФТ» создан программный продукт ArtInCol, получивший регистрационное удостоверение Росздравнадзора. Колоноскопия – это абсолютно оператор-зависимый метод. То

сопоставить с результатом морфологического исследования, объединить данные. У нас был привлечён весь коллектив. Ординаторы и аспиранты помогали выполнять рутинную работу там, где не надо было демонстрировать знания высокого уровня. Мы просмотрели 10 тыс. видеоизображений и создали датасет.

Потом было произведено машинное обучение. Конечно, столкнулись с огромным количеством проблем. Например, машина сходила с ума, когда видела семейный аденоматоз – это заболевание, характеризующееся множеством (более 1000) полипов. Кусочек кала на кишечной стенке, пузырёк воздуха, цапка, клипса – всё вызывало неправильную трактовку со стороны программы. В ручном режиме

слизистой. Поэтому надо чётко видеть границу с патологическим образованием. В итоге оставили четыре уголка. И такой тщательный подход был во всём. Это титанический труд. Каждая деталь имела огромное значение.

Минздрав увидел, что есть перспективы, и дал возможность довести работу до конечного продукта. Вы знаете, занимаясь ИИ, какой путь нужно пройти? После сбора датасета и машинного обучения предстояло сделать рабочую версию, далее *minimal viable product* – минимальный жизнеспособный продукт, конечную программу, а также пройти этап регистрации, публикации и включения этого инструмента в клинические рекомендации. Сейчас остался последний этап.



Специалисты НМИЦ колопроктологии им. А.Н.Рыжих регулярно выезжают в регионы

есть большая роль отводится человеку. У нас работают эндоскописты экспертного уровня, без ложной скромности можно сказать, одни из самых опытных в стране и в мире. Это связано с тем, что у нас организация работы построена таким образом – выделено подразделение, занимающееся этими исследованиями. Их делают много, на аппаратах экспертного уровня, и постоянно повышают квалификацию. У нас было проведено тандемное исследование. Это значит, одному больному проводилась колоноскопия без ИИ, разработанного нами, и с искусственным интеллектом. Так вот у эксперта этот показатель был 40%, а с внедрением современной программы в помощь оператору – 56%.

Для чего же всё это нужно? Мы понимаем, что существует огромный дефицит эндоскопистов, особенно высокого уровня, и если помочь анализировать видеопоток с помощью искусственного интеллекта, то именно эта точка применения будет наиболее эффективной.

Когда Минздрав России обратился к нам с предложением реализовать субсидию по набору датасета, мы, конечно же, очень активно включились в работу. Два года назад мы получили материальное подкрепление и взялись за дело.

Собрать датасет – это самое главное при создании продукта с искусственным интеллектом. Эксперт должен выявить это образование, оконтурить его,

обучали создаваемую модель ИИ работать максимально точно без ложных срабатываний.

Ещё один пример нашей кропотливой работы с эндоскопистами – выбор рамочки. Казалось бы, что может быть проще? Сначала выбрали квадратную и красную, при этом достаточно толстую, чтобы сразу её увидеть. Ой, как здорово, показалось нам – не пропустишь такую. Эндоскопист приходит и говорит: «Давайте сделаем более тонкую. Она мешает, забивает нам глаз». Эндоскописты – это совершенно другие люди. Они смотрят другими глазами. Так же, как рентгенологи, к стати. Сделали тонкую рамочку. Потом он приходит, предлагает: «Давайте изменим цвет рамочки». Казалось бы, зачем? Яркая, заметная, но подслизистое сосудистое сплетение имеет точно такой же цвет, и рамочка мешала оценить структуру сосудистого рисунка. А это одна из характеристик, которую мы должны дать при осмотре. Изменили на зеленовато-бирюзовый, потому что человеческий глаз его лучше воспринимает. Казалось, всё хорошо. Однако следующий вопрос был таким: «Где вы видели квадратные полипы?» Сделали полуовальную рамочку. Ну теперь-то аргументы точно закончились... Это окончательный вариант. Через какое-то время приходит коллега с новым предложением – отказаться от рамочки, разорвав её. Чтобы оценить образование и дать его точную характеристику, мы должны сопоставлять его со здоровой

Теперь давайте вернёмся к самой программе ИИ, разработанной у нас. Её аналогов в России нет. Это не просто искусственный интеллект, а платформенное решение. Например, когда вы выстраиваете маршрут в навигаторе, строит его искусственный интеллект, а все карты – это платформенное решение. В нашем программном обеспечении поиском образований занимается ИИ, а платформенное решение позволяет архивировать все видеозаписи, аккумулировать их в хранилищах и анализировать. То есть мы нажатием кнопки можем выдавать любую статистику: по конкретному специалисту, лечебному учреждению, региону и даже стране.

Особые слова благодарности нашим разработчикам, они продавали огромный объём работы.

Очень важна была финансовая поддержка. Мы выиграли грант Сколково. Там тоже увидели перспективы продукта. На днях мы завершили все работы и подали отчёт. У нас всё получилось.

– В завершение давайте остановимся на планах, а точнее, будущем колопроктологии. Вы сами являетесь участниками глобальных изменений в этой области медицины, а что, по-вашему, может ещё произойти в ближайшие годы?

– Вы знаете, тут всё достаточно непросто, – поделился Юрий Анатольевич. – Для примера возьмём лечение распространённого геморроя. Сколько уже сделано. Мы ушли от того, что было положено несколько десятков лет

назад. Раньше считалось, что нужно удалить геморроидальные узлы, как внутренние, так и наружные. В результате образовывались раны. Сейчас уже лечится не геморрой вообще, а те узлы, которые там находятся. Чаще всего они располагаются по условному циферблату – на 3, 7 и 11 часах. К каждому применяются разные дифференцированные методы. Какой-то по-прежнему иссекается, но делается это совсем другими инструментами, например, ультразвуковыми ножницами, другой может лечиться с помощью воздействия лазера, третий – введением препарата.

Я показал на такой простой модели, что всё не стоит не месте. Наша задача – проводить исследования, искать новые методы, проверять их эффективность. Это бесконечный процесс.

А уж если мы говорим об онкологических заболеваниях, то тоже достаточно много сделано, и не меньше открытий ещё предстоит. Диагностика, лечение, инструменты – мы идём вперёд семимильными шагами.

– Если коротко подытожить, как я вижу колопроктологию завтрашнего дня, то она будет безболезненной, – сказал С.Ачкасов. – Это то, о чём говорил Юрий Анатольевич, – огромное количество методик, в том числе малоинвазивных. Действительно, раньше больной с геморроем – это неделя в отделении, дикие боли во время перевязок, ужас ожидания первого стула, месяц-полтора нельзя выйти на работу. Пациенты надолго становились социально дезинтегрированными, просто выпадали из жизни. Сейчас у нас есть процедуры, позволяющие в амбулаторных условиях или в дневном стационаре провести лечение, причём оно будет безболезненным.

Малоинвазивные технологии вошли в нашу практику. Казалось бы, мы ещё недавно стояли у истоков лапароскопической хирургии и видели точно такую же метаморфозу после полостных больших операций. Разрез делался от мечевидного отростка до лона. Это были тяжелейшие вмешательства, сопровождавшиеся большой кровопотерей. С внедрением лапароскопических операций она стала, как мы говорим, несочислимая, то есть настолько маленькая, что мы не можем посчитать её.

В будущем я вижу огромный перспективу внутрипросветных операций. Всё будет идти к тому, что вмешательства станут безболезненными, малоинвазивными.

Уверен, воспалительные заболевания кишечника и колоректальный рак будут не оперироваться, а лечиться так называемыми таргетными генно-инженерными лекарственными препаратами.

Ну и вернёмся к скринингу. Ранняя диагностика – это краеугольный камень борьбы с колоректальным раком. Скрининг и колоноскопия будут выполняться так же, как флюорография. При борьбе с туберкулёзом государство приняло волевое решение и обязало всех раз в год проходить исследование. И это до сих пор соблюдается. Вот когда колоноскопия в возрастной категории пациентов старше 40 лет будет делаться, например, сначала раз в 2 года, а у пациентов старше 65 – раз в год, мы победим колоректальный рак. Он больше не будет такой проблемой, и уменьшится если не частота выявления, то уровень летальности из-за него точно.

Сергей БУДАЧЕНКОВ,
обозреватель «МГ».

Давно мы не видели вместе такого числа академиков и членов-корреспондентов РАН, что собрались солнечным сентябрьским днём перед главным корпусом флагманского хирургического центра страны. К ним присоединились представители палат Федерального Собрания РФ, министр здравоохранения РФ, зарубежные гости. Они – с участием почётного караула – возложили венки к памятнику великому хирургу Александру Васильевичу ВИШНЕВСКОМУ.

Мы уже описывали произошедшие накануне памятные мероприятия на Новодевичьем кладбище (см. «МГ» № 36 от 11.09.2024) и «Вишневские чтения» (см. «МГ» №37 от 18.09.2024), посвящённые 150-летию со дня рождения академика А.В.Вишневского и 80-летию НМИЦ хирургии им. А.В.Вишневского. После церемонии возложения венков в конференц-зале участников торжественного заседания учёного совета приветствовал директор НМИЦ, главный хирург Минздрава РФ, академик РАН Амиран Ревшвили. Затем прозвучал гимн России, и на трибуну поднялась заместитель председателя Правительства РФ Татьяна Голикова для оглашения приветствия Президента РФ Владимира Путина.

«У истоков создания центра стояли выдающиеся представители медицинского, врачебного сообщества нашей страны – учёные, врачи-клиницисты, организаторы здравоохранения, – говорилось в нём. – Многие из них недавно вернулись с фронта, где в сложных условиях оказывали помощь раненым бойцам и командирам. И, конечно, огромную, поистине уникальную роль в становлении вашего института сыграл прославленный учёный, хирург Александр Васильевич Вишневский, чей 150-летний юбилей мы отмечаем в эти дни. Отрадно, что нынешний коллектив чтит профессиональные, нравственные заветы своих предшественников, достойно продолжает традиции милосердия и подвижничества, верности долгу. В стенах Центра проводятся серьёзные исследования, разрабатываются и внедряются в практику передовые методики и технологии лечения и реабилитации пациентов, развиваются все направления хирургии. Особо отмечу квалифицированную медицинскую помощь,

– Центр не остался в стороне и в период пандемии, принимая пациентов с коронавирусной инфекцией, – отметил в своём приветствии министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко. – Мы помним яркий сюжет, когда самая возрастная, 93-летняя пациентка выписалась из этих стен. Это было событие, потому что преодоление в тот момент неизвестной жёсткой болезни в таком возрасте укрепило в медицинском сообществе уверенность в способности победить новый недуг.

Министр отметил важную роль центра, оказывающего помощь раненым бойцам СВО, уникальную по появляющимся здесь научным разработкам, выполнению практико-ориентированных задач, проведению клинических исследований.



Возложение венков к памятнику А.В.Вишневскому

Владимир Порханов, Валерий Кубышкин, Елена Голухова, Сергей Бойцов, Игорь Хатьков, Алексей Шабунин, Олег Лоран, профессора Пётр Яблонский, Эдуард Гальперин, Виктор Цвиркун, другие известные врачи и учёные, хирурги Беларуси и Узбекистана. С видеобращением выступил профессор Леонид Рошаль.

Интереснейший эпизод вспомнил академик РАН Юрий Шевченко. Во время первой в стране трансплантации сердца, проведённой в Ленинграде в ноябре 1968 г., он был курсантом 1-го курса Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова и откликнулся на ночной призыв поделиться O(I) группой крови с реципиенткой.

– После переливания в комнату, где я находился на каталке, вошёл

Акценты

Первый орден Пирогова на знамени учреждения

Он вручён на торжественном заседании учёного совета НМИЦ хирургии им. А.В.Вишневского, отметившего 80-летие



Т.Голикова вручает А.Ревшвили орден Пирогова

минимально инвазивной хирургии и разработке новых медицинских технологий. Среди последних – биodeградируемые билиарные стенты, гидрогели для лечения ран и лечения перипротезной инфекции, торакоабдоминальные дренажи, цифровой микроскоп RoboScope, роботический комплекс для проведения автоматизированного ультразвукового исследования в урологии.

Александр Александрович Вишневский, руководивший пересадкой, – сказал Юрий Леонидович. – Спросил меня о самочувствии, откуда я, кто мои родители, кем хочу стать. «Если хочешь быть хирургом – учись хорошо!», – сказал выдающийся хирург. Так солнечный ветер судьбы устремил меня в великую специальность.

Самым оригинальным подарком центру-юбиляру стала демонстра-



М.Мурашко вручает медаль «За заслуги перед отечественным здравоохранением» главному комбустиологу МЗ РФ профессору А.Алексееву



Приветствие академика РАН Ю.Шевченко

которую вы оказываете участникам специальной военной операции».

Указом Президента РФ коллектив Национального медицинского исследовательского центра хирургии им. А.В.Вишневского награждён орденом Пирогова за «заслуги в области здравоохранения и многолетнюю добросовестную работу федерального государственного бюджетного учреждения» – первым среди клиник страны.

С приветственным видеобращением выступил председатель правительства РФ Михаил Мишустин, поздравление председателя Совета Федерации РФ Валентины Матвиенко огласила её заместитель Инна Святенко.

Коллектив центра поздравили руководитель ФМБА России, академик РАН Вероника Скворцова, статс-секретарь – заместитель министра обороны РФ Анна Цивилёва, председатель Комитета по охране здоровья Государственной Думы РФ Бадма Башанкаев, от Российской академии наук – академик РАН Михаил Пирадов, представители разных конфессий.

С большим докладом об истории и достижениях НМИЦ хирургии им. А.В.Вишневского выступил А.Ревшвили. Ежегодно в центре проводится более 8,5 тыс. операций, госпитализируется более 10 тыс. пациентов из различных

регионов России и зарубежных стран, работают 30 специализированных отделений, 20 операционных. В прошлом году проведено 3086 телемедицинских консультаций. Амиран Шотаевич рассказал о научных направлениях центра, число которых в последние годы достигло 26, растущей динамике публикаций научных статей и количестве изданных монографий, книг, научных пособий и методических рекомендаций.

Перспективы дальнейшего развития для НМИЦ хирургии им. А.В.Вишневского его директор видит в активном участии в национальных проектах, развитии

После актовой речи поздравления от гостей продолжились. На трибуну выходили академики РАН Иван Дедов, Виктор Тутельян,

тивно большая тёмная банка мази Вишневского от академика РАН Сергея Готье.

В этот день многие вишневцы – врачи, медсёстры, младшие медицинские работники – были удостоены медалей, почётных грамот, благодарностей от Минздрава РФ, РАН, руководства НМИЦ хирургии им. А.В.Вишневского. Среди них – проработавшие в центре более 50 лет.

Закончилось торжественное заседание символично. Спасённый после многих месяцев лечения в НМИЦ хирургии им. А.В.Вишневского молодой афганец – житель Белгорода, его русская жена и отец произнесли слова благодарности, которые затронули самые сокровенные нити души каждого находившегося в аудитории. Ради таких минут присутствующие выбрали профессию медика.

Альберт ХИСАМОВ,
обозреватель «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.



Пациенты из Белгорода

Профилактические обследования играют важную роль в выявлении предопухоловой и раковой патологии на ранних стадиях. В НИИ онкологии Томского национального исследовательского медицинского центра провели анализ их результативности на территории Сибири и Дальнего Востока и выяснили, какие проблемы сдерживают потенциальную результативность профилактики рака и возможность его своевременной диагностики.

Говорящие цифры

Вообще, согласно данным Международного агентства по изучению рака, рост онкозаболеваемости – это общемировая тенденция. По прогнозу, к 2030 г. ещё 24 млн человек заболеют, а 12,9 млн – умрут от онкологических заболеваний, что на 70% и 57% соответственно больше заболевших и умерших в 2012 г.

Для экономически развитых стран характерны повышение заболеваемости в связи со старением населения и факторами риска, сопровождающими развитие цивилизации, а также динамическое снижение смертности. Последнее обусловлено прогрессом в диагностике, лечении и профилактике рака. Что касается России, здесь ежегодно выявляется около 675 тыс. новых случаев онкологических заболеваний; погибает от злокачественных новообразований около 270 тыс. человек.

Итак, что показало исследование Томского НИИ онкологии? Онкологическая заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований на территории Сибири и Дальнего Востока выше, чем в среднем по России. Организация помощи в целом похожа на среднероссийскую, но имеет особенности. Они объясняются медико-географическими отличиями этой огромной территории. Так, малая плотность населения – 3,9 и 1,2 человека на км² в СФО и ДФО (в РФ – 8,6 человек на 1 км²) – ассоциирована с удалённостью, изолированностью территорий, сложной транспортной схемой, суровым климатом, что значительно осложняет оказание медицинской помощи.

В 2023 г. онкологическими заболеваниями страдали 3,5% населения Сибири и Дальнего Востока. За пять лет реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» на этих территориях, как и по стране в целом, значительно улучшились основные целевые показатели качества помощи: выше стал уровень морфологической верификации опухоли, ранней диагностики (I-II стадии рака), удельного веса состоящих на учёте 5 и более лет, снизилась летальность в течение первого года с момента установления диагноза.

При этом в 2023 г. имели I-II стадии рака в СФО 59%, в ДФО 58% больных. Это не самые высокие показатели. Зато одногодичная летальность высокая – 21%.

Ещё немного убедительных цифр. Выявляемость опухоли на стадии in situ – самый впечатляющий по контрастности показатель. Так, при раке шейки матки (РШМ) максимальный уровень раннего выявления болезни достиг как раз в Томской области – 168 случаев рака in situ на каждые 100 случаев выявленного инвазивного рака. В Сахалинской области – 126, Забайкальском крае – 110 случаев. Минимальные же показатели в Еврейской АО – 4,8 и Омской области – 5 случаев опухоли, выявленной на доклинической стадии на каждые 100 случаев РШМ, которые уже очевидны.

При раке молочной железы разрыв не столь впечатляющий, но всё-таки существенный. Максимум случаев диагностики заболевания на стадии in situ в Республике Саха (Якутия) – 9 на 100 выявленных инвазивных опухолей, в Сахалинской области – 6,5. Минимум на Чукотке – 0 случаев, в Еврейской автономной области и Республике Тыва – немногим больше 1 случая in situ на каждые 100 состоявшихся новообразований.

Наиболее драматичную по ожидаемым последствиям IV стадию заболевания имел каждый пятый онкобольной в обоих федеральных округах. По последнему показателю территории СФО и ДФО фактически вписываются в общероссийскую стагнацию уровня запущенности. Надо сказать, что за последние десять лет его снижение составило менее 2%.

Главная тема

Где эффект?

Почему профосмотры не дают ожидаемого онкологами результата



Найти «потерявшихся»

Почему не происходит ожидаемый прорыв в ранней диагностике злокачественных новообразований и снижении смертности от них, хотя именно эти задачи были основными для федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» и системы диспансеризации? С таким вопросом редакция «МГ» обратилась к руководителю лаборатории эпидемиологии НИИ онкологии Томского НИМЦ доктору медицинских наук Лилии Жуйковой.

По словам эксперта, есть целый комплекс факторов, тормозящих гармонизацию системы профилактики рака. И речь не только о ранней диагностике, но также о высоком уровне выявления болезни в уже распространённой степени опухолевого процесса. Важно понимать: показатели запущенности злокачественных новообразований являются не столько медицинской, сколько социальной проблемой. Дело в том, что в большей части запущенных случаев речь идёт о пациентах, поздно обратившихся в лечебные учреждения, не прошедших ни диспансеризацию, ни иные профосмотры. Данное явление ассоциировано с низкой грамотностью населения в вопросах здоровья, и конкретно – порядка оказания онкологической помощи в России. Люди мало знают о работе смотровых кабинетов, проведении диспансеризации и скрининга рака. Огромное значение имеет страх по отношению к этому заболеванию, что приводит человека к позиции «страуса»: он не хочет ничего знать об этом.

Очевиден и феномен недостаточной онкологической настороженности специалистов первичного звена здравоохранения, их информированности о последовательности действий при подозрении на рак. В связи с этим часть онкобольных «теряется» на этапах обследования.

– На решение задачи своевременной диагностики онкопатологии хорошо работает информатизация отрасли. Мы это видим на примере Томской области, где разработана медицинская информационная система (МИС). В неё включены все государственные лечебные уч-

реждения региона. В этой системе медработники подают извещения о каждом случае подозрения на рак или выявлении его, в том числе во время профилактических осмотров, – поясняет Л.Жуйкова.

Данное извещение фактически является направлением пациента в онкологический диспансер. При этом его видят как в диспансере, так и в поликлинике по месту жи-

Формировать такую осведомлённость необходимо как можно раньше. Звучат предложения делать это уже в детском саду. Мы пока считаем оптимальным для таких бесед школьный возраст, – продолжает доктор медицинских наук.

В Томске разработан тематический курс «Основы онкологии для школьников». Сотрудники НИИ онкологии и областного онкоди-

назвать организационные дефекты в системе здравоохранения. Но в этом плане картина неоднозначная, и очень многое зависит от конкретного организатора здравоохранения. В качестве примера приведу Колпашевскую районную больницу Томской области. Здесь главным врачом отлично налажен стоматологический скрининг, в ходе которого и в смотровых кабинетах, и в стоматологическом поликлиническом отделении обязательно проводится осмотр полости рта на опухолевую патологию с помощью стоматоскопов, – рассказывает Л.Жуйкова.

Возвращаясь к вопросу о «сером» населении, спрашиваю эксперта, как должен хороший организатор здравоохранения наладить работу с этой частью жителей своего региона, сельского района, городского микрорайона. По мнению руководителя лаборатории эпидемиологии НИИ онкологии Томского НИМЦ, на территориях с малой плотностью населения, удалённых от лечебных учреждений, на решение задачи профилактики и раннего выявления онкологических заболеваний должна быть направлена выездная работа врачебных бригад и мобильных диагностических комплексов. Практически в каждом субъекте Сибирского и Дальневосточного федеральных округов есть такие труднодоступные уголки, жители которых вряд ли сами поедут на диспансеризацию в ЦРБ. Поэтому, если нужны честные количественные цифры профосмотров, а главное – высокая выявляемость ранних форм злокачественных новообразований, не остаётся ничего иного, как лететь самолётом, плыть по реке, добираться по бездорожью на вездеходе туда, где люди в заложниках у географии.

Правда, работать с городскими жителями, когда на поликлинических участках не хватает ни врачей, ни медсестёр, ничуть не проще. Даже если в поликлинике составят списки людей, а страховые компании направят им письма с приглашением на диспансеризацию, проходят профосмотры одни и те же граждане из раза в раз, из года в год. А кто не делал этого раньше, будет игнорировать их и впредь. Кто и как будет заниматься поиском и убеждением «серого» населения? Вопрос, не имеющий ответа.

Что касается социальной рекламы, популяризирующей здоровый образ жизни и профилактические осмотры, на телевидении её объём мизерный. Между тем в соцсетях, где основной аудиторией являются люди молодого возраста, её нет вообще. И рассчитывать на то, что поток желающих пройти диспансеризацию существенно вырастет благодаря социальной рекламе, не приходится.

тательства. Таким образом, каждый человек с подозрением или установленным онкологическим диагнозом оказывается в поле зрения специалистов.

В информационной системе должны размещаться также результаты обследования. Нельзя ни в коем случае возлагать ответственность за их сохранность и доставку «по адресу» на самих пациентов, подчёркивает эксперт. Причём очень важно, чтобы была налажена связь именно между тем лечебным учреждением, направившим человека на диагностику, и тем, где он эту диагностику проходил, так как зачастую это не одна и та же медицинская организация.

– Если продолжать выдавать результаты на руки людям в надежде на то, что они сразу же пойдут на консультацию к онкологу, то будут продолжать теряться и результаты, и пациенты. В то время как организация информационного обмена даёт медработникам возможность в случае необходимости активно выйти на «потерявшегося» онкобольного. Именно так система организации онкологической помощи должна работать в идеале, – считает руководитель лаборатории.

Никогда не рано

– Вообще тот факт, что в нашей стране отсутствует какая-либо ответственность гражданина за своё здоровье, – весьма серьёзная проблема. Она тоже затягивает достижение целевых показателей в противораковой работе. Если в данный момент государство возлагает ответственность за пациента на медицинских специалистов, то задачей ближайшего будущего всё-таки является осознанный контроль состояния здоровья самим человеком. Между тем идея диспансеризации не нашла отклика у части россиян, – констатирует Л.Жуйкова.

На фоне роста количественных показателей диспансеризации, численности так называемого «серого» (находящегося вне поля зрения системы здравоохранения – авт.) населения, которое не хотело и не хочет обследоваться профилактически, если и уменьшается, то мало. Отчасти поэтому не снижается и уровень запущенности впервые выявленных злокачественных новообразований.

Отсутствие желания и внешних стимулов к сохранению собственного здоровья может быть обусловлено особенностями образа жизни, уровнем образованности, семейными традициями.

– Можем ли мы на это оказать влияние и тем самым существенно изменить ситуацию если не по онкозаболеваемости, то хотя бы по своевременности диагностики рака с последующим эффективным лечением, а значит, и снижением летальности? Можем. Я говорю о первичной профилактике рака. Она базируется как раз на просветительской миссии врачей в обществе. Необходимо информировать население о причинах развития опухоли и способах предупреждения этого процесса.

спансера проводят уроки здоровья для старшеклассников. По словам Л.Жуйковой, слушатели по-разному реагируют на информацию: кто-то с интересом, кто-то пытается закрыться. Но в целом можно сказать, что целевая аудитория выбрана верно.

Что касается содержания таких уроков для школьников, оно должно, конечно, соответствовать их возрасту. Например, тема рака шейки матки вполне уместна, тем более что заболеваемость РШМ молодеет, в том числе и по причине промискуитета уже в юношеском возрасте. В связи с этим подростки должны знать о возможности вакцинопрофилактики вируса папилломы человека и ассоциированных с ним видов рака.

Обязательно говорится о том, как важно женщинам регулярно проходить маммографию, а мужчинам делать анализ на ПСА. Разумеется, беседа со старшеклассниками, медики ставят акцент на отказе от курения, как первичной профилактики рака лёгких.

– Мы транслируем ребятам, что ни в коем случае нельзя допускать формального отношения к осмотру у врача, даже если это просто производственный профосмотр или диспансеризация, с посылкой полноценного осмотра, а не простого визирования «годен» или «здоров». Лучше быть неудобным пациентом и задать все интересующие вас вопросы, чем быть удобным и затем серьёзно заболеть. Нетрудно догадаться, что формализм в ходе профосмотров и диспансеризации – случай не редкий. Об этом говорит тот факт, что у людей, которые недавно «успешно» прошли профосмотр, вдруг выявляются запущенные онкологические заболевания, – поясняет Л.Жуйкова.

Оптимизация в действии

О том, что российская система здравоохранения переживает кадровый кризис, не сказал только ленивый. Причиной дефицита специалистов в том числе становится реорганизация лечебных учреждений. В частности, такие процессы идут в первичном звене на фоне активного обновления материально-технической базы медицинских организаций. В большинстве субъектов Сибири и Дальнего Востока диагностическое оборудование в ЛПУ различного уровня совершенствуется и увеличивается, а вот кадры либо не появляются, либо мигрируют из государственных учреждений в частные, из провинции – в мегаполисы.

Страдает от этого прежде всего пациент: доступность медицинской помощи «узкого» специалиста в поликлинике, медсестры или акушерки в смотровом кабинете снижается. Между тем в своё время смотровые кабинеты были открыты именно с целью раннего выявления новообразований видимой локализации.

– Фактором, препятствующим существенному прорыву эффективности профилактики рака и его раннего выявления, можно

Что дальше?

Профилактика, если не иметь в виду вакцинацию, – раздел здравоохранения, где в принципе трудно измерить результаты. Когда же речь идёт о профилактике онкозаболеваний, имеется в виду не превенция патологии (исключение – прививка против вируса папилломы человека), а её ранняя диагностика.

Для достижения этой цели, считает Л.Жуйкова, крайне важно устранить кадровую проблему в отрасли. Требуется грамотное территориальное планирование кадрового обеспечения, увеличение мест в целевой ординатуре/аспирантуре и устранение известных причин, которые провоцируют «утечку» медиков из государственных медицинских учреждений Сибири и Дальнего Востока.

Эксперт также называет актуальной задачей дальнейшее развитие системы телемедицинских консультаций по всем разделам онкологической помощи. И, конечно, активное участие региональных органов исполнительной власти в развитии системы оказания онкопомощи населению.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 38 (2444)

(Окончание. Начало в № 38 от 25.09.2024.)

Патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала костного мозга с применением иммуногистохимического метода позволяет определить характер клеток пролиферата в костном мозге.

Рекомендуется молекулярно-генетическое исследование перестройки гена Т-клеточного рецептора (УУР С, УДД – 4).

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

Рекомендуется проведение проточной цитофлуориметрии периферической крови для оценки наличия и числа Т-лимфоцитов с aberrантным фенотипом (CD4+/CD26 – или CD4+/CD7-) в следующих случаях:

- при диагностике синдрома Сезари
- при подозрении на вовлечение периферической крови (в клиническом анализе крови выявление абсолютного лимфоцитоза)

- при поражении лимфатических узлов и внутренних органов (УУР С, УДД – 5).

Проведение исследования может позволить верифицировать СС при невозможности верифицировать диагноз при биопсии кожи (недиагностическая биопсия, противопоказания для проведения биопсии). Оно также позволяет определить стадию заболевания согласно рекомендациям ISLE-EORTC.

Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии

Лечение пациентов с ранними стадиями

Рекомендуются для лечения пациентов с ранними стадиями (IA–IIA) грибовидного микоза наружно глюкокортикоиды, применяемые в дерматологии:

- бетаметазон, крем, мазь 2 раза в сут наносить на очаги поражения до полного разрешения высыпаний.

Для взрослых: (УУР С, УДД – 2).
Для детей: (УУР С, УДД – 4).

- мометазон, крем, мазь 2 раза в сут наносить на очаги поражения до полного разрешения высыпаний (УУР С, УДД – 4).

Для ранних стадий грибовидного микоза консервативный подход с применением наружной терапии является предпочтительным лечением первой линии. Для пациентов в IA-стадии с небольшими очагами поражения кожи допускается тактика «наблюдай и жди» под строгим наблюдением врача.

Рекомендуется ультрафиолетовое облучение кожи пациентам с грибовидным микозом на стадиях IA–IIB: общая или локальная узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия (УУР С, УДД – 4).

Облучение проводится 2–3 раза в неделю, первая экспозиция должна быть не более 70% от ранее определенной минимальной эритемной дозы. Последующие экспозиции проводятся следующим образом: при отсутствии эритемы – время экспозиции увеличивается на 40%, при слабой эритеме – на 20%, при выраженной эритеме – остаётся тем же. Рекомендовано для пятен и тонких бляшек, отсутствуют выраженные побочные эффекты – или фотохимиотерапия с внутренним применением псораленов для системного применения (ПУВА) (УУР С, УДД – 4).

За 2 часа до облучения пациент принимает перорально метоксален в дозе 0,6 мг на кг массы тела, начальная доза облучения зависит от типа кожи (0,25–1,0 Дж/кв.см), затем с каждым сеансом доза

повышается на 0,25–0,5 Дж/кв.см или более в зависимости от выраженности эритемы. Лечение проводится 3–4 раза в неделю до разрешения высыпаний (30–35 сеансов). Общая доза варьирует от 50 до 80 Дж/кв.см, что бывает достаточным для достижения клинической ремиссии. Применяется при распространенных и более инфильтрированных элементах, фолликулярной форме грибовидного микоза. Побочные эффекты включают эритему, тошноту, фоточувствительность и фотоканцерогенез.

Рекомендуется применение дистанционной лучевой терапии при поражении мягких тканей на медицинском ускорителе

электронов у пациентов с грибовидным микозом при локализованных поражениях кожи без вовлечения в патологический процесс лимфатических узлов и костного мозга (УУР С, УДД – 5).

При локализованных стадиях ГМ оптимально использование дистанционной лучевой терапии на медицинских ускорителях электронов мощностью 4–8 МЭВ, в зависимости от глубины поражения кожи. При наличии единственного очага поражения рекомендуемая суммарная очаговая доза облучения (СОД) составляет 24–30 Гр. При наличии нескольких отдельных очагов СОД не должна превышать 8–12 Гр, при этом СОД 8 Гр может быть подведена за 2 фракции.

Тотальное облучение кожи (дистанционная лучевая терапия на медицинских ускорителях электронов) используется при генерализованном поражении кожи при отсутствии вовлечения лимфатических узлов и органов поражения. Суммарные очаговые дозы варьируются от 12 до 36 Гр, не более 4–6 Гр за неделю. Преимуществами использования низких суммарных доз облучения являются уменьшение степени лучевых реакций и возможность в дальнейшем использования повторных курсов лучевого лечения.

При вовлечении лимфатических узлов и висцеральных органов возможно дополнительное использование дистанционной гамма-терапии в суммарной дозе 20–30 Гр.

Лечение пациентов с распространёнными стадиями

Рекомендуются как препараты первой линии для лечения пациентов с IIB, III стадиями грибовидного микоза, а также в качестве второй линии ранних стадий грибовидного микоза при отсутствии или недостаточном эффекте от проводимой терапии интерфероном альфа-2b в умеренно высоких дозах: 3–10 млн МЕ ежедневно или 3 раза в неделю.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: лечение проводят до достижения полного контроля (отсутствия признаков дальнейшего прогрессирования). Можно комбинировать с ПУВА-терапией, ретиноидами и химиотерапией. На фоне длительного приёма препарата возможны изменения со стороны щитовидной железы. У пациентов с заболеваниями

щитовидной железы перед началом лечения необходимо определить концентрацию тиреотропного гормона, рекомендуется контролировать его уровень не реже 1 раза в 6 месяцев. Очень редко – сахарный диабет. При длительном применении обычно после нескольких месяцев лечения возможны нарушения со стороны органа зрения. До начала терапии рекомендуется провести офтальмологическое обследование. При жалобах на любые офтальмологические нарушения необходима немедленная консультация офтальмолога. Пациентам с заболеваниями, при которых могут происходить изменения в сетчатке, например, с сахарным диабетом или артериальной гипертензией, необходимо проходить офтальмологический осмотр не реже 1 раза в 6 месяцев. Пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и/или прогрессирующими онкологическими заболеваниями требуется тщательное наблюдение и мониторинг ЭКГ. В случае появления изменений со стороны психической сферы и/или ЦНС, включая развитие депрессии, рекомен-

3. Функциональные печёночные пробы. Особое внимание необходимо уделять выявлению признаков повреждения печени. Лечение метотрексатом не следует начинать или необходимо приостанавливать в случае любых отклонений результатов функциональных печёночных тестов или биопсии печени. Обычно показатели нормализуются в течение 2 недель, после чего лечение по решению может быть возобновлено.

4. Функциональные почечные пробы и исследование мочи. Поскольку метотрексат экскретируется преимущественно почками, у пациентов с нарушениями функции почек может наблюдаться повышение концентрации метотрексата в крови, следствием чего могут быть тяжёлые побочные реакции. Необходимо тщательно контролировать состояние пациентов, у которых возможны нарушения функции почек (например, пожилых пациентов).

5. Поскольку метотрексат оказывает воздействие на иммунную систему, он может изменять реакцию на вакцинацию и влиять на результаты иммунологических

Грибовидный микоз

Клинические рекомендации

дуется наблюдение психиатра в период лечения, а также в течение 6 месяцев после его окончания.

Рекомендуется пациентам с грибовидным микозом на поздних стадиях, а также в случае неэффективности или недостаточном ответа на ранее проведённую наружную терапию, и/или фототерапию, и/или терапию интерфероном альфа-2b вне зависимости от стадии метотрексат в дозе не более 50 мг в неделю (стандартная доза – 25 мг 1 раз в неделю перорально).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: лечение проводят до достижения полного контроля (отсутствия признаков дальнейшего прогрессирования) или до появления признаков непереносимости можно комбинировать с интерфероном альфа-2b.

Перед началом лечения метотрексатом или при возобновлении терапии после перерыва необходимо проводить общий (клинический анализ) крови с подсчётом лейкоцитарной формулы и количества тромбоцитов, оценивать активность «печёночных» ферментов (исследование уровня альбумина в крови, общего билирубина в крови, определение активности аспаратаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы в крови), а также прицельное рентгенографическое исследование органов грудной клетки и функциональные почечные тесты. При наличии клинических показаний назначают исследования с целью исключения гепатита и других соматических заболеваний.

В процессе лечения метотрексатом (ежемесячно в первые 6 месяцев и не реже, чем каждые 3 месяца в дальнейшем, при повышении доз целесообразно повышать частоту обследований) проводят следующие исследования:

1. Обследование ротовой полости и горла для выявления изменений слизистых оболочек.

2. Анализ крови с определением лейкоцитарной формулы и количества тромбоцитов. Даже при применении в обычных терапевтических дозах метотрексат может вызвать угнетение системы кроветворения. В случае значительного снижения количества лейкоцитов или тромбоцитов лечение метотрексатом немедленно прекращают и назначают симптоматическую поддерживающую терапию.

Особая осторожность необходима при лечении пациентов с неактивными, хроническими инфекциями (такими как опоясывающий лишай, туберкулёз, вирусный гепатит В или С) ввиду их возможной активации. В период лечения метотрексатом не следует проводить вакцинацию живыми вакцинами.

В связи с возможностью активации хронической инфекции пациентам, которым планируется или проводится терапия метотрексатом, может потребоваться определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus), определение антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови, определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови, определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови.

Рекомендуются при поздних стадиях (IIB–IVB) грибовидного микоза, а также в качестве второй линии ранних стадий грибовидного микоза при отсутствии или недостаточном эффекте от проводимой терапии вориностат 200–400 мг перорально ежедневно.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: из побочных эффектов ингибитора гистондеацетилазы вориностата встречаются тромбоцитопения, анемия, анорексия, тошнота, мышечные спазмы. Лечение проводят до достижения отсутствия признаков дальнейшего прогрессирования или до появления признаков непереносимости. Противопоказанием является детский возраст до 18 лет. При приёме вориностата возможно развитие тромбоцитопении и анемии, которые могут потребовать прекращения приёма препарата или прекращения лечения. Возможно развитие лейкопении и нейтропении, требующих уменьшения дозы препарата. Отмечалось увеличение плазменной концентрации креатинина. Возможно также развитие гипокалиемии и увеличения плазменной концентрации креатинина, что может потребовать снижения дозы препарата. На фоне приёма вориностата отмечались гипергликемия, в связи с чем может потребоваться на-

значение диеты и/или гипогликемической терапии. Возможно развитие протеинурии.

Применение комбинированной химио-радиотерапии не только не улучшает среднюю выживаемость пациентов по сравнению с «консервативной» терапией, а даже увеличивает частоту рецидивов, поэтому предпочтительно использовать наружную терапию, биологические препараты или их комбинацию.

Рекомендуется у пациентов с грибковым микозом на поздних стадиях с агрессивным течением и/или неэффективностью других методов лечения применение в качестве системной химиотерапии монотерапия гемцитабином по схеме 1200 мг/м² в 1, 8 и 15-й дни 28-дневного цикла, всего 6 циклов или гемцитабин в малых дозах с продолжительной инфузией в дозе 250 мг/м² в течение 6 часов 1 раз в неделю.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Рекомендуется брентуксимаб ведотин для лечения взрослых пациентов при отсутствии или недостаточном эффекте после минимум одной линии предшествующей системной терапии при наличии экспрессии CD30 + антигена.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: назначается в дозе 1,8 мг/кг внутривенно каждый 21 день. Лечение проводят в течение 8 циклов, при достижении частичного ответа допускается проведение ещё 8 циклов. При появлении побочных эффектов (наиболее часто – периферическая полинейропатия) допустимо снижение дозы до 1,2 мг/кг и увеличение интервала между циклами. При лечении брентуксимабом ведотином может развиться анемия, тромбоцитопения и тяжёлая пролонгированная (≥ 1 недели) нейтропения, и это может увеличить риск тяжёлых инфекций. Были зарегистрированы случаи повышения уровней аланинаминотрансферазы и аспаратаминотрансферазы. Гипергликемия была зарегистрирована в клинических исследованиях у пациентов с увеличенным индексом массы тела, как с наличием, так и с отсутствием сахарного диабета в анамнезе.

Рекомендуется пациентам с прогрессирующими формами грибкового микоза, рефрактерными как минимум к 5 линиям системной терапии (в том числе интерферону альфа-2b, метотрексату, брентуксимабу ведотину, гемцитабину, вориностау), применение непрограммных схем лечения с паллиативной целью, таких как (в убывающем порядке):

- циклофосфамид (50-100 мг внутрь ежедневно, не более 1 года терапии, учитывая риск развития миелодиспластического синдрома)
- этопозид (50 мг внутрь 2 раза в день)
- бендамустин (120мг/м² в 1, 2 дни каждого 3-недельного цикла, всего 6 циклов)
- бортезомиб (1,3мг/м² 1, 4, 8, 11 дни, всего 6 циклов терапии).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется у пациентов с трансформацией грибкового микоза в крупноклеточную лимфому и/или внеочаговом распространении грибкового микоза в качестве системной химиотерапии режима СНОР – доксорубин 50 мг/м² в/в кап., день 1, циклофосфамид 750 мг/м² в/в кап., день 1, винкристин 1,4 мг/м² (суммарно не более 2 мг) в/в, день 1, преднизолон 100 мг внутрь, дни 1-5, цикл 21 день, всего 6 циклов.

Для взрослых: уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Для детей: уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Рекомендуется аллогенная трансплантация костного мозга (гемопозитических стволовых клеток) пациентам моложе 60 лет при отсутствии эффекта от других видов терапии, при раннем прогрессировании в поздние стадии заболевания, крупноклеточной трансформации грибкового микоза и при поздних стадиях ГМ в случае частичной или полной ремиссии на предтрансплантационном этапе.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Иное лечение

Рекомендуется пациентам с жалобами на зуд назначение антигистаминных средств системного действия в соответствии с инструкциями к их применению.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов.

Специальных методов реабилитации при грибковидном микозе не существует.

Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.

Методов профилактики грибковидного микоза в настоящее время не существует, поскольку неизвестны этиологические факторы, ведущие к развитию заболевания. Диспансерное наблюдение гематологом или онкологом осуществляется в период лечения и после достижения ремиссии лимфомы.

При рецидиве или прогрессировании грибковидного микоза необходимо выполнять повторную биопсию кожи и повторное патологоанатомическое исследование (операционного) биопсийного материала кожи, а также повторное патологоанатомическое исследование (операционного) биопсийного материала кожи с применением иммуногистохимического метода для исключения крупноклеточной трансформации, при необходимости – повторную процедуру стадирования. Тактика лечения рецидивов также базируется на определении стадии заболевания, учитывается развитие резистентности к предыдущим видам терапии.

Рекомендуется пациентам с ранними стадиями ежегодно проходить: физикальный осмотр с картированием кожи, прицельную рентгенографию органов грудной клетки и УЗИ лимфатических узлов (одна анатомическая зона) периферических

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Рекомендуется пациентам с поздними стадиями каждые 6 месяцев проходить: физикальный осмотр с картированием кожи, УЗИ лимфатических узлов (периферических), КТ органов грудной полости, брюшной полости и малого таза).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Организация оказания медицинской помощи.

В рамках оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи терапевты участковые, педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи) при выявлении у пациентов высыпаний на коже, кожного зуда, выявлении симптомов или признаков грибковидного микоза направляют пациента в медицинскую организацию дерматовенерологического профиля или в кабинет онколога/гематолога для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи, а также осуществляют оказание медицинской помощи в соответствии с рекомендациями медицинской организации дерматовенерологического профиля и/или онколога/гематолога при отсутствии медицинских показаний для направления в неё.

При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний пациент направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается дерматовенерологами и/или гематологами в стационарных условиях.

Специализированная медицинская помощь оказывается пациентам на ранних стадиях (IA-IIA) дерматовенерологами.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается пациентам на стадиях (IIB-IVB) гематологами/онкологами

Показания для плановой госпитализации в медицинскую организацию:

1) Показания для оказания медицинской помощи в дневном стационаре:

- недостаточная эффективность лечения, проводимого в амбулаторных условиях, у пациентов с ограниченными высыпаниями
- обследование пациента, включающее биопсию и инвазивные вмешательства, в случаях, когда оно не может быть проведено амбулаторно.

2) Показания для оказания медицинской помощи в стационарных условиях:

- отсутствие эффекта от проводимого лечения в амбулаторных условиях
- стадии грибковидного микоза, требующие фототерапии и/или системной терапии
- обследование пациента, включающее биопсию и инвазивные вмешательства, в случаях, когда оно не может быть проведено амбулаторно.

3) Показания к экстренной госпитализации в стационар медицинской организации, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «гематология» и «онкология»:

- развитие тяжёлой инфекции (необязательна госпитализация в гематологический стационар)
- развитие угрожающих жизни цитопений (глубокой анемии, геморрагического синдрома, нейтропении)
- развитие осложнений грибковидного микоза, угрожающих жизни
- развитие осложненной терапии, включая синдром лизиса опухоли, тяжёлые инфузионные реакции, миелотоксический агранулоцитоз с лихорадкой и другие осложнения, угрожающие жизни.

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

- частичный или полный регресс высыпаний
- завершение курса лечения или одного из этапов оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара в случае отсутствия осложненной терапии, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях.

Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).

Повторное взятие биопсии кожи и повторное проведение патолого-анатомического исследования биопсийного материала кожи, в том числе с применением иммуногистохимического метода, особенно при изменениях клинических проявлений болезни, позволяет своевременно выявить прогрессирование заболевания и при необходимости скорректировать терапию.

Алексей КУБАНОВ, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, президент Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

Ирина ПОДДУБНАЯ, академик РАН, заслуженный деятель образования РФ, доктор медицинских наук, профессор, председатель Российского общества онкогематологов.

Ирина БЕЛОУСОВА, доктор медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

Алексей САМЦОВ, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

Людмила ЗНАМЕНСКАЯ, доктор медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

Вадим ЧИКИН, доктор медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

Арфеня КАРАМОВА, кандидат медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

Критерии оценки качества медицинской помощи. Грибовидный микоз (амбулаторный этап)

№	Критерии качества	Оценка выполнения
1	Пациенту с подозрением на грибковидный микоз (ГМ) или с выявленным ГМ при первичном или повторном приёме в случае применения системной терапии, а также при рецидиве или прогрессии выполнен общий (клинический) анализ крови развёрнутый	Да\Нет
2	Пациенту с подозрением на грибковидный микоз (ГМ) при первичном приёме, при рецидиве или прогрессировании выполнено патолого-анатомическое исследование биопсийного материала кожи	Да\Нет
3	Пациенту с подозрением на грибковидный микоз (ГМ) или с выявленным ГМ (поздние стадии), а также при рецидиве или прогрессировании, при установлении диагноза или для оценки эффективности в период терапии (при выявлении патологических изменений) выполнены инструментальные методы исследования (УЗИ лимфатических узлов (периферических), КТ органов грудной полости, брюшной полости, малого таза или ПЭТ/КТ брюшной полости, КТ органов грудной клетки)	Да\Нет
4	Проведена пациенту с ранними стадиями грибковидного микоза терапия кортикостероидами для дерматологического применения и/или ультрафиолетовое облучение кожи	Да\Нет
5	Пациенту с впервые выявленными поздними стадиями ГМ или при их рецидиве выполнена системная терапия	Да\Нет

Критерии оценки качества медицинской помощи. Грибовидный микоз (стационарный этап)

№	Критерии качества	Оценка выполнения
1	Пациенту с подозрением на грибковидный микоз (ГМ) или с выявленным ГМ при первичном или повторном приёме в случае применения системной терапии, а также при рецидиве или прогрессии выполнен общий (клинический) анализ крови развёрнутый (если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да\Нет
2	Пациенту при установлении диагноза грибковидный микоз (ГМ), при рецидиве или прогрессировании выполнено патологоанатомическое исследование биопсийного материала кожи (если не выполнено в амбулаторных условиях)	Да\Нет
3	Пациенту с подозрением на грибковидный микоз (ГМ) или с выявленным ГМ (поздние стадии), а также при рецидиве или прогрессировании, при установлении диагноза или для оценки эффективности в период терапии (при выявлении патологических изменений) выполнены инструментальные методы исследования (УЗИ периферических лимфоузлов, УЗИ периферических лимфоузлов, КТ органов грудной клетки, брюшной полости, малого таза ИЛИ ПЭТ/КТ), если не выполнено в амбулаторных условиях	Да\Нет
4	Проведена пациенту с ранними стадиями грибковидного микоза терапия кортикостероидами для дерматологического применения и/или ультрафиолетовое облучение кожи	Да\Нет
5	Пациенту с впервые выявленными поздними стадиями ГМ или при их рецидиве выполнена системная терапия	Да\Нет

– Владимир Вячеславович, Вы возглавляете один из крупнейших медицинских вузов на юге России. Какие специальности были востребованы больше всего и популярны в период вступительной кампании 2024 г?

– В этом году к нам было подано 21 943 заявлений. Это на тысячу больше показателей прошлого года. Конкурс на бюджетные места составлял от 2 до 35 человек, а проходной балл варьировал от 145 до 279 баллов по сравнению с 140-266 в 2023 г.

Наиболее популярными традиционно являлись такие направления подготовки, как «лечебное дело», «стоматология» и «педиатрия».

Всего на первый курс ВолгГМУ по программам бакалавриата, специалитета и магистратуры поступили 1 217 человек. При этом набор в рамках квоты целевого приёма, выделенной для комитета здравоохранения Волгоградской области, был выполнен на 100%.

Впервые в вуз поступили заявления от абитуриентов из всех регионов России.

– В состав университета входит Пятигорский медицинский фармацевтический институт (ПМФИ), ранее академия. Фармация и фармакология по-прежнему остаются одним из приоритетов в деятельности вуза?

– ВолгГМУ и его филиал в Пятигорске многие годы успешно занимаются разработкой лекарственных средств. Особое внимание развитию науки лично уделяет министр здравоохранения России Михаил Альбертович Мурашко, считающий, что именно новые разработки смогут повлиять и на увеличение продолжительности жизни человека и повысить её качество. Поэтому наши учёные, разделяя такой подход, находятся в постоянном научном поиске. Если говорить о ВолгГМУ, это касается и новых лекарственных препаратов, и методик оперативного лечения, и средств реабилитации, и алгоритмов оказания помощи...

Мы, как врачи, сейчас видим колоссальную потребность в том, чтобы максимально быстро восстановить здоровье человека, особенно если речь идёт об участниках специальной военной операции. Многие из них получили серьёзные ранения, которые требуют продолжительного лечения и реабилитации. Понимая это, сотрудники нашего коллектива решили внести свой вклад в их возвращение в строй или восстановление прежнего качества жизни. Опираясь на собственные наработки, мы провели целый ряд исследований. В частности, в лабораториях изучали свойства различных веществ. Так, был обнаружен биотрансформируемый материал, способный замещать и стимулировать восстановление костных тканей. Он показал высокую эффективность при оперативных вмешательствах на костных тканях, преимущественно челюстно-лицевой области. Уточним также, что разработка может применяться в качестве остеозамещающих средств, для заполнения дефектов костной и хрящевой тканей в хирургии и стоматологии. Препарат обеспечивает повышенную способность к остеоинтеграции и стимулирует репаративные процессы костеобразования с восстановлением биоэквивалентного (нормального) костного матрикса.

Исследования были начаты в ПМФИ в 2016 г. Препарат уже прошёл разнообразные научные и прикладные экспертизы и признан победителем в программе «УМНИК». На сегодня разработана технология получения медицинского материала «Биоассимилируемый материал мине-

рало-органического комплекса для регенерации костной ткани»; получен лабораторный образец разрабатываемого продукта; определена оптимальная форма и способ применения медицинского материала – в форме геля для заполнения костного дефекта

члена-корреспондента РАН, профессора кафедры фармакологии и фармации Института НМФО ВолгГМУ Ивана Тюренкова. Уникальность «Дипиарона» заключается в способности сохранять бета-клетки поджелудочной железы, стимулировать выработку ин-

значение приобретает медицинское образование, перед ним стоит задача обучить врачей в парадигме новых трендов и компетенций.

Основным вектором трансформации вуза в ближайшие 10 лет считаю переход к эффективной

и инновационной деятельности ВолгГМУ в направлении создания наукоёмкой системы полного цикла, генерирующей и концентрирующей фундаментальные, прикладные научные знания и инновации в области активного долголетия.

Наши интервью

В фарватере востребованности

Волгоградский государственный медицинский университет играет особую роль для региона

Мощная научно-исследовательская база и уникальный опыт, накопленный не одним поколением учёных и преподавателей, помогают коллективу вуза занимать лидирующее положение на территории. Можно без преувеличения сказать, что и медицину юга России трудно представить сегодня без специалистов, которые учились в городе на Волге.

В ВолгГМУ готовят врачей не только для своего региона, но и Республики Калмыкия, некоторых районов Астраханской, Ростовской областей и даже Краснодарского края. Кроме того, ежегодно кафедры и специалисты университета оказывают специализированную и высокотехнологичную помощь десяткам тысяч больных. А при планировании научно-исследовательских работ чётко прослеживается практическая направленность решаемых проблем. Их во все времена в охране здоровья было немало. Но главное, что многие из них всё-таки решаются. Надо сказать и другое, от того, какие методики и технологии будут применять больницы и поликлиники, зависит, удастся ли достичь поставленных Президентом России целей в плане увеличения продолжительности жизни, сокращения в том числе младенческой и детской смертности. О передовых образовательных технологиях и о том, как встречает новый учебный год ВолгГМУ, интервью с ректором университета, доктором медицинских наук Владимиром ШКАРИНЫМ.

(костного кармана). Установлено, что лабораторный образец оказывает стимулирующее действие на рост и пролиферацию остеобластов.

В нашем университете разработан новый биоразлагаемый гидрофильный перевязочный материал с ферментативной активностью на основе хитозана. Над его созданием совместно работали учёные Волгоградского государственного медицинского и технического университетов. За основу взят экологичный и биоразлагаемый полимер хитозан – химическое вещество, получаемое из хитина, содержащегося в панцирях членистоногих, клеточных стенках грибов, сине-зелёных водорослей и некоторых бактериях. В новом материале хитозан соединён с ферментом химотрипсин, избирательно воздействующий только на нежизнеспособные ткани. По своему виду материал напоминает лёгкие губки, хорошо изменяющие свою конфигурацию. В результате совместной работы учёных определены требуемые свойства нового материала, ему придана механическая прочность, в состав внесён фермент. В итоге разработка приобрела важные для стимуляции ранозаживления свойства. Новое средство заживает раны и с неблагоприятным течением.

– **Новость последних дней – учёные ВолгГМУ получили разрешение Минздрава России на начало клинических испытаний «Дипиарона», агониста рецепторов GPR119. Расскажите об этом подробнее.**

– Инновационный препарат для лечения сахарного диабета 2-го типа был разработан фармакологами Научного центра инновационных лекарственных средств (НЦИЛС) вуза под руководством

ретинов и инсулина, уменьшать тощаковый и постпрандиальный уровень глюкозы в крови, снижать уровень потребления пищи и массу тела. Это позволит остановить прогрессирующее заблуждения и предотвратить поздние осложнения.

Учёные НЦИЛС отмечают, что в настоящее время наблюдается беспрецедентный рост заболеваемости сахарным диабетом. Аналогичные разработки в мировой клинической практике отсутствуют. Разработанный учёными ВолгГМУ препарат может стать ценным дополнением к комбинированной терапии диабета, улучшая прогноз течения заболевания.

В настоящее время уже начался набор пациентов для проведения клинических испытаний.

– **Является ли ВолгГМУ участником программы стратегического академического лидерства «Приоритет-2030»? С какими программами вы связываете реализацию новых амбициозных планов, изменилось ли благодаря им качество подготовки врачей?**

– ВолгГМУ пока не является участником программы стратегического академического лидерства «Приоритет-2030», но у нас есть своя стратегия долгосрочного развития вуза до 2030 г. Мы рассчитываем, что она позволит вывести университет в безусловные лидеры по ряду показателей. Не секрет, что новая национальная система образования меняет подход к обучению. Активно внедряются индивидуальные образовательные траектории, формируются инструменты создания сложных образовательных сред и программ работы с мотивацией всех участников образовательного процесса. В этой связи особое



модели государственного человекоцентричного университета.

Цель нашей долгосрочной программы стратегического развития – стать лидирующим трансформационным вузом юга России, который вносит значимый вклад в глобальную конкурентоспособность Волгоградской области и развитие системы здравоохранения страны. В результате реализации программы развития учебное заведение достигнет целевой модели путём трансформации университета в уникальную экосистему. Она обеспечит эффективную взаимосвязь всех «экогрупп» учебного заведения. Она будет отличаться проактивным развитием навыков человекоцентричности в целом, пациентоцентричности в практической деятельности и формированием человекоцентричной среды внутри и вокруг университета. В науке благодаря трансформационным работам планируется обеспечить системный рост результативности фундаментальных и поисковых стратегических проектов. Целевая модель предполагает глобальную трансформацию системы образования. Благодаря этому будут внедрены современные подходы оценки компетенций с включением траекторий по личностному профилю, кросс-контекстных навыков, необходимых в медицине.

В рамках программы «ВУЗ-РЕГИОН» планируется расширение и модернизация клинических баз университета с созданием семи экспертных центров, интегрированных в площадку клинической апробации и трансфера медицинских инновационных технологий.

Стратегический проект предполагает трансформацию научной

– Вы возглавляете ВолгГМУ с 2019 г. Через год разразилась пандемия. Это было время борьбы с опасной инфекцией и вместе с тем активного внедрения дистанционных технологий. На ваш взгляд, можно ли значительную часть предметов в медицинском вузе преподавать в удалённом формате? Или всё-таки обучение у постели больного остаётся незаменимым правилом?

– Считаю, что современные технологии крайне эффективно влияют на качество образования. Именно поэтому, когда началась пандемия, мы в рекордные сроки построили самый современный на юге страны Центр электронного медицинского образования. Это 3 тыс. м² учебного пространства. Планировка была осуществлена в стиле современного медицинского стационара, создано 37 оснащённых высокотехнологичным оборудованием симуляционных палат и диагностических кабинетов, 2 цифровые аудитории на 100 рабочих мест, актовый зал на 90 человек, 4 зоны отдыха для посетителей. Центр электронного медицинского образования стал ключевым связующим звеном в практической подготовке специалистов. Задачами, стоящими перед центром, являются практическая подготовка студентов, ординаторов и врачей в соответствии с их профессиональным стандартом по инновационным методам диагностики и лечения заболеваний, а также возможность формирования технологии редко используемых навыков и их регулярное повторение. Преимуществами центра является реалистичное обучение без риска для пациента, возможность отработки редких видов вмешательств без первичного стресса для обучающихся, объективная оценка действий. На его базе развёрнуты 3 гибридных симуляционных отделения с функцией быстрой трансформации под клиническую ситуацию. В рабочем процессе используется только настоящее медицинское оборудование, позволяющее приблизить сценарий проводимой симуляции к максимальной реальности.

Амбулаторно-поликлинический блок, хирургический, педиатрический модуль центра представлены современными роботизированными манекенами с функцией обратной связи. Развёрнуты палаты для виртуальных лапароскопических вмешательств и анестезиологического сопровождения пациентов. Комплекс позволяет отрабатывать командную работу за операционным столом, что особенно важно

при оказании экстренной медицинской помощи, когда требуется выполнить необходимое количество лечебных мероприятий за ограниченное время. Палаты функциональной диагностики позволяют провести симуляцию различных патологических процессов и поставить перед курсантом задачи разной степени сложности.

В системе предусмотрено более 400 симуляций учебных сценариев. Это УЗИ-диагностика органов брюшной полости, сердца, малого таза, лёгких. Палаты детской интенсивной терапии позволяют отрабатывать навыки оказания реанимационной помощи детям от 0 до 12 лет. Система способна симулировать сложнейшие ситуации, которые, к сожалению, могут приводить к гибели пациента в случае отсутствия надлежащей врачебной практики. Особое внимание в симуляционных сценариях уделено новорожденным детям, малышам, рожденным с экстремально низкой массой тела. Симуляция помогает отработать как сложные ситуации по первичной реанимации ребёнка, так и повседневные навыки ухода за ним в условиях инкубатора, палаты интенсивной терапии. Кроме того, на базе центра работает передовой медийный комплекс для проведения видеоконференций, работы с презентациями и видеоконтентом.

– В следующем году исполнится 20 лет, как была создана университетская многопрофильная клиника. Её передача вузу явилась знаменательным событием. Можно ли сказать, что большинство кафедр ВолгГМУ находятся в этом клиническом центре? Или их место в крупных многопрофильных больницах города на Волге?

– В настоящее время Волгоградский медицинский университет располагает 41 клинической кафедрой, клинические базы вуза находятся в 78 медицинских организациях. Недавно мы открыли инновационную площадку подготовки и повышения квалификации врачей в Волгоградском областном онкологическом диспансере. Как подчеркнул губернатор Андрей Иванович Бочаров, мы показали эталон, и сейчас начнётся системная работа по созданию современных условий на других кафедрах на базе ведущих клиник. Это новый проект, инициированный главой региона, и мы обязательно его реализуем. Конечно же, клиника № 1 ВолгГМУ Минздрава России также является базой для подготовки врачей. Принято решение о строительстве пятиэтажной пристройки. Недавно клиника № 1 получила несколько зданий бывшей городской больницы № 3 Волгограда. И уже в скором времени здесь начнётся капитальный ремонт и оснащение медицинской техникой. Всё это позволит увеличить объёмы оказания медицинской помощи и расширить базу для практического обучения студентов.

– Как оплачивается работа клиники и баз? Есть ли возможность шаг за шагом проводить их переснащение?

– Работа клиник оплачивается из средств федерального и территориального фондов обязательного медицинского страхования, средств федерального бюджета и от приносящей доход деятельности. Выделяются также субсидии на приобретение оборудования и выполнение капитальных ремонтов. Стационар оказывает высокотехнологичную помощь пациентам как из Волгоградской области, так и других регионов страны. Поэтому мы не ищем возможности, а постоянно развиваем материально-техническую базу нашей клиники. Ежегодно закупаются новые образцы ме-

дицинской техники. Так, врачи клиники № 1 ВолгГМУ Минздрава России начали выполнять новый вид исследований пациентам с заболеваниями сердца. Стресс-эхокардиография – это метод, который позволяет оценить состояние и функцию сердечной мышцы в условиях нагрузки на миокард во время занятий на ве-

лом числе 3D-моделированием занимаются школьники – наши будущие абитуриенты.

– Если говорить о медицинских школах, то какие фамилии корифеев, трудившихся в ВолгГМУ вы назвали бы в первую очередь?

– За 90 лет ежедневной научной работы сформированы целые

запикальной терапии деструктивных форм периодонтита, комплексного лечения верхушечного периодонтита с использованием физических методов и блокады ветвей тройничного нерва.

Из тех, кто продолжает работу сегодня, справедливо отметить вклад Александра Алексеевича



При участии учёных ВолгГМУ в больницах внедряются новые хирургические методики

лотренажёре. Это исследование выполняется на аппарате УЗИ экспертного класса, что позволяет отслеживать функциональные изменения в сердечной мышце и клапанах непосредственно в момент физической активности в режиме реального времени. Кроме того, в этом году у пациентов появилась возможность пройти процедуру чреспищеводной эхокардиографии.

Учёные ВолгГМУ внедряют в клиническую практику новые методы лечения. Например, желчекаменной болезни. Так, ежегодно в России выполняется около 230 тыс. оперативных вмешательств, направленных на удаление желчного пузыря, однако устранение конкрементов из желчных протоков требовало ещё одной полноценной операции. Благодаря разработке учёных ВолгГМУ у пациентов появилась возможность пройти одноэтапное лечение холецистохоледохолитиаза, которое позволяет значительно ускорить период послеоперационной реабилитации.

– С каждым годом медицина становится всё более технологичной. При этом меняются и подходы к обучению будущих врачей. Удаётся ли активно внедрять инновационные формы: занятия на симуляторах, 3D-моделях, цифровые технологии – учебный процесс?

– Я уже рассказывал о возможностях нашего Центра электронного медицинского образования. Добавлю только, что кроме него мы создали дополнительно симуляционную аптеку для фармацевтов и аналогичную лабораторию для будущих врачей-биохимиков, действует центр стоматологических практик. Открыли и ещё один центр – доврачебной помощи и аккредитации специалистов среднего профессионального образования. В 2024 г. центр получил дополнительное симуляционное оборудование, в результате чего появилась возможность расширить его возможности, обеспечить в том числе реализацию программ повышения квалификации для действующих врачей. При вузе действует Центр молодёжного инновационного творчества «Биопечать». Там в

династии учёных. Важно, что учёные смогли сохранить наследие своих наставников и передать его новым поколениям врачей. Прежде всего я бы отметил вклад профессора Александра Михайловича ВОДОВОЗОВА. Заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор возглавлял кафедру офтальмологии на протяжении 30 лет. В своё время предложил оригинальный метод офтальмохромоскопии, сконструировал офтальмохромоскоп, дал характеристику офтальмохромоскопической картины важнейших заболеваний глазного дна, описал ряд новых офтальмологических симптомов. Его многолетний опыт исследования глазного дна светом различного спектрального состава был обобщён в монографии-атласе «Офтальмохромоскопия». Параллельно с офтальмохромоскопией профессор А.Водовозов и его ученики проводили разработку комплексного метода диагностики дна глаза в трансформированном свете.

Ефим Александрович МАГИД – д.м.н., профессор, первый заведующий кафедрой терапевтической стоматологии, имел разнообразную сферу научных интересов, вёл активную научную деятельность. В серии работ о затруднённом прорезывании нижних зубов мудрости им были разработаны вопросы этиологии, патогенеза, клиники и профилактики этой распространённой патологии. Предложены классификация осложнений, оригинальный флюорографический метод ранней диагностики затруднённого прорезывания зубов мудрости, комплексный метод терапии, диспансеризации, пути профилактики различных осложнений. Новое направление в решении проблемы верхушечного периодонтита было положено работами по исследованию динамики рентгенологических и морфологических изменений в периапикальных тканях, нервных ганглиях, внутренних органах, иммунологических изменений в крови и лимфе при экспериментальном верхушечном периодонтите на фоне нормальной иннервации и при её деафферентации. Разработаны эффективные методики

СПАСОВА. Он – профессор, заслуженный деятель науки РФ, академик РАН, разработал систему прогноза и поиска биологически активных веществ и сформировал научное направление по фармакологии и химии нового класса веществ – конденсированных производных бензимидазола. По некоторым перспективным веществам, проявляющим антиаритмическую, гипогликемическую, антиагрегантную, противовоспалительную и антиоксидантную активность. А.Спасов принимал участие в создании на разных этапах разработки лекарственных препаратов, биологически активных добавок к пище, выпускаемых в России и за рубежом. Им создана научная школа в области фармакологии. Он автор почти сотни авторских свидетельств, отечественных и зарубежных патентов, научного открытия.

– Владимир Вячеславович, вопрос, который вам нельзя не задать. Как вы оцениваете потребности практического здравоохранения в специалистах? Существует ли их дефицит в регионе?

– Тема действительно острая и многогранная. И это при том, что государство постоянно увеличивает контрольные цифры приёма студентов в медицинские вузы, работают федеральные и региональные меры материальной и социальной поддержки, а уровень заработной платы медицинским работникам находится на пристальном контроле главы государства. Была даже инициатива о введении особых требований к профессиональному уровню врачей частной медицины. Она основана на двух ключевых аргументах. Первое – безусловно, врач частной медицины, услуги которого не дешёвые и с лихвой компенсируются из кармана пациента, должен иметь высокий уровень компетенций, а это, как известно, и достаточный опыт, и высокий уровень квалификации. Второе – молодой специалист должен получить этот опыт там, где его знания особенно остро востребованы, а именно в государственных больницах и поликлиниках, в том числе сель-

ских. И, пожалуй, самое главное. Давайте не забывать, что основной контингент обучающихся в медицинском университете студентов получает образование, я подчёркиваю, за счёт государства. То есть за наш с вами счёт. А обратиться к специалисту, которого мы выучили, гражданин может только при условии достаточного количества денежных средств. Получается, что пациент платит дважды. Отмечу, что представители частных клиник пока за свои средства ещё ни одного врача не подготовили. Справедливо ли это? Считаю, что обсуждение этой темы стоит продолжить.

– Много ли выпускников университета уезжает на работу в другие страны?

– Да, наши выпускники работают врачами во многих странах мира. Обучение иностранных студентов в университете ведётся с 1962 г., за это время подготовлено около 5 тыс. врачей для зарубежья. По количеству иностранных обучающихся ВолгГМУ занимает лидирующие позиции среди медицинских университетов. В настоящее время в вузе с учётом филиала в Пятигорске обучаются более 3 тыс. иностранцев. В 2020 г. первый заместитель председателя Правительства России, а ныне министр обороны Андрей Белоусов вручил нам за второе место сертификат и кубок победителя премии «Экспортёр года» в номинации «Экспортёр года в сфере услуг» в категории «Крупный бизнес».

– Каким вы видите университет через 3, 5, 10 лет?

– Университет – это экосистема, которая должна постоянно развиваться и трансформироваться. Многие зависят от специалистов. Мы делаем ставку на молодых учёных, вовлечённых в проектную инновационную научную деятельность, в составе ведущих научных коллективов. Проект по формированию кадрового резерва из числа студентов, ординаторов и аспирантов «Начни карьеру в ВолгГМУ!» реализуется в университете с 2021 г.

За это время траекторию личного профессионального развития по направлениям преподавательской, научной и медицинской деятельности построили 95 выпускников. Из них уже приступили к работе более 30 молодых специалистов. Сейчас среди трудоустроенных в ВолгГМУ сотрудников – 25 ассистентов кафедр, 4 врача клиник, 2 младших научных сотрудника научного центра и 2 медицинские сестры. При этом участники программы могут совмещать преподавание и работу в практическом здравоохранении. Вуз нуждается в молодых людях, которые займут лидирующие позиции в профессорско-преподавательском составе. У нас продолжает преподавать профессор из Москвы, Санкт-Петербурга и других городов. С нашей выпускницей и профессором, которая сейчас живёт в Малайзии, ежегодно организуем международные симпозиумы.

– Что помогает вам сохранить высокую трудоспособность и позитивный настрой в работе и жизни?

– Любимое дело, трудолюбие, милосердие, готовность помочь людям и результат, который я вижу каждый день. Максимальная сопричастность к подготовке молодых кадров, выпускников, которые продолжают традиции и привносят новое в развитие медицинского образования. Таким должен быть весь жизненный и трудовой путь. Надо свято следовать своим убеждениям и клятве Гиппократа. И конечно же, занятия спортом и поддержка семьи.

Алексей ПИМШИН.

Экспертный совет по качеству медицинской деятельности комитета Государственной Думы по охране здоровья и технический комитет по стандартизации «Системы менеджмента» Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии провели совместное заседание. Оно было приурочено ко Всемирному дню безопасности пациентов. Основная обсуждаемая тема – внедрение в медицинских организациях Российской Федерации ответственных стандартов и систем менеджмента качества (СМК).

О том, насколько эта тема важна, говорит тот факт, что в обсуждении приняли участие все стороны процесса организации и оказания медицинской помощи: депутаты Госдумы, представители Минздрава России, региональных министерств здравоохранения, Росздравнадзора, медицинских вузов, ведущих медорганизаций страны.

Разберёмся в терминах

Про обеспечение безопасности и качества медицинской помощи говорится так часто и так много, что пора от слов переходить к делу. Правда, для начала неплохо бы определиться с терминологией, а также установить единые правила игры, а именно, стандартизировать медицинскую деятельность на всех её этапах и обязать лечебные учреждения следовать этому.

Как оказалось, в главном федеральном «медицинском» законе страны № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» теме организации, а также контроля качества и безопасности медицинской деятельности посвящены сразу несколько статей. В то же время в законодательстве в принципе отсутствует какое-либо определение понятия «безопасность» применительно к здравоохранению. Устанавливать стандарты в этих условиях – задача нерешаемая. По мнению организаторов встречи, столь парадоксальная ситуация должна быть исправлена.

Что касается трактовки понятия «безопасность», на которую ориентируются создатели международных стандартов менеджмента качества, она подразумевает структуру деятельности в здравоохранении, минимизирующую вероятность ошибок при оказании медицинской помощи, снижающую риски и степень причинения предотвратимого вреда пациенту.

Помнится, внедрение международной системы менеджмента качества ISO 9001 началось в России двадцать лет назад, было – впрочем, как и сегодня – исключительно делом добровольным и шло весьма медленно. Далеко не все руководители лечебных учреждений были готовы заняться решением столь непростой задачи – стать настоящим лидером, формировать в своих коллективах приверженность к высокому качеству организации и исполнения всех до единого рабочих процессов.

Одним из первых и успешных организаций здравоохранения в этом смысле был главный врач Иркутского областного диагностического центра Игорь Ушаков. Несколько лет, пока другие главврачи не увлеклись внедрением СМК, Иркутский диагностический центр заметно выделялся на общем фоне лечебных учреждений не только региона, но и страны. Здесь было необычным всё, начиная с безупречной организации работы и её высокого качества до уважительного и дружелюбного отношения к пациенту. Последнее проявлялось и в манере общения персонала с пациентами, и в дизайне помещений, и в особой, нетипичной для российского здравоохранения «вышколаемости» медрегистраторов. Учиться к И.Ушакову менеджменту качества и качеству менеджмента ехали коллеги со всей страны.

Даёшь своё!

Поначалу каждый случай, когда российская больница получала сертификат международной системы качества, было событием для отрасли. Затем эффект новизны пропал, но необходимость внедрить отраслевые стандарты качества и безопасности по-прежнему высока. При этом в данный момент истории нашей страны не просто хотелось бы, а необходимо оказалось перейти с международных к отечественным системам менеджмента. Так сказать, провести

внутреннего контроля в учреждении здравоохранения.

Сложно, но нужно

Не пора ли перейти от добровольного следования СМК к обязательному? Вопрос, который среди прочих поставили участники заседания.

Заместитель генерального директора Национального института качества Росздравнадзора Олег Швабский отметил: система здра-

вохранения – наиболее опасная и трудная для внедрения единых подходов отрасль. Проще оказалось внедрить СМК в автопроизводстве, авиации, атомной промышленности, и гораздо сложнее в здравоохранении. Тем не менее, все страны прошли этот путь.

Быть другом пациенту

– Система менеджмента качества в медицине – это правила хорошего тона. По сути, СМК есть отражение интеллигентности и порядочности медицинских работников любого уровня, включая руководителя, – считает директор НИКИ педиатрии

детей, – перечислил Д.Морозов.

Главное условие реализации всех этих проектов, по словам директора института – наличие команды, соединённой нитями взаимной ответственности за принимаемые решения. Задача лидера – сформировать такую команду.

Потребность в лидерах

Президент АО «Медицина» академик РАН Григорий Ройтберг высказал своё мнение о том, как

Деловые встречи

Импортозамещение качества

На смену ISO и JCI приходят российские системы менеджмента



импортозамещение и в данном разделе тоже. Именно так выразился председатель комитета Госдумы по охране здоровья Бадма Башанкаев.

– Сегодняшнее мероприятие должно быть результативным. Время настало. Мы должны обеспечить нашим пациентам гарантии качества медицинской помощи. От нас ушли иностранные партнёры, их системы менеджмента раньше считались образцовыми – ISO, JCI и другие. У нас есть свои, на которые мы можем опираться, чтобы обеспечить нашим людям медицинскую помощь одинакового уровня на всей территории России. Мы с 2016 г. говорим о качестве медицины, поэтому нынешняя встреча не должна закончиться просто очередной галочкой и пресс-релизом. Нужны результаты, – призвал коллега Б.Башанкаев.

В свою очередь, руководитель Росздравнадзора Алла Самойлова считает, что говорить об отсутствии качества при оказании медицинской помощи в России и недостаточности его контроля было бы в корне неверно.

– Самый главный показатель того, что качество в здравоохранении всё-таки есть, и оно с каждым днём улучшается – это удовлетворённость населения результатами медицинской помощи. Ожидания пациентов всё больше приближаются к тому, чего они хотят получать от системы здравоохранения, – констатировала А.Самойлова.

В то же время руководитель Росздравнадзора напомнила: в полномочия данного органа входит контроль исполнения медорганизациями лицензионных требований. А следование собственно какой-либо системе менеджмента качества пока не является таковым. Оно может быть предметом лишь

оценивать качество в медицине и насколько важна система менеджмента.

Вообще, по мнению эксперта, какие бы ни принимали замечательные законы, как бы хорошо ни работали органы власти, если нет лидеров, желающих что-то изменить, задача не будет решена. В то же время академик не согласен с тем, что оценка пациента является основной при определении качества в медицине. Удовлетворённость пациента – лишь один из многих компонентов. Равно как показатель летальности не является критерием качества, если сравниваются лечебные учреждения разных уровней. Один стационар принимает самых тяжёлых хирургических больных, а другой «специализируется» на аппендэктомии, разумеется, количество смертей у них будет разным.

Как резонно заметил Г.Ройтберг, когда говорят, что эта больница хорошая, а эта плохая – на чём основаны утверждения? Когда высказывают мнение, что один хирург хороший, а второй плохой – как это определяется? Только наличие и использование целого набора формализованных показателей качества и безопасности, возможность сравнивать результаты позволяющей оценить деятельность медицинской организации.

Клиника под руководством Г.Ройтберга уже более 15-ти лет соответствует высшим стандартам качества оказания медицинской помощи, что многократно подтверждено JCI.

– Целостная же картина уровня качества той или иной организации невозможна без единой цифровой шкалы оценки и независимого контролирующего института. Национальные практические рекомендации в своём нынешнем виде полностью удовлетворяют требованиям, необходимым для улучшения качества оказания помощи. Однако их формальное наличие без мотивации для руководителей ЛПУ не изменит ситуацию. Важно создавать преференции для тех организаций, которые эти стандарты внедряют, а это возможно лишь при заинтересованности и воле государства, – подытожил Г.Ройтберг.

Внедрение СМК у нас в стране должно идти активнее. С этим никто не спорит. Академик признался, что участвует в подобных совещаниях с 2011 года, а прогресса пока нет. Между тем, в Соединённых Штатах Америки сегодня 80% медицинских организаций имеют JCI – аккредитацию. Значит, у них есть в этом заинтересованность.

– Если мы не сформируем мотивацию у руководителей медицинских организаций и коллективов, если не будет чётких планов, если не будут обозначены в цифрах желаемые результаты, то благая мысль о качестве так и останется лишь мыслью, – считает эксперт.

им. Ю.Е.Вельтищева доктор медицинских наук Дмитрий Морозов.

Главный детский хирург Минздрава России убеждён в том, что главный критерий качества медицинской помощи – удовлетворённость населения. Сами работники отрасли могут контролировать качество манипуляций и процедур, но дневник, где ставят оценку медицине, находится у пациента.

Научно-исследовательский институт им. Ю.Е.Вельтищева 10 лет назад прошёл сертификацию по СМК. Но до сих пор работает над повышением качества своей работы во всех её направлениях, от хирургии и науки до создания комфортной среды для пациентов: помещение для хранения чехов и сумок иногородними пациентами; комната, где мама может покормить малыша грудью; туалеты в зоне доступа, учитывающая очень большой поток посетителей; помещения для совершения молитв; создание собственной службы питания и многое другое. Каждый ремонт в клинике теперь – продуманное стратегическое решение. Всё это оказалось чрезвычайно важно и было высоко оценено людьми.

– Мы чётко следуем стратегии создания дружелюбной среды для людей. Сегодня у нас нет пациентов, сидящих в приёмном покое часами, потому что приёмное отделение начинает работать в половине седьмого утра. Больше внимания стало уделяться мало-мобильным гражданам. Мы восстановили медицинские боксы, что даёт возможность оказывать помощь инфекционным больным. Установили аппараты для формирования электронной очереди. Организовали службу психологической помощи и отдельное направление – реабилитация мамочек, которые имеют тяжелобольных

Тридцать лет назад заслуженный изобретатель Российской Федерации и Почётный гражданин Пензенской области Сергей ЕВДОКИМОВ основал компанию «МедИнж». До этого он работал в Кирово-Чепецке на большом химическом комбинате, где имелось специальное конструкторское бюро по медицинской тематике. Там впервые в СССР был налажен серийный выпуск механических протезов клапанов сердца.

Но непрофильное направление в рамках химического комбината стало неприоритетным, поэтому Сергей Васильевич с командой единомышленников решил отсюда уйти и начать свой бизнес в Пензе. Здесь простаивал завод по производству вычислительной техники, с хорошими импортными станками и чистыми комнатами. Взав в аренду, а затем выкупив часть производственных площадей, он сумел за пару лет запустить полный цикл производства. И сегодня механический клапан сердца остаётся флагманским продуктом, дающим как минимум половину всего оборота.



Новый корпус ГК «МедИнж»

850 штук в год. Кроме того, модернизация позволила повысить уровень локализации конечной продукции с 60% до 80%, отказавшись от покупки критических материалов и комплектующих из США, Германии и Ирландии. До конца года компания планирует довести этот показатель до 100%. На производстве выпускается около 70% всех механических искусственных клапанов сердца для имплантации в России.

По оценкам компании, от 30% до 80% российского рынка протезов клапана сердца в зависимости

Приоритет качества

В 2005 г. «МедИнж» посетил Президент РФ Владимир Путин в ходе первого в России выездного заседания Госсовета по вопросу создания сети федеральных центров хирургии. Рассказывает сын С.Евдокимова – генеральный директор предприятия Александр Евдокимов: «Неожиданно для многих было объявлено, что в Пензе будет создаваться Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии. Решение действительно стало для нас судьбоносным, потому что мы с ним очень тесно взаимодействуем. Благодаря этому нам первым и пока единственным в России удалось разработать и поставить на производство транскатетерный клапан сердца. Создана лаборатория доклинических испытаний наших изделий на крупных животных (свиньях и баранах). И как раз специалисты федерального центра отработывают все новые изделия, «набивают руку» именно на животных. То есть мы действительно уверены, что это изделие надёжное, ему можно доверять на 100%. Качество всегда было нашим приоритетом».

Двадцать лет назад была создана система менеджмента качества, сертифицированная международной организацией. «Мы первыми в России получили европейский сертификат на имплантируемые изделия для сердечной-сосудистой хирургии. Это был непростой процесс, но благодаря ему наши изделия с торговой маркой «Кардиамед» вышли на мировой рынок и продавались в 30 странах мира», – отмечает Евдокимов-младший. Считалось, что никто в Европе не будет покупать сделанную в России продукцию. «Поэтому мы создали дочернюю компанию в Нидерландах и, соответственно, на неё получили необходимые сертификаты. Собственно, делался клапан полностью здесь, туда отправлялся уже стерильным. Там её упаковывали в коробку с надписью «Сделано в Нидерландах», – поясняет он.

Помимо центра доклинических исследований, на базе предприятия создаются лаборатории технических испытаний и оценки биологического действия медицинских изделий. Последней заведует – Марина Шебурова. При оценке биологической без-

Ракурс

Союз инженеров и врачей

От сердечных клапанов до нейростимуляции



Отец и сын Евдокимовы

опасности медицинского изделия анализируются характеристики материалов, из которых оно изготовлено, санитарно-химические показатели (определяется концентрация токсичных микропримесей, которые экстрагируются из медицинского изделия). Используются аналитические методы газовой хроматографии, парафазно-газовой хроматографии, высокожидкостной хроматографии, атомно-абсорбционной хроматографии, ОЭФ-спектроскопии. Все показатели должны соответствовать предельно допустимым концентрациям. Помимо этого в лаборатории отработываются методы микробиологических исследований, работа с культурами клеток, гистологические исследования. В дальнейшем планируется российская и международная аккредитация этого испытательного центра. Он позволит российским производителям проводить необходимые испытания своих изделий для регистрации в России и сертификации за рубежом.

исключительно мужчинами. Работёт производство транскатетерных клапанов. Впервые в мире их створки стали изготавливать из политетрафторэтилена. Имеется уникальная лаборатория, обработки нитинола (никелида титана), обладающего памятью формы. Её возглавляет Владимир Крюков. Из нитиноловой проволоки изготавливаются кардиологические окклюдеры. Они применяются для мини-инвазивных вмешательств при врождённых дефектах межпредсердной и межжелудочковой перегородки сердца, открытом артериальном протоке и т.д. За прошлый год было сделано более 600 окклюдеров для детей. Ещё одно направление – изготовление коронарных стентов, в том числе с лекарственным и наноуглеродным покрытием. Если ежегодная потребность в сердечных клапанах

от сегмента занимают зарубежные изделия. «При схожести технологии изготовления большей части продукции завода с зарубежными в Пензе внедрены не имеющие в мире аналогов технологии производства пиролитического углерода для механических клапанов и технология обработки биоматериала для биологических клапанов сердца», – отметил А.Евдокимов.

Перспективы развития

О перспективах рассказал управляющий предприятием Евдокимов-старший: «Сейчас мы поставили перед собой задачу, она опять же идёт от врачебного сообщества. Собственно, два направления. Первое – это травматология и ортопедия. Оказалось, что суставы (тазобедренные, коленные, локтевые и все остальные) по многим причинам в России практически не производятся. Есть какие-то маленькие предприятия, делающие от силы тысячу протезов тазобедренного сустава в год, а потребность сейчас – 100 тыс. Вся ниша занята зарубежными производителями. Поэтому мы пытаемся к этой теме подойти, ведём переговоры по локализации технологий, чтобы всё это здесь наладить. У нас есть старый корпус, там порядка 6 тыс. м². Мы в нём подготавливаем производство протезов. Снова рассчитываем на поддержку ФРП.

А второе направление – это нейростимуляция: лечение боли, двигательных расстройств и т.д. Условно говоря – от энуреза до Альцгеймера. Речь идёт об имплантируемых стимуляторах, активирующих нужные зоны, чтобы получить желаемый эффект. На первом этапе как минимум нужно догнать зарубежных производителей. Но когда мы подтягивается до их уровня, то, по крайней мере, все базовые технологии, которые необходимы для развития, уже осваиваем. И, соответственно, когда мы сравниваемся с тем, что есть на рынке, у нас уже есть технологическая возможность сделать следующий шаг. Мы плотно взаимодействуем с доктором медицинских наук, профессором Павлом Муслиенко из Санкт-Петербурга – очень талантливым учёным с большим опытом международных исследований».

Как сказал С.Евдокимов, «необходимо взаимодействие с врачами, установление таких взаимоотношений, когда они будут давать обратную связь, на основании которой мы сможем улучшать наши изделия».

Болеслав ЛИХТЕРМАН.

Пенза-Москва.

Редакция «МГ» благодарит руководителя направления интегрированных коммуникаций ФРП Максима Абрахимова за организацию пресс-тура в «МедИнж».



Створки клапанов полируют под микроскопом

Уникальные технологии

Рядом со старыми корпусами находится здание нового промышленного центра группы компаний «МедИнж» площадью 15 тыс. м². Здесь расположено производство высокотехнологичных имплантируемых медицинских изделий для кардиохирургии, эндоваскулярной хирургии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии, челюстно-лицевой и общей хирургии. Выпускаемая продукция группы компаний защищена более чем 30 патентами на изобретения, в том числе зарубежными.

В группе компаний работает более 400 человек. Сборка механических клапанов проходит в чистой комнате со стеклянными стенами, коллектив в этом помещении, в основном, женский. А вот створки из изотропного пиролитического углерода полируются вручную, причём почти

в РФ оценивается в 11,5 тыс., то в коронарных стентах – в 0,5 млн штук. По словам А.Евдокимова, рынок коронарных стентов ежегодно растёт на 10-15%.

В мире имплантировано около 170 тыс. механических клапанов «МедИнж», около 10 тыс. биологических клапанов, примерно столько же механических полнопроточных протезов клапана сердца «МедИнж-СТ» и порядка 1,5 тыс. транскатетерных клапанов «МедЛаб-КТ», не имеющих аналогов в мире. Инвестиции в модернизацию производства превысили 300 млн руб., из которых 240 млн – в виде льготного займа, предоставленного федеральным Фондом развития промышленности (ФРП), позволившего приобрести современное высокотехнологичное оборудование. Благодаря этому объём производства «МедЛаб-КТ» вырос в 1,6 раза – до 260 штук в год, а «МедИнж-СТ» в 1,2 раза – до



Протез митрального клапана

Исследования

Антидепрессант в терапии глиобластомы

Исследователи из Швейцарской высшей технической школы Цюриха сообщили, что антидепрессант Вортиоксетин способен замедлять рост клеток глиобластомы. Его действие уже проверили на мышах и опухлях.

Швейцарские учёные проанализировали воздействие 130 различных лекарств на ткани головного мозга, поражённые раком, и обнаружили, что Вортиоксетин является наиболее эффективным средством уничтожения больных клеток.

Дальнейшие исследования на мышах с глиобластомой также показали, что препарат замедляет рост опухолей и уменьшает их размеры, причём этот эффект значительно усиливается в сочетании с химиотерапией.

Эксперты считают, что этот медикамент эффективен, потому что, в отличие от других, способен преодолевать гематоэнцефалический барьер.

«Преимущество Вортиоксетина в том, что он безопасен и очень экономичен. Поскольку препарат уже одобрен, он не нуждается в сложной процедуре утверждения

и вскоре может стать дополнением к стандартной терапии этой смертельной опухоли головного мозга», – считает соавтор исследования и эксперт в области неврологии из университетской клиники Цюриха, профессор Майкл Уэллер.

Однако учёный призвал пациентов воздержаться от самостоятельного приёма Вортиоксетина без медицинского наблюдения: «Мы пока не знаем, действует ли препарат на людей и какая доза требуется для борьбы с опухолью, поэтому необходимы клинические испытания».

В ходе исследования учёные объединили раковые ткани головного мозга 40 пациентов с различными лекарствами. Затем они использовали комбинацию сканирования и компьютерного анализа, чтобы оценить, насколько эффективны препараты для разрушения раковых клеток и предотвращения быстрого деления, провоцирующего развитие и рост опухолей.

Исследователи обнаружили, что Вортиоксетин быстро запускает химические реакции. Они в свою очередь проникают через гематоэнцефалический барьер.

В настоящее время запланированы ещё два испытания на пациентах, чтобы выяснить, усиливает ли химиотерапия и лучевая терапия способность препарата уменьшать опухоль.

Эксперты говорят, что, если препарат окажется эффективным, он станет первым лекарством за последние десятилетия, улучшающим лечение глиобластомы.

Комментируя полученные результаты, главный научный сотрудник Благотворительного фонда по борьбе с опухолями головного мозга, доктор Саймон Ньюман, не принимавший участия в исследовании, говорит: «Любые научные разработки, которые приближают нас к новым методам борьбы с глиобластомой, многообещающе, поскольку методы лечения не менялись десятилетиями. Нам срочно нужны более щадящие и эффективные методы для людей с этим диагнозом, поэтому использование новых технологий и перепрофилирование существующих лекарств может помочь в достижении этой цели».

Типичные схемы лечения этого вида агрессивного рака предус-

матривают проведение хирургического вмешательства перед химиотерапией и лучевой терапией. С начала 2000-х годов этот метод остаётся практически неизменным.

Пациенты с таким диагнозом обычно подвергаются хирургическому вмешательству, чтобы удалить как можно больше опухоли. Затем в течение примерно шести недель проводится ежедневное облучение и химиотерапия, после чего приём лекарств сокращается. Облучение может быть использовано для уничтожения дополнительных опухолевых клеток и лечения тех, кто недостаточно здоров для хирургического вмешательства. Но всего за семь недель опухоль может удвоиться в размерах.

Вортиоксетин, также известный как Бринтелликс, является антидепрессантом, используемым для лечения тяжёлой депрессии, которая не поддаётся другим, более распространённым методам. Он работает аналогично селективным ингибиторам обратного захвата серотонина, но также использует другие механизмы для увеличения циркуляции серотонина – гормона мозга, отвечающего за настроение.

Ну и ну!

Активность
мозга
после
смерти

Учёные из США зафиксировали на ЭЭГ активность умирающего человеческого мозга и обнаружили ритмичные паттерны волн во время смерти. Они похожи на те, которые возникают во время сновидений, воспоминаний и медитации.

«Непосредственно перед тем и после того, как сердце перестало работать, мы увидели изменения в определённой полосе нервных колебаний, так называемых гамма-колебаниях, а также в других, таких как дельта-, тета-, альфа- и бета-колебаниях», – отметили учёные.

У 87-летнего пациента, проходящего лечение от эпилепсии, в момент, когда на электроэнцефалограмме измерялась мозговая активность, внезапно случился сердечный приступ, и мужчина скончался. 15 минут после его смерти мозговая активность записывалась на ЭЭГ.

«Мы измерили 900 секунд мозговой активности во время смерти и уделили особое внимание изучению того, что произошло за 30 секунд до и после того, как сердце перестало биться», – говорит нейрохирург из университета Луисвилла Аджмал Земмар.

Учёные зарегистрировали усиление очень специфических волн. Обычно они присутствуют в живом человеческом мозге. Различные типы колебаний участвуют в высококогнитивных функциях, таких как концентрация, сновидения, медитация, поиск в памяти, обработка информации и сознательное восприятие. Гамма-ритм может указывать на то, что мозг пытается вспомнить важные события нашей жизни, прежде чем мы умрём. Это похоже на ощущения, описываемые людьми, побывавшими на грани, а то и за гранью смерти, но вернувшимися к жизни после реанимационных мероприятий.

«Посредством генерации колебаний, связанных с восстановлением памяти, мозг, возможно, воспроизводит последние воспоминания о важных жизненных событиях непосредственно перед смертью, аналогичные тем, о которых сообщается в предсмертных переживаниях», – предполагает Земмар. – Эти результаты бросают вызов нашему пониманию того, когда именно заканчивается жизнь, и порождают следующие важные вопросы, например, связанные со сроками донорства органов».

Подобные изменения в мозговых волнах наблюдались в момент смерти у крыс, но никогда раньше у людей.

Данные исследования представляют собой первое свидетельство умирающего человеческого мозга в неэкспериментальных, реальных условиях неотложной медицинской помощи и свидетельствуют о том, что он может обладать способностью генерировать скоординированную активность в предсмертный период.

«Из этого исследования мы вынесли для себя следующее: хотя глаза наших близких закрыты, и они готовы уйти на покой их мозг может воспроизводить некоторые из самых приятных моментов, которые они пережили в своей жизни», – заключают учёные.

Гипотезы

Ожирение и деменция: что общего?

Научный центр здравоохранения Техасского университета в Сан-Антонио провёл исследование, показавшее, что ожирение может быть одним из ключевых факторов развития деменции и болезни Альцгеймера.

«Полученные данные подтверждают известную роль вариаций лептина в риске развития деменции в пожилом возрасте, связывая его дефицит с изменениями в структуре белого вещества, что является ранним проявлением когнитивных нарушений, вызванных болезнью Альцгеймера или сосудистой деменцией», – говорит доцент университета Гленна Биггса Института болезни Альцгеймера и нейродегенеративных заболеваний при Университете Сан-Антонио, ведущий автор исследования Клаудия Сатисабал.

Болезнь Альцгеймера является основной причиной деменции, влияющей на жизнь миллионов людей во всём мире. Всё больше данных свидетельствует о том, что ожирение в среднем возрасте является важным фактором, повышающим риск развития этого заболевания. По-

тенциально механизмом распространения могут быть сосудистые, генетические и метаболические пути. Изучение жировой ткани привело к значительным открытиям.

Когда-то рассматривавшаяся как пассивный резервуар для накопления энергии, жировая ткань теперь считается частью эндокринной системы, выделяющей группу биологически активных пептидов, известных как адипокины, или клеточные сигнальные молекулы, которые играют функциональную роль в энергетическом или метаболическом статусе организма, воспалении и ожирении.

Лептин – это адипокин, отвечающий за центральный контроль потребления пищи и энергетического гомеостаза, и участвует в различных нейрофизиологических функциях, включая развитие мозга, нейрогенез и нейропротекцию.

Из-за этих эффектов он считался вероятным механизмом, ведущим от ожирения к болезни Альцгеймера. Это подтверждается результатами, связывающими более высокий уровень лептина со снижением риска развития заболевания и умеренных когнитивных нарушений, а

также улучшением структурных показателей мозга у пожилых людей, отмечается в исследовании.

Тем не менее, эксперименты, проведённые на молодых людях, не выявили связи между уровнем лептина и ранними признаками повреждения головного мозга, предшествующими риску развития деменции в пожилом возрасте.

Учёные из Научного центра здравоохранения Техасского университета в Сан-Антонио провели новое исследование. Его цель – получить более глубокое представление о потенциальной взаимосвязи лептина с нейродегенеративными и цереброваскулярными заболеваниями.

В частности, они изучили связь маркеров этого адипокина с когнитивными функциями и показателями магнитно-резонансной томографии (МРТ) при атрофии головного мозга и повреждении сосудов у здоровых людей среднего возраста.

Специалисты провели нейропсихологическое обследование более 2 тыс. когнитивно здоровых участников Фрамингемского исследования сердца – долгосрочного

когортного исследования сердечно-сосудистой системы жителей Фрамингема, штат Массачусетс, охватывающего три поколения и являющегося проектом Национального института сердца, лёгких и крови в сотрудничестве с Бостонским университетом.

Учёные измерили концентрацию лептина, его растворимого рецептора и их соотношение. Когнитивные показатели и МРТ были получены с использованием стандартизированных протоколов.

Результаты показали более высокую связь растворимого рецептора лептина с более низкой целостностью белого вещества мозга, что подтверждали данные МРТ-исследований.

В совокупности учёные пришли к выводу, что более высокая биодоступность лептина была связана с лучшей сохранностью белого вещества у здоровых людей среднего возраста. Это подтверждает предполагаемую нейропротекторную роль лептина в снижении риска развития деменции в пожилом возрасте. Ожирение же приводит к снижению чувствительности организма к этому адипокину.

Кстати

Виноват алкоголь

Согласно научному отчёту, чрезмерное употребление алкоголя увеличивает риск развития шести видов злокачественных новообразований, включая плоскоклеточный рак пищевода и некоторые виды рака головы, шеи, молочной железы, толстой кишки, печени и желудка.

В докладе Американской ассоциации по изучению рака учёные описали тревожную закономерность: несмотря на то, что показатели смертности от рака снизились, общая заболеваемость некоторыми видами необъяснимо растёт. Особенно тревожным является статистика появления новообразований в желудочно-кишечном тракте, в частности, это колоректальный рак среди молодых людей.

При этом учёные утверждают, что более половины людей не знают о

наличии такой взаимосвязи. Вывод они сделали на основе исследования с участием 135 тыс. человек пенсионного возраста.

Авторы призвали к повышению осведомлённости с помощью кампаний по распространению общественных сообщений и добавлению предупреждающих надписей о раке к алкогольным напиткам.

Рекомендации даны на фоне радикального переосмысления предполагаемой пользы для здоровья от умеренного употребления алкоголя. Он в течение многих лет считался средством защиты от сердечных заболеваний.

«Пятьдесят один процент людей, принявших участие в исследовании, не знают, что алкоголь увеличивает риск развития рака. Мы можем говорить о мифе о том, что красное вино имеет положительный эффект для сердечно-сосудистой системы, но

есть много способов поддерживать здоровье сердца, и эти потенциальные преимущества не перевешивают риски онкологии», – говорит эпидемиолог из Института рака в Лос-Анджелесе Джейн Фигейредо.

При этом уровень осведомлённости общественности остаётся низким. Одно исследование показало, что менее трети женщин в возрасте от 18 до 25 лет знают о том, что употребление алкоголя увеличивает риск развития рака молочной железы.

С 2010 по 2019 г. заболеваемость раком среди взрослых в возрасте старше 30 лет значительно возросла. В отчёте говорится, что наибольший рост в 2019 г. был отмечен в отношении рака молочной железы, цитовидной железы, толстой и ректальной кишки.

Число случаев раннего развития колоректального рака (определяемого как злокачественные новообразования у взрослых в возрасте до 50 лет) ежегодно увеличивалось на 1,9 % с 2011 по 2019 г., говорится в

отчёте со ссылкой на многочисленные исследования, опубликованные ранее.

Факторы, способствующие росту заболеваемости колоректальным раком на ранней стадии, до конца не изучены, но многие исследования показали, что частое и регулярное употребление алкоголя в раннем и среднем возрасте связано с более высоким риском развития рака толстой и прямой кишки в дальнейшей жизни.

«Спиртные напитки оказывают неблагоприятное воздействие на микробиом – совокупность бактерий, грибков и вирусов, живущих на поверхности нашего тела и внутри него», – говорит доктор Фигейредо. – Употребление спиртного изменяет микрофлору кишечника и может привести к развитию рака. Также считается, что алкоголь повышает риск развития рака груди у женщин, поскольку он увеличивает уровень гормона эстрогена, который способствует развитию этого заболевания».

Подготовила Марина КЫН.

По материалам
Frontiers in Aging Neuroscience,
Nature, The New York Times,
Alzheimer's & Dementia.

Ориентир

В дружбе народов — вуза оплот!

На площадке перед спорт-комплексом университета расположились почти три десятка шатров, внутри — студенты в ярких костюмах представили блюда национальной кухни, книги, сувениры. Они проводили игры и мастер-классы, гости отвечали на вопросы о народах России и мира, а за правильные ответы получали стикеры для игры в бинго. Их было 26 — по числу студенческих землячеств.

Впервые подобный фестиваль на открытой площадке прове-

2-й Фестиваль студенческих землячеств прошёл в РНИМУ им. Н.И.Пирогова



Айлар Дурдыкова в шатре Туркменского землячества

— Наше национальное объединение — не самое большое, — заметила председатель Еврейского землячества, студентка 5-го курса международного факультета Лия Рабинович. — Сейчас в нём 25 студентов. Провели совместное заседание с киноклубом РНИМУ им. Н.И.Пирогова, посвящённое творчеству Ари Фольмана на примере мультфильма «Где Анна Франк?», вместе отмечаем в одной из аудиторий университета праздники ханука, пейсах и пурим с проведением ярмарок.

— Мы — это 30 студентов из Болгарии, Боснии и Герцеговины, Северной Македонии, Сербии, Хорватии, Черногории и представляли балканских народов, считающих своей родиной Россию, — рассказала нам председатель Балканского землячества, студентка 3-го курса института мировой медицины Вира Цанкова.



Мастер-класс Молдавского землячества проводит Екатерина Бурлаченко

ли в прошлом году, успешный проект был поддержан грантом Росмолодёжи. Участников приветствовала проректор по молодёжной политике РНИМУ им. Н.И.Пирогова Владислава Белякова, а начальник отдела культурно-массовой работы управления внеучебной деятельности обучающихся университета Татьяна Росташова говорила о важности родных и близких в деле воспитания молодого поколения, надо всегда помнить о своей малой родине, что Фестиваль студенческих землячеств посвящён Году семьи. Среди гостей праздника были руководители представительств регионов России в Москве.

— Так получилось, что я узнала о Татарском землячестве ещё до поступления в университет от нашего председателя Зарины Миннуллиной, — рассказала нам студентка 3-го курса лечебного факультета Адиля Ахмадиева. — Это развеяло мои сомнения о переезде в Москву из Казани. Участвую во всех активностях с 1-го курса. У нас не так много времени, но раз в месяц получается собраться — иногда в Татарском культурном центре, а



Слева направо — гармонист Никита Шаламов из Татарского землячества, заместитель председателя Узбекского землячества Дилангез Нишанова, Фатима Кушиева из Дагестанского землячества, Татьяна Росташова

в клубе врачей «Гиппократ» при Штабе татар Москвы встречаемся с успешными медиками столицы. Сейчас в нашем землячестве более 200 студентов, и оно самое большое наряду с дагестанским.



Ысмаил Алимбеков с гордостью носит кыргызский ак-калпак

зала нам автор и лидер проектов «Фестиваль студенческих землячеств» и «Форум студенческих землячеств «Пирогов Global», экс-председатель ССЗ и Карачаево-Балкарского землячества, посвящённое творчеству Теймураза Квеквесири и Инара Нармания, и заседание Осетинского землячества с обсуждением фильма «Золотая бронза», квест ССЗ по первой помощи совместно с кафедрой медицины катастроф лечебного факультета «ТурМир», Неделя взаимопонимания и согласия ССЗ, спартакиада ССЗ по волейболу — перечислять долго.

В одном из шатров желающие могли сдать буккальный эпителий для вступления в Федеральный регистр доноров костного мозга.

— Каждый россиянин должен быть уверен, что в случае болезни для него найдётся совместимый донор стволовых клеток, — сказал нам начальник медицинского управления РНИМУ им. Н.И.Пирогова Тигран Мурадян. — С этой точки зрения особенно важны площадки, где собираются представители разных национальностей. За этот вечер в регистр вступили 11 человек — и это немало, так как речь идёт о гостях фестиваля. Представители землячеств давно — кто мог — стали потенциальными донорами костного мозга.

Праздник закончился поздно вечером.



Дружественные флаги

— В ближайшее время планируем вместе отмечать национальные праздники наших стран.

Совет студенческих землячеств РНИМУ им. Н.И.Пирогова был создан 6 октября 2012 г. в качестве одного из направлений самоуправления учащихся.

— По-настоящему землячества объединил «Многоязычный концерт» 13 апреля 2013 г., — ска-

желания развиваться и регулярно проводить подобные мероприятия. Уже весной 2025 г. все землячества вновь объединятся под крышей родной альма-матер в рамках проекта победителя конкурса «Росмолодёжь. Гранты среди физлиц — 2024» «Форума студенческих землячеств «Пирогов Global».

Только за последний год в РНИМУ им. Н.И.Пирогова проведены вечер чеченской культуры, литературный вечер «Черкесские строки» Адыгского землячества, открытое собрание с мастер-классами национальных ремёсел Ногайского землячества, мастер-класс по танцам от Дагестанского и Карачаево-Балкарского землячеств, ярмарки Ингушского, Грузинского и Вьетнамского землячеств, интеллектуальная игра от Армянского землячества, «Праздник весны» (Азербайджанское, Кыргызское, Узбекское, Таджикское, Татарское и Туркменское землячества), заседание с киноклубом Абхазского землячества, посвящённое творчеству Теймураза Квеквесири и Инара Нармания, и заседание Осетинского землячества с обсуждением фильма «Золотая бронза», квест ССЗ по первой помощи совместно с кафедрой медицины катастроф лечебного факультета «ТурМир», Неделя взаимопонимания и согласия ССЗ, спартакиада ССЗ по волейболу — перечислять долго.

В одном из шатров желающие могли сдать буккальный эпителий для вступления в Федеральный регистр доноров костного мозга.

Праздник закончился поздно вечером.



Ансамбль Карачаево-Балкарского землячества: слева направо — Расул и Шамиль Койчыевы, Исса Салпагаров, Саида Джуртубаева, Рамина Хубиева, Алина Шаваева

Альберт ХИСАМОВ,
обозреватель «МГ».
Фото Александра ХУДАСОВА.

Великая Отечественная война навсегда запечатлелась в её сердце. Мечтала стать лётчиком, но в суровые годы спасала раненых. Судьба санитарного инструктора, гвардии старшего сержанта М.Рохлиной многотрудна. Участвовала в ключевых сражениях: Сталинградской и Курской битвах, Яско-Кишинёвской операции, освобождении Польши и Чехословакии. Пройдя через всю Европу, победу встретила в Праге. Не раз была на волосок от смерти, трижды ранена, контужена. Участник и свидетель судьбоносных исторических перемен, смогла сохранить мудрость, оптимизм, жизнелюбие, верность своим убеждениям и идеалам, назначению на этой земле – быть проводником мира и добра. По сей день трудится в Московском комитете ветеранов войны, председательствует в совете ветеранов 95-й гвардейской Полтавской стрелковой дивизии, курирует музеи, посвящённые её боевому пути. Пишет книги, почти 30 лет, пока позволяло зрение, работала в Подольском и других архивах Минобороны России, занималась возвращением из небытия имён погибших и пропавших без вести, стояла у истоков создания музея-заповедника «Прохоровское поле».

– **Мария Михайловна, не так давно вы вернулись из недельной поездки в Волгоград. Что значит этот город в вашей судьбе?**

– Для нас этот город так и остался Сталинградом. Когда меня спрашивают про Волгоград, отвечаю, что там не бываю никогда. Я ехала в Сталинград, где получила «боевое крещение», чуть не погибла при бомбёжке, едва не утонула и не замёрзла. Случилось это в начале ноября 1942 г. У тяжело раненого заместителя командира танковой бригады начинался гангрена. Нужно было срочно переправлять в госпиталь на другой берег. На Волге только начался ледостав, но замерзает она не так, как наши реки: закрайки замерзают, потом идут взломанные льдины, а посередине шуга – комыя пропитанного водой снега. Очень страшная вещь. Построили всех медиков и бросили клич: есть добровольцы идти через полузамёрзшую Волгу? Все молчат. Второй раз обратились – молчание. Когда в третий раз сказали, что придётся назначать в приказном порядке, я шагнула из строя, ведь комсомолка. За мной вышла ещё одна девочка, меньше меня, правда, более плотная. Кстати, спустя 70 лет она нашла меня. В общем, мы выжили. Собрали раненого, в спальню мешок засунули две драгоценные трофейные химические грелки, привязали то ли к санкам, то ли к лыжам, не помню. Одна тянет за верёвку, другая палкой подталкивает. Тяжесть неимоверная, мы ревели, проклинали себя, что выжили, начальство, что не дали нам, девочкам, хотя бы одного солдата. Тем не менее перебрались с льдины на льдину и чудом ни разу не провалились в воду. Шли целый день, поздно вечером достигли противоположного берега и сухим сдали тяжело раненого в госпиталь. Потом возле печки в какой-то избе проспала почти сутки. В госпитале нас накормили, предложили остаться, так как нуждались в медсёстрах. Но надо было доложить о выполнении приказа. Выдвинулись в обратный путь. Местные жители снабдили нас огромными палками, которые очень выручили. Видимо,



Участник Великой Отечественной войны, санитарный инструктор, санитарный врач Мария Рохлина отмечает поистине знаменательную дату – вековой юбилей! 100 лет – это целая эпоха, длинный, трудный путь, наполненный событиями, радостью, грустью. Биография Марии Михайловны неотделима от истории страны. Она очевидец многих испытаний и потрясений нашего многострадального народа: слома устоев старой России, массовых политических репрессий, хрущёвской оттепели, брежневского застоя, горбачёвской перестройки с развалом Советского Союза, ельцинских противоречивых преобразований, реальности нынешнего президента... При этом вместе с соотечественниками испытывала радость и гордость от тех завоеваний страны, что снискали ей мировую славу: Победа в Великой Отечественной, успехи в освоении космоса и мирного атома, трудовые подвиги народа, выдающиеся достижения в области культуры, спорта и, конечно же, создание одной из лучших систем здравоохранения.

Мария Рохлина:

Приглашаю на столетие... Столетие Победы!

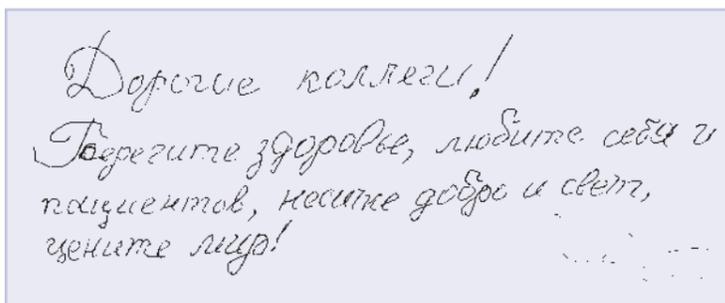
мы потеряли бдительность или не могли рассчитать силы, поэтому несколько раз оказались в воде. Когда я провалилась во второй раз, с ног сползли оба валенка. Мокрая, на ногах только портянки. То же и у моей напарницы медсестры Вали. Больше половины пути шли в мокрых портянках, считайте, босиком. Портянки начали замерзать, и мы двигались, словно в колодцах. Так, в общем-то благополучно, вернулись, доложили. Увидев нас, командир бригады приказал немедленно переодеть во всё сухое. А после вынул из сейфа и вручил нам медали. Это была моя первая медаль «За боевые заслуги», полученная при обороне Сталинграда, которой я больше всего дорожу. И вы не поверите, после тех провалов в польню мы даже не чихнули и не кашлянули.

– **Как начался ваш военный путь санитарного инструктора?**

– Война меня застала дома, в Запорожье. Мы как раз заканчивали школу, мне не исполнилось и 17 лет. Когда я получила аттестат зрелости, пришла весть о начале войны. Я была комсоргом класса и ещё на школьной скамье обучалась санитарному делу, оказанию первой помощи, изучала строение винтовки, совершала прыжки с парашютом, сдавала нормативы ГТО и ГСО (Готов к санитарной обороне). Мечтала о небе, успела подать документы на инженерный факультет Харьковского авиационного института, после чего нас направили на оборонные работы под Киев. Уже 25 июня 1941 г. мы угодили в водоворот войны, хотя официально на фронт меня не призывали. Всё случилось на большой узловой станции Софиевка, где началась жуткая бомбёжка. Там скопилось множество эшелонов, в том числе танковый, которые направляли в сторону Киева и дальше, к границе. Появились первые раненые, отовсюду кричали: «Сестра, помоги!». Я вызвалась добровольцем, сразу подключилась к работе – помогать перевязывать раненых. Это уже потом записали, что я призвана Софиевским военкоматом.

– **Сколько жизней спасено вами?**

– Никогда не подсчитывала, скольких раненых перевязала или вытаскала с поля боя. Это непр-



важно. Гораздо важнее, сколько из них нашли меня после войны. А такое случалось, благодарил за 20, 40, даже 70 лет жизни, что родили и вырастили своих детей, дождалась внуков. Отыскивали зачастую по «кодовым фразам». Например, однажды мне пришлось переправлять в медсанбат через Днепр в районе Кременчуга тяжело раненого старшину Шептуна. Его уложили на связанный из подручных средств плот, дали мне доску вместо весла и оттолкнули от берега, указав место на противоположном берегу, где следовало причалить. Но Днепр – река бурная, полно водоворотов, ключей. Плот понесло течением, хотя я старалась грести доской. Недалеко от берега «весло» сломалось, плот закрутило и стало отходить от берега. Я очутилась в воде, гребла руками что есть мочи. Вода холодная, руки быстро онемели. Лишь у самой плотины солдаты подхватили нас обоих в полубессознательном состоянии. Раненого отправили в госпиталь, а меня начали приводить в чувство: напоили спиртом, растёрли, укутали. После этого у меня отказали почки, но я всё же осталась в строю. В медсанбате разрабатывали руки, потому что они потеряли чувствительность, я не могла даже держать ложку. При выписке военный врач Пугаева, у которой муж был прокурором, сказала: «Приговариваю вас к пожизненному вязанию крючком». Такой вот метод лечения. И я научилась вязать. Первое, что связала, – красный берет, который, несмотря на устав, часто носила и на передовой. В нём было удобнее, чем в пилотке: не слетает с головы. Так меня прозвали Красной шапочкой и после войны разыскивали под этим «позывным». Для меня это цвет жизни, мой самый любимый.

Ещё одной кодовой фразой была «жареная Луна». Известно, что мужчины тяжело переносят боль. Мечутся, размахивают руками, не дают перебинтовать. Приходилось уговаривать: «Родненький, потерпи. Хочешь, я тебе жареную Луну с неба достану»? По этой жареной Луне меня они потом находили. А что такое жареная Луна, я не знаю. Ничего! Первое, что на ум пришло... И так я потом говорила многим: терпи, терпи, вытерпишь, захочешь – будешь жить. А будешь жить, хочешь, я тебя ждать буду? Спустя годы и десятилетия при встречах они говорили: я выжил только потому, что знал: ты меня ждёшь, ты же обещала. Кстати, когда мне самой подчас бывает трудно, предлагаю себе «жареную Луну»...

– **Почему после ранений не комсомольцы?**

– Советской властью, моими замечательными родителями, школой я воспитана в любви к Родине и Сталину. До сих пор верна Советскому Союзу, живу по советским законам и говорю об этом молодёжи. Я хочу вернуть советскую власть, вернуть Сталинград. Как-то меня спросили: могла бы я бросить раненого на реке, войну и вообще всё, уйти подальше от фронта, жить в тепле и спокойствии? Нет, не могла. Я из того поколения, которое очень любило страну, жизнь, но превыше всего ценило долг перед Родиной. Да, мы были все ей должны. Мы готовились к войне, знали, что фашисты постараются нас уничтожить. Хотя не давали клятву Гиппократу, но принимали присягу и знали, что это наша боевая задача, которую нужно выполнить. Поэтому моё поколение выстояло и победило.

– **Вы побывали в таких передрягах и превозмогли их... В чём секрет здоровья?**

– Нет никаких особенных секретов. Со здоровьем у меня не всё радужно. Ежегодно прохожу профилактические осмотры, госпитализацию. Поддерживаю себя. Стараюсь вести здоровый образ жизни, делаю зарядку, двигаюсь, работаю. Аппетит у меня умеренный, я знаю свою норму, не переедаю. В течение последних 40 лет вешу примерно 60 кг. Наверное, сказывается генетика. Моя бабушка-сибирячка из Томска прожила 98 лет, дедушка 95, мама 86. Так что у меня семья живучая. А я дала слово дожить до 100 лет Победы. Во время вручения премии «За сбережение народа» в зале Церковных Соборов спросили, сколько мне лет. Я назвала: 95. Раздались аплодисменты. Я говорю: «Но я не собираюсь на этом останавливаться. Хочу прожить до 100 лет»... Меня прервали, давай аплодировать. А я продолжила: «Это не то, что вы подумали. Я хочу дожить до 100 лет Победы». В зале тишина. Считают, сколько это и когда будет. А потом вдруг аплодисменты, овации, возгласы восхищения. Василий Лановой рванул ко мне со второго ряда, давай обнимать: «Молодец!»

– **Мария Михайловна, дай Бог вам встретить этот славный юбилей!**

– А я и вас, и всех читателей «МГ» приглашаю. Давайте отметим. Приходите на мой день рождения в 2045 г., мне будет 120.

– **Заманчиво! Принимается!**

– Конечно, это шутка, но в каждой шутке доля правды. Бывшая фронтовая медсестра Юлия Друнина писала: «А я для вас неуязвима, болезни, годы, даже смерть. Все камни – мимо, пули – мимо, не утонуть мне, не сгореть!». Физиолог Иван Павлов утверждал, что люди должны жить более 100-120 лет. Современные учёные вторят: жизнь человека реально продлить до 120 лет, причём при сохранении здоровья. Уверена, к тому времени медицина сделает новый рывок, откроются новые возможности для продления жизни и расширения возможностей человеческого организма. Должен же кто-то из моего поколения дожить до 100-летия Победы. Люди сотворили немало благого, но и столько натворили при этом... Надеюсь, к тому времени очнутся и голос разума возторжествует. Добавлю, что наше поколение 1920-х годов уникально, одержало великую Победу в войне. Будут иные, но именно такое не повторится никогда. Мы верили своему государству, беззаветно любили и защищали ценой собственной жизни. Я выжила и имею право говорить именно то, что у меня на сердце. Сегодня я представитель тех, кто не дожил, чьи имена в залах боевой славы. Я держу слово, которое давала боевым товарищам: никогда не забыть самой и не дать забыть новым поколениям!

Дорогая Мария Михайловна! От лица «МГ» с глубоким почтением и искренним восхищением поздравляем вас с величайшим юбилеем! Своей судьбой вы побуждаете задуматься о главных вещах в жизни, нашей истории, самобытности родной земли, величии русской души. Желаем вам активного здорового долголетия, неутомимой энергии, новых трудов во славу Отечества!



Беседу вёл
Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Фото Анвара
ГАЛЕЕВА.

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

Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов.

Редакция имеет право публиковать присланные в свой адрес материалы. Факт пересылки означает согласие автора на передачу редакции прав на публикацию и получение соответствующего гонорара.

Главный редактор А.ПАПЫРИН.

Редакционная коллегия: С.БУДАЧЕНКОВ (ответственный секретарь), Е.БУШ, В.ЕВЛАНОВА, А.ЖУКОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, Б.ЛИХТЕРМАН, Г.ПАПЫРИНА, Ф.СМИРНОВ (редактор сайта).

Дежурный член редколлегии – Ф.СМИРНОВ.

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

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

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

E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru

(отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения);

medgazeta72@mail.ru (электронная подписка); www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 3010181040000000225,

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская

газетная типография».

Адрес: 123022, Москва,

ул. 1905 года, д. 7, стр. 1

Заказ № 2258

Тираж 11 015 экз.

Распространяется

по подписке

в Российской Федерации

и зарубежных странах.

