

Медицинская

30 апреля 2025 г.
среда
№ 17 (8188)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

www.mgzt.ru



Как сократить ампутации нижних конечностей при патологиях аорты и периферических сосудов?

Стр. 5

Трансапикальная миоэктомия помогла избежать пересадки сердца.

Стр. 6-7

Всемирный день охраны труда: проблема профвыгорания.

Стр. 10-11

Событие

Сценический триумф в Санкт-Петербурге

Прошёл XVI Международный фестиваль искусств студентов-медиков и медицинских работников



Во время открытия в Выборгском дворце культуры символ наших форумов искусств «Смоленский ключ» был передан от Приволжского исследовательского медицинского университета сразу трём ректорам – Первого Санкт-Петербургского ГМУ им. И.П.Павлова академику РАН Сергею Багненко, Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета профессору Дмитрию Иванову и Северо-Западного ГМУ им. И.И.Мечникова профессору Сергею Сайганову (на снимке справа налево). Незабываемой сделал церемонию открытия концерт Александра Розенбаума.

Организаторами форума, посвящённого 80-й годовщине Победы в Великой Отечественной войне, стали три петербургских медвуза, учредителями – Министерство здравоохранения РФ, Ассоциация «Совета ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений», Профсоюз работников

здравоохранения РФ, «Медицинская газета», он прошёл при поддержке Правительства Санкт-Петербурга, межрегиональной общественной организации развития высшего образования «Совет ректоров вузов Санкт-Петербурга и Ленинградской области». 1200 человек из 29 медвузов и 21 организации здравоохранения приняли участие в конкурсах вокалистов, инструменталистов, вокально-инструментальных ансамблей, хореографических и театральных коллективов, видеоконкурсе, которые проводились одновременно на пяти сценических площадках Северной столицы.

Среди звёзд, покоривших нас своим искусством – Мбали Шабангу (Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского, ЮАР, джазовый вокал), Суфия Ишкина (Казанский ГМУ, народный вокал), вокальный ансамбль «Верёя» (Кубанский ГМУ), театральная группа «Гиппократ» (СПГПМУ). Победителями также стали известные коллективы – ансамбль спортивного бального танца «Квикстеп» (Витебский ГМУ),

шоу-коллективы «Блётски» и «Illusion» (Рязанский ГМУ им. И.П.Павлова), студии современного танца «Индиго» (Уральский ГМУ) и «Nemezdance» (Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова), танцевальный коллектив «TWINS» (Сеченовский университет). Выступления многих медиков вызвали восторг не только зрителей, но и членов профессионального жюри.

Один из самых ярких в истории фестивалей гала-концертов завершился награждением лауреатов. Кубок Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов впервые выиграла команда Российского университета медицины.

Подробнее о XVI Международном фестивале искусств студентов-медиков и медицинских работников можно прочитать в одном из ближайших номеров «МГ».

Альберт ХИСАМОВ,
обозреватель «МГ».

Фото Ирины ГРИНИК.

Итоги

Шестой из шести

В Москве завершилась программа организации флагманских центров

Мэр Москвы Сергей Собянин открыл шестой флагманский центр на базе городской клинической больницы им. В.М.Буянова. Его построили на территории стационара в районе Царицыно на Бакинской улице, 26.

«В Москве завершилась программа реконструкции приёмных отделений и строительства флагманских центров, которая охватила все крупные клиники города. Это означает, что ежегодно 1 млн москвичей, которым необходима экстренная помощь, будут её получать более качественно и своевременно. Клиника Буянова, одна из крупнейших в городе, получила флагманский центр, который, помимо экстренной помощи, будет ещё, по сути дела, новым технологическим ядром клиники и позволит, конечно, качественно улучшить работу всего клинического комплекса», – отметил С.Собянин.

Флагманский центр ГКБ им. В.М.Буянова уже принял первых пациентов. Четырёхэтажное здание площадью 15,2 тыс. м² связано отапливаемым надземным переходом с главным корпусом больницы. В новом центре работают более 450 человек, в том числе 186 врачей, 247 сотрудников среднего медицинского персонала и 21 сотрудник прочего персонала.

Корпус рассчитан на приём до 200 пациентов в день. Они могут получить полный комплекс помощи – диагностику, оперативное вмешательство и реанимацию – в первые часы после госпитализации.

В распоряжении врачей есть 9 современных операционных, в том числе гибридная, ангиографическая, травматологическая, ней-

рохирургическая, гинекологическая и урологическая, 2 общего профиля и 2 малые.

Приём пациентов организован по системе «триаж». В зависимости от приоритетности оказания помощи поступающих больных распределяют по функциональным зонам: красной, жёлтой или зелёной.

Для проведения сложных диагностических исследований (КТ, МРТ) или операции пациента перевозят в соседнее помещение под наблюдением медицинского персонала. Самостоятельное хождение больных по кабинетам и тем более ожидание «под дверью» полностью исключены.

Рядом с флагманским центром организована вертолётная площадка.

Для оснащения центра закуплено новейшее медицинское оборудование, в том числе тяжёлая техника: ангиограф, компьютерный и магнитно-резонансный томографы, рентгенодиагностические аппараты на 2 и 3 рабочих места, рентгенографический аппарат типа «С-дуга».

Напомним, что в Москве в настоящее время действуют 6 флагманских центров – в ГКБ им. В.В.Вересаева, № 15 им. О.М.Филатова, № 1 им. Н.И.Пирогова, им. В.М.Буянова, Научно-исследовательском институте скорой помощи им. Н.В.Склифосовского и Московском многопрофильном научно-клиническом центре им. С.П.Боткина.

Больницы для размещения флагманских центров выбрали таким образом, чтобы максимально сократить время подвоза пациентов из любого района Москвы.

Богдан СЕРГЕЕВ.

ПРОЕКТЫ

Александр КОЛСАНОВ

Ректор Самарского государственного медицинского университета, профессор РАН, заслуженный деятель науки России:

Вокруг СамГМУ создана целая экосистема по подготовке медицинской продукции к регистрации в Росздравнадзоре.



Стр. 4

Новости

Потребовалось
несколько операций

Впервые 43-летний мужчина поступил в Челябинскую областную клиническую больницу по программе высокотехнологичной медицинской помощи в январе 2023 г. с диагнозом «асептический некроз головки бедра». Чтобы принять решение об операции, врачам много времени не потребовалось: достаточно было один раз увидеть, как Сергей передвигается.

«У пациента проблема была в том, что пострадали в равной мере оба тазобедренных сустава, – рассказал заведующий травматолого-ортопедическим отделением № 1, главный травматолог минздрава Челябинской области Леонид Полляк. – Когда человеку больно, он пытается мышцами компенсировать неприятности. Здесь они сработали так, что ноги практически стали крестиком. Он перемещался на костылях, с ярко выраженной болью, этот процесс даже ходьбой назвать нельзя. В такой ситуации протезирование одного сустава – не решение вопроса. Пришлось с небольшим перерывом сделать 2 операции подряд».

За год травматологи ЧОКБ оперируют около 1 тыс. пациентов с патологией тазобедренного сустава. 20% из них страдают асептическим некрозом головки бедра. Подобные проблемы в кости возникают по тем же причинам, что и инфаркт миокарда, инсульт головного мозга, то есть из-за нарушения кровообращения. В головке бедра нарушается кровообращение и происходит отмирание кости. Верхняя часть погибает и под нагрузкой проваливается. Помимо ограничения в передвижении, проблема причиняет человеку постоянную мучительную боль.

Количество таких пациентов резко выросло после эпидемии ковида. Массовые нарушения кровообращения, микроциркуляции крови в разных отделах организма, в том числе в головке бедра, возникает спонтанно и развиваются очень быстро от любой нагрузки, даже при обычной ходьбе. При этом на ранней стадии заболевание нельзя определить даже с помощью рентгена, виден только отёк. Наиболее результативный метод для выявления подобной проблемы на ранней стадии – МРТ тазобедренного сустава.

Наталья МАЛУХИНА.

Челябинск.

Арсенал врачей пополнился

Специалисты Эссендуковской городской клинической больницы внедрили в свою практику лазерное лечение варикозной болезни нижних конечностей. Манипуляция осуществляется без наркоза и без разрезов.

– Лазерное лечение варикозного расширения вен – один из самых эффективных, безопасных и наименее инвазивных методов терапии. Эндоваскулярная лазерная коагуляция выполняется с применением местной анестезии. Во время операции пациент находится в полном сознании и чувствует себя комфортно. Сосудистый хирург делает единичные проколы размером 1-2 мм, через которые в вену, под контролем ультразвука вводится световод. Вена «склеивается» изнутри, неправильный ток крови в ней прекращается. Таким образом, после операции не остаётся шрамов и рубцов, а период восстановления значительно сокращается, – прокомментировал главный врач Эссендуковской городской клинической больницы Василий Ангилев.

Отметим, что уже в день операции пациенту можно вернуться к привычному ритму жизни, соблюдая все рекомендации лечащего врача. Не менее важно и то, что не так давно технология была доступна лишь в коммерческом секторе медицины, а сегодня лечение варикозной болезни прогрессивным методом эндоваскулярной лазерной коагуляции можно получить бесплатно, в рамках программы ОМС.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

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

Память

Одной из улиц Смоленска —
имя санинструктора

Коллектив Смоленского базового медицинского колледжа им. Героя Советского Союза Ксении Константиновой и общественность Руднянского округа отмечают в эти дни 100-летие со дня рождения старшины медицинской службы К.Константиновой, погибшей в боях с немецко-фашистскими захватчиками осенью 1943 г.

Ксения Семеновна родилась 18 апреля 1925 г. в селе Сухая Лубна Тамбовской губернии (ныне – Липецкой области). Девушка окончила неполную среднюю и фельдшерско-акушерскую школы в городе Ельце. В Красную Армию ушла добровольцем.

1 октября 1943 г. санитарный инструктор батальона 730-го стрелкового полка (204-й стрелковой дивизии, 1-го стрелкового корпуса, 43-й армии, Калининского фронта), старшина медицинской службы К.Константинова около деревни Шатилово Руднянского района Смоленской области, оказавшись в окружении врага и защищая раненых бойцов, сражалась с прорвавшимися на позиции фашистами до последнего патрона. Была тяжело ранена и схвачена гитлеровцами. После зверских пыток (ей выкололи глаза, отрезали груди) она была убита (пригвождена колом к земле).

Похоронена в деревне Распопы Руднянского муниципального



Братская могила в деревне Распопы, где похоронена героиня

округа. Указом Президиума Верховного Совета СССР от 4 июня 1944 г. за образцовое выполнение заданий командования и проявленные мужество и героизм в боях с немецко-фашистскими захватчиками старшине медицинской службы Константиновой посмертно присвоено звание Героя Советского Союза. Награждена орденом Ленина и медалью «За боевые заслуги».

Коллектив базового колледжа выступил перед Смоленским городским Советом с ходатайством о присуждении одной из улиц

областного центра имени юной старшины-героини К.Константиновой.

Как сообщил корреспонденту «МГ» председатель горсовета, заслуженный врач России Анатолий Овсянкин, предложение педагогов и обучающихся в медколледже уже поддержано топонимической комиссией и будет утверждено на торжественном заседании горсовета, посвящённом 80-летию Великой Победы.

Владимир КОРОЛЁВ,
собр. корр «МГ».

Смоленская область.

Обсуждения

О чём говорят неврологи

На базе Алтайской краевой клинической больницы прошла выездная сессия Медицинской ассоциации врачей и центров рассеянного склероза и других нейроиммунологических заболеваний (МАВРС).

В мероприятии приняли участие ведущие специалисты в области неврологии: профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики лечебного факультета Пироговского университета, невролог ГКБ № 24, президент Ассоциации МАВРС Мария Давыдовская, заведующая

кабинетом экстрапирамидных, демиелинизирующих заболеваний и ботулинотерапии, член МАВРС Анна Палащенко, доцент кафедры неврологии ПСПбГМУ им. И.П.Павлова, член МАВРС Владимир Краснов.

Участники из разных городов России обсудили вопросы организации специализированной помощи пациентам с демиелинизирующими и экстрапирамидными заболеваниями в Алтайском крае; особенности медицинской помощи пациентам с рассеянным склерозом и терапию ПИТРС; оказание реабилитационной помощи в Ал-

тайском крае и опыт ведения пациентов с рассеянным склерозом на третьем этапе реабилитации, а также комплексный подход к диагностике и лечению пациентов с рассеянным склерозом.

По мнению организаторов, эта сессия стала значимым шагом в обмене опытом и знаниями в области нейроиммунологических заболеваний, что, в свою очередь, будет способствовать улучшению качества медицинской помощи, предоставляемой пациентам.

Алёна ЖУКОВА.

Барнаул.

Деловые встречи

Шаг в укреплении отрасли



В Москве прошёл XII Международный конгресс «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики – 2025».

Среди пленарных заседаний форума – «Экспертиза профессиональных правонарушений медицинских работников», «Лучевая диагностика в судебно-медицинской экспертной и патологоанатомической практике», «Негосударственная судебно-экспертная деятельность», «Гуманитарная судебная медицина».

Конгресс продемонстрировал укрепление Ассоциации судебно-медицинских экспертов, стал серьёзным шагом в деле объединения и движения вперёд всей судебно-медицинской отрасли России.

Подробности – в ближайших номерах «МГ».

Геннадий НИКОЛОВ.

Москва.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Подписка на «МГ» продолжается

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

Акции

Национальный день донора

Министр здравоохранения Российской Федерации Михаил Мурашко, а также сотрудники Минздрава России сдали кровь в рамках акции, приуроченной к Национальному дню донора в России, который отмечался 20 апреля. Она направлена на популяризацию донорства и ответственного подхода к сдаче крови и её компонентов. В этом году акция «Донорство крови. Наследники Победы» посвящена 80-летию Победы.

Благодаря безвозмездным донорам в нашей стране Служба крови на протяжении многих лет бесперебойно обеспечивает медицинские организации кровью и её компонентами. В настоящее время около 3,5 тыс. организаций осуществляют заготовку, хранение, транспортировку донорской крови и её компонентов, а также её клиническое использование.

– Донорство – это возможность помочь ближнему человеку, гражданский долг каждого из нас. В 2024 г. 1,5 млн человек сдали свою кровь, и 365 тыс. человек пополнили ряды доноров. Донорство – это возможность спасти человека, дать свою кровь для производства необходимых лекарственных препаратов, которые также облегчат жизнь больных людей, – сказал М.Мурашко в беседе с журналистами.

Сегодня в период проведения СВО донорство является жизненно спасающей процедурой для наших граждан и тех бойцов, которые получают препараты крови. «Поэтому сегодня, проводя акцию в нашей стране, мы призываем быть ответственными и вливаться в ряды доноров», – заключил министр.

В преддверии Национального дня донора по всей России прошла масштабная социально-информационная акция. В течение недели в учреждениях Службы

крови проводились мероприятия, посвящённые популяризации донорства крови, её компонентов и костного мозга. Все желающие могли посетить лекции, экскурсии, мастер-классы, открытые дискуссии с медицинскими работниками, а также пообщаться с опытными донорами и, конечно, совершить донации. Эти мероприятия позволили участникам не только узнать больше о донорстве, но и услышать реальные истории людей, чья донация спасла чью-то жизнь.

Инициатива Службы крови объединила бизнес, общественные организации, студенческие сообщества и медиа для повышения осведомлённости о донорстве. Корпоративный сектор активно поддержал движение. Большие компании и корпорации организовали корпоративные дни донорства. Сотрудники не только сдавали кровь, но и делились личными историями и вдохновляли коллег на участие в донорском движении. Акция продемонстрировала, как совместными усилиями государственных, коммерческих и общественных организаций можно создавать эффективные модели социально значимых инициатив, спасающих человеческие жизни.

Павел БАЛАГИН.

Профилактика

«Ростех» внедряет систему заботы о здоровье работников

Госкорпорация «Ростех» внедряет на своих предприятиях целевую модель управления здоровьем сотрудников. Инициатива предусматривает создание на производстве цифровой промышленной медицины и Центра управления корпоративным здоровьем. Задача проекта – продлить трудовое долголетие работников.

Об этом шла речь на первой корпоративной конференции «Актуальные вопросы развития системы управления здоровьем работников», организатором которой выступила АНО «РТ-Медицина» – партнёр корпорации в области построения системы управления здоровьем работников. Участие в мероприятии приняли более 100 представителей компаний, входящих в «Ростех».

Целевая модель будет включать полный цикл управления здоровьем сотрудников «Профилактика – лечение – восстановление». В рамках проекта будет сформирован паспорт здоровья работников и разработан механизм своевременной профилактики заболеваний, включая регулярные медицинские осмотры и санаторно-курортное лечение.

«Развитие человеческого потенциала является национальным приоритетом. Для нас важно сохранить здоровье работников, уменьшить экономические потери от временной утраты трудоспособности, увеличить трудовое долголетие и активную жизнь, которая позволит человеку эффективно выполнять свою работу. Для этого мы развиваем социальную политику корпорации и создаём систему управления здоровьем работников наших организаций. Стоит задача выстроить бесшовную сквозную систему сбережения здоровья, где каждый этап является логическим продолжением предыдущего и базируется на результатах врачебных наблюдений и предиктивной аналитике», – отметил заместитель генерального директора Госкорпорации «Ростех», член бюро Союза машиностроителей России Николай Волобуев.

Корпорация планирует создать Центр управления корпоративным здоровьем. Его работа будет построена на базе платформы прогнозной аналитики, позволяющей контролировать и нивелировать риски для здоровья, маршрутизировать работников к профильным врачам и на санаторно-курортное лечение в случае необходимости.

«Президент России в мае 2024 г. в числе национальных целей определил сохранение населения, укрепление здоровья и повышение благополучия людей, а также поддержку семей. В рамках этой инициативы мы должны создать все условия для труда и отдыха, чтобы наши специалисты, в несколько смен выполняющие производственные задачи, чувствовали заботу работодателя, шли на работу с удовольствием, а с работы – с гордостью. Это наше общее дело», – обратился к участникам конференции управляющий директор по инфраструктурным проектам Госкорпорации «Ростех» Виктор Кирьянов.

Сегодня корпорация внедряет модель промышленной (цеховой) медицины, в рамках которой при поддержке партнёрской компании «Центравиамед» уже созданы порядка 80 здравпунктов и поликлиник на крупнейших промышленных предприятиях по всей России. В проекте участвуют заводы ОАК, ОДК, КРЭТ, «Вертолёты России», НПК «Техмаш» и другие.

В 2025 г. модель промышленной медицины совместно с «Центравиамедом» планируется распространить ещё на 20 предприятий «Ростеха» в 18 регионах страны. При этом акцент будет сделан на города с наибольшим количеством работников, занятых на вредном производстве.

Промышленная медицина обеспечивает непрерывное медицинское наблюдение за работниками на производстве. Эта работа включает в себя телемедицинские консультации, стационарную и амбулаторную помощь и позволяет работникам сэкономить время на походы в поликлинику по месту жительства. На предприятиях, где реализован проект, отмечено снижение заболеваемости на 30%. Достоверность результатов первичных и периодических медицинских осмотров повысилась на 14%.

В дальнейшем модель промышленной медицины приобретёт и цифровой формат. Это позволит мониторить состояние здоровья сотрудников в дистанционном автоматизированном режиме и определять индекс «здоровья предприятия».

Ещё одно направление работы – организация школы здоровья. Так, в 2024 г. обучение сотрудников основам профилактики заболеваний прошло на Казанском вертолётном заводе холдинга «Вертолёты России» и Казанском авиационном заводе им. С.П.Горбунова – филиале «Туполева» Объединённой авиационной корпорации. Этот опыт показал, что групповые и индивидуальные программы обучения не только снижают уровень заболеваемости среди работников, но и повышают производительность труда на 10-12%.

О лучших практиках и оптимальных подходах к продлению трудового долголетия работников рассказали на конференции ведущие эксперты отрасли: академик РАН Виктор Тутельян, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Оксана Зольникова.

Владимир ЧЕРНОВ.

Награды

Фельдшер награждён посмертно

Президент РФ Владимир Путин наградил посмертно медалью Луки Крымского фельдшера скорой помощи Александра Печелатова.

«За заслуги в области здравоохранения и многолетнюю добросовестную работу наградить медалью Луки Крымского А.Печелатова – фельдшера скорой медицинской помощи областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Казачинско-Ленская районная больница», Иркутская область (посмертно)», – говорится в указе.

В ноябре 2024 г. А.Печелатов в составе бригады скорой помощи выехал на вызов в один из вахтовых посёлков Иркутской

области. Фельдшер осмотрел 53-летнего мужчину, который жаловался на высокое давление, и принял решение везти его в больницу, но по пути вахтовик, который был пьян, стал вести себя агрессивно. Медик пытался успокоить мужчину, но тот ударил его ножом в грудь. Фельдшер скончался до приезда в больницу.

Следственный комитет возбудил в отношении вахтовика уголовное дело по ч. 1 ст. 105 Уголовного кодекса (убийство), максимальное наказание по которой предусматривает лишение свободы на срок до 15 лет. Мужчина заключён под стражу.

Юрий ДАНИЛОВ.

Начеку

В столице Эфиопии Аддис-Абебе прошли первые российско-африканские международные учения команд быстрого реагирования на чрезвычайные ситуации санитарно-эпидемиологического характера. На открытии учений глава Роспотребнадзора Анна Попова зачитала участникам приветственное слово Президента России Владимира Путина.

реагирования на чрезвычайные ситуации, обучили принципам формирования и организации работы команд быстрого реагирования, а также обеспечили отработку навыков взаимодействия по совместному реагированию в случае вспышки инфекционных заболеваний с использованием мобильных лабораторий, поставленных Роспотребнадзором в Эфиопию.

Первые российско-африканские учения

«Российская Федерация придаёт большое значение развитию международного сотрудничества по противодействию угрозе опасных инфекционных заболеваний. Важными партнёрами в этой сфере для нас традиционно являются африканские государства», – отметил Президент РФ. Учения были организованы Роспотребнадзором совместно с Минздравом Эфиопии. Они продолжают серию мероприятий ведомства в странах Африки, которые проводятся по инициативе Президента РФ во исполнение решений второго саммита «Россия – Африка», состоявшегося в июле 2023 г.

«За последние 4 года нами были проведены несколько масштабных международных учений на территории Российской Федерации, и многие из присутствующих сегодня африканских стран принимали в них участие. Сегодня мы впервые проводим такие учения на африканском континенте, чтобы поделиться нашим опытом борьбы с эпидемиями, успешно применяемым в ходе многолетней работы специалистов Роспотребнадзора в Африке», – отметила А.Попова на открытии учений.

Участие в учениях приняли представители 15 стран Африки, Российской Федерации, а также международных организаций. В рамках мероприятия российские специалисты поделились опытом с коллегами в области

А.Попова передала представителям Эфиопии мобильную лабораторию на базе российского автомобиля ГАЗ. Комплекс предназначен для оперативного реагирования на вспышки особо опасных инфекций бактериальной и вирусной природы. Мощностью лаборатории позволяет делать до 500 исследований в сутки на разные инфекции, включая такие опасные болезни, как лихорадка Эбола, Марбург и оспа обезьян. Время выполнения таких исследований составляет от 30 минут. Лаборатория обладает высокой проходимостью, что делает возможным выполнять исследования проб биологического материала и объектов окружающей среды в труднодоступных районах с соблюдением всех требований биологической безопасности.

Также в Эфиопию доставлены переносная мобильная лаборатория на базе пневмокаркасного модуля и комплект оборудования для проведения ПЦР- и ИФА-диагностики.

Россия и Эфиопия подписали меморандум о сотрудничестве в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Он заключён с целью развития равноправного сотрудничества в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения между двумя странами.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко посетил Самарскую область с рабочей поездкой, в рамках которой принял участие в торжественном открытии второй очереди Центра серийного производства Самарского государственного медицинского университета. Дать старт новому объекту приехали министр промышленности и торговли Российской Федерации Антон Алиханов, губернатор региона Вячеслав Федорищев, а также ректор СамГМУ, профессор РАН, заслуженный деятель науки РФ Александр Колсанов.

В новом корпусе площадью 4,7 тыс. м² установлено более 40 единиц современного оборудования и организованы «чистые помещения» с особыми стерильными условиями. Запуск уникального для медицинских вузов производства значительно расширит возможности СамГМУ и позволит многократно увеличить его технологический потенциал, способствуя выполнению целей национальных проектов и технологическому суверенитету в здравоохранении.

– В вузе начинали с небольших, фактически «кабинетных», технологий, образовательных инструментов, далее пошли в реабилитацию. Сейчас это уже работающее производство совершенно уникальных имплантируемых медицинских изделий индивидуального изготовления, которые возвращают здоровье детям, получившим ранения на СВО, – восстановить здоровье, функциональность. И всё это сегодня делается коллективом СамГМУ. Но есть задачи по развитию «активных» медицинских изделий. Это и направление телемедицины, и устройства, которые развиваются во всём мире, – «персональные медицинские помощники», – отметил М.Мурашко. – Всё это открывает новые возможности для молодых

Проекты

Серийное производство на базе вуза



В цехах серийной сборки будет производиться высокотехнологичное оборудование и цифровые медицинские приборы, в частности целая линейка цифровых устройств, разработанные в вузе (стетодендоскоп, кольпоскоп, тонометр и многие другие). В том числе «персональные медицинские помощники» для дистанционного наблюдения за состоянием пациентов с хроническими заболеваниями.

Вторая очередь Центра серийного производства обеспечит

предоставлении субсидии на разработку линейки телемедицинских приборов с функцией дистанционной передачи данных на сумму 548 млн руб. Срок начала продаж намечен на конец 2025 г., а завершение соглашения – на 2027 г., – подчеркнул А.Алиханов.

В.Федорищев отметил значимость работы Центра серийного производства и сообщил о дальнейших планах развития площадки:

– Хочу поблагодарить министра здравоохранения Михаила Альбертовича, который всегда нас поддерживает, открывал 2,5 года назад первую очередь данного производства. Успехи Самарского медицинского университета – это работа профессорско-преподавательского состава и руководства, поддержка Министерства здравоохранения России. Мы на этом не будем останавливаться, у нас большие планы. Сейчас открываем вторую очередь, уже обсуждаем третью. Она очень важная, перспективная. Уверен, что будет поддержка Правительства России. Многие программы Минпромторга, национальный проект по биотехнологиям, который разрабатывается, позволят здесь развивать по-настоящему передовые, не только в России, но и в мире технологии.

А.Колсанов поблагодарил гостей за участие в открытии и поддержке проектов вуза на разных этапах.

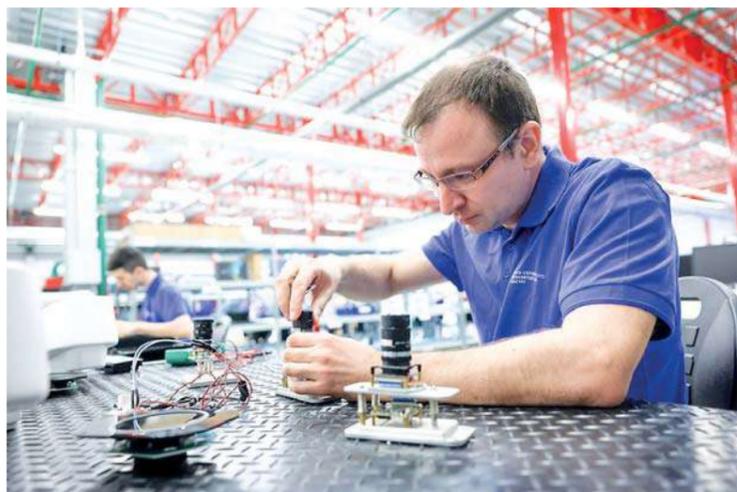
– Конечно, наша ключевая задача в первую очередь готовить высококвалифицированные кадры. Но создание производственных площадок – это мощный стимул двигать вперёд все направления: образование, науку, инновации и производство отечественных медицинских изделий, – уточнил ректор. – Вокруг вуза создана целая экосистема по подготовке медицинской продукции к регистрации в Росздравнадзоре. Это полный цикл, включающий патентный поиск, маркетинговые услуги и другое. Причём мы это делаем не только для своих нужд. С нами взаимодействует уже более 50 партнёров. И самое главное всё, чем мы занимаемся, – для лю-

дей, для наших пациентов. Более 50 решений, разработанных СамГМУ, сейчас активно присутствуют на рынке. Мы гордимся, что наши решения имеют экспортный потенциал и соответствуют стратегии технологического лидерства, заложенной на уровне правительства страны.

1000 эндопротезов уже успешно установлено в ведущих центрах страны. В НИИ также организовано производство уникальных раздвижных эндопротезов, которые меняют длину без хирургического вмешательства и 5 операций с их использованием выполнено детям в ведущих федеральных центрах. В НИИ также разрабатываются экзопротезы для военнослужащих – участников СВО. Продукция используется в 80 регионах страны и 15 странах мира. Университет также включён в реестр отечественных производителей.

Министр здравоохранения РФ также ознакомился с работой цифровой операционной, работа которой построена на решениях, созданных в университете. Эта операционная позволяет управлять инженерными системами и специальным медицинским оборудованием, вести запись и трансляцию операции, предоставляет доступ к медицинским архивам и видеоматериалам, даёт возможность загружать всю необходимую врачу информацию, а также предоставляет доступ к операционной с удалённого устройства из любой точки мира.

Благодаря использованию современных решений обеспечивается доступ ко всем результатам обследования пациента во время операции, сокращается время операции, увеличивается пропускная способность операцион-



людей получать образование, компетенции в современных условиях, которые дают мощный толчок в жизни человека.

В новой очереди центра оборудованы «чистые помещения» классов ИСО 7 и ИСО 8 общей площадью 700 м². Это позволит обеспечить высокие стандарты качества, стерильные условия для выпуска медицинских изделий, требующих особой чистоты производственной среды. В «чистых помещениях» организовано изготовление и сборка одноразовых медицинских изделий, в том числе первое в стране производство стерильных игл для биопсии костного мозга, а также установлена автоматизированная линия монтажа печатных плат. Она будет использоваться не только для разработок СамГМУ, но и контрактного производства.

возможности кооперации в сфере выпуска медицинских изделий с партнёрами университета из разных регионов страны и дружественных государств. Также это создаст новые рабочие места и укрепит позиции университета как одного из ведущих отечественных разработчиков и производителей медицинской продукции.

А.Алиханов отметил, что министерство будет продолжать оказывать поддержку производству и продвижению медицинских изделий вуза. Этому в том числе способствует Национальный проект «Международная кооперация и экспорт».

– Минпромторг России ведёт плотное взаимодействие с коллегами из СамГМУ, предоставляет системные меры поддержки. В рамках данной работы заключено соглашение о



Проект был реализован в том числе при поддержке Министерства образования и науки РФ за счёт средств программы «Приоритет-2030».

Гости также посетили первый корпус Центра серийного производства, который был открыт в 2022 г. Здесь уже организовано серийное производство собственных продуктов СамГМУ: системы хирургической навигации AUTOPLAN, аппаратно-программных комплексов ReviMotion и ReviVR, а также сформированы участки по механической обработке пластика, производству пресс-форм и медицинского инструмента, корпусов устройств и пластиковых медицинских изделий. Организовано размещение контрактного производства с внедрением системы менеджмента качества согласно ISO 13485.

В научно-исследовательском институте «Бионики и персонализированной медицины» СамГМУ ведётся разработка и выпуск индивидуальных эндопротезов из керамики и титана: более

ной из-за сокращения времени на операцию.

В работу операционной интегрирована разработка учёных СамГМУ Минздрава России «Автоплан», которая позволяет значительно улучшить результаты хирургического лечения больных из-за уменьшения операционной травмы и прецизионного выполнения всех этапов операции.

За год работы в «цифровой» операционной выполнено более 1,3 тыс. высокотехнологичных хирургических вмешательств.

Поликлиника на 700 посещений в смену в посёлке «Волгарь» Куйбышевского района стала ещё одной точкой визита М.Мурашко. Её открыли в марте прошлого года.

Лечебное учреждение располагается в 6-этажном здании, и в ней врачи оказывают первичную медико-санитарную помощь местному населению. С учётом дальнейшей застройки микрорайона и близлежащих территорий поликлиника может обслуживать 80 тыс. прикреплённых граждан.

Григорий АЛЕКСЕЕВ.

В НИИЦ хирургии им. А.В.Вишневого прошла 5-я Всероссийская научно-практическая конференция «Рентгенэндоваскулярная хирургия в лечении артериальной и венозной патологии». Её организаторы – Министерство здравоохранения Российской Федерации, Российская академия наук, Российское научное общество специалистов по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению, Российское научное общество ангиологов и сосудистых хирургов, Ассоциация флебологов России, Ассоциация сосудистых урологов и репродуктологов.



Выступает академик РАН Б.Алекян

Приветствие Министра здравоохранения РФ Михаила Мурашко огласила руководитель Координационного центра по реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», кандидат медицинских наук Елена Мазыгула. К участникам конференции обратились вице-президент РАН, академик РАН Михаил Пирадов, главный кардиолог Минздрава России, генеральный директор НИИЦ кардиологии им. Е.И.Чазова, академик РАН Сергей Бойцов, председатель Российского научного общества ангиологов и сосудистых хирургов, академик РАН Юрий Белов.

Статистика вопрошает

Основным лейтмотивом конференции стал программный доклад главного специалиста по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению Минздрава России, председателя Российского научного общества специалистов по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению, заместителя генерального директора НИИЦ хирургии им. А.В.Вишневого, академика РАН Баграта Алекяна «Стратегия лечения больных с патологией периферических артерий в сочетании с тяжёлым поражением коронарных артерий».

В начале выступления Баграт Гегамович представил полученные неделю назад данные «О состоянии рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения в РФ в 2024 г.». Количество центров, где выполняются рентгенэндоваскулярные вмешательства, увеличилось за год на 17, рентгеноперационных – на 30. Число выполняющих их специа-

В центре внимания

Ампутации нижних конечностей: сократить на треть!

В РФ выполняется крайне малое количество операций для лечения больных с патологией аорты и периферических сосудов

преобладают и составляют 68,6%, тогда как интервенционная аритмология – 20,7%, а открытая кардиохирургия – только 10,7%.

Более чем в 2 раза выросло за 10 лет количество рентгенэндоваскулярных операций в стране при патологии аорты и периферических артерий – с 31 872 до 72 015, а в пересчёте на 1 млн населения – с 217,6 тыс. до 491,7 тыс.

– Казалось бы – внушительный рост, однако необходимо отметить, что эти цифры крайне малы, и мы должны увеличить их как минимум в 3-4 раза, – сказал докладчик. – У нас огромное число больных, которых мы не лечим.

Растёт и без того колоссальная разница в количестве эн-

брюшной аорты, эндоваскулярных операций при врождённых пороках сердца, транскатетерной имплантации аортального клапана, эндоваскулярной коррекции митральной недостаточности, спиртовой абляции септальной артерии при гипертрофической obstructивной кардиомиопатии, закрытию овального окна и ушка левого предсердия.

Особое внимание Б.Алекян уделил ситуации с лечением больных с хронической ишемией нижних конечностей (ХИНК), в том числе в сочетании с ИБС. Без оказания хирургического и эндоваскулярного лечения смертность у пациентов с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) составляет 25% в течение 1 года и более 60% – в течение 5 лет, которая в основном обусловлена инфарктом миокарда и инсультом.

– В НИИЦ хирургии им. А.В.Вишневого мы ещё в 2017 г. создали консилиум в составе кардио-, эндоваскулярного, сосудистого хирургов, кардиолога, – подчеркнул докладчик. – Они обязаны заполнить специальную анкету персонально на каждого больного, без чего ни один пациент не будет допущен до операции. Нами впервые в стране был проведён детальный анализ состояния таких пациентов и селективная коронарография. Благодаря этому у 554 из 693 больных было выявлено поражение как минимум одной коронарной артерии, из которых 316 (57%) были подвергнуты стентированию (93%) и коронарному шунтированию (7%). Сегодня абсолютно доказано, что при критической ишемии нижних конечностей 90% пациентов имеют тяжёлые формы ИБС. Ни один пациент у нас после стентирования и операций на артериях нижних конечностей не перенёс на госпитальном этапе инфаркта миокарда и нарушения мозгового кровообращения. В связи с этим мы рекомендуем создавать во всех клинических центрах мультидисциплинарную «сердечно-сосудистую команду» для совместного принятия ре-

шений по лечению пациентов с патологией аорты и периферических артерий. Алгоритм работы такой команды отработан в ряде федеральных центров страны и будет способствовать также обоснованности проведения ампутаций нижних конечностей, которых в прошлом году в РФ проведено 57 485 – при атеросклерозе и сахарном диабете.

Чтобы привлечь внимание аудитории к этой высокой цифре, академик привёл статистику зарубежных стран по этой проблематике. Так, количество ампутаций выше и ниже колена за 2017 г. в США составило 12,6 на 100 000 населения, в Германии – 22,0,

вого исследования, ротационной атерэктомии, тромбоаспирации, транскатетерного тромболизиса, доступность современных инструментов и имплантируемых устройств), и квалифицированный кадровый состав, и самое главное – возможность финансирования лечения по различным каналам. Докладчик остановился на тарифах для периферических вмешательств в системах обязательного медицинского страхования по высокотехнологичной медицинской помощи и клинко-статистическим группам, которые полностью покрывают выполнение этих операций.

Предложения и заседания

Лидерами в стране по эндоваскулярным операциям на артериях нижних конечностей являются Северо-Западный и Центральный федеральные округа. Хуже всего обстоят дела в Дальневосточном и Северо-Кавказском федеральных округах.

Среди предложений главных специалистов федеральных округов по данной проблеме: создание реально действующих «центров по спасению конечностей», дополнение ежегодной отчётной формы клиник показателями выполнения высокими ампутаций, диагнозов, при которых выполняются вмешательства на артериях нижних конечностей, пересмотр приоритета эндоваскулярных специалистов с коронарных и церебральных вмешательств на периферические интервенции.

В рамках конференции состоялось 12 пленарных заседаний, посвящённых эндоваскулярной хирургии дуги аорты, юкта-, пара- и торако-абдоминальных аневризм,



(Слева направо) И.Ситкин, П.Курьянов, академик РАН А.Гавриленко

а в нашей стране оно составляет 39,3, но в 2024 г! Необходимо также отметить, что количество эндоваскулярных операций в этих странах составило 70 на 100 тыс. населения, а в нашей стране – 30.

При этом замечен значительный рост эндоваскулярных операций при ХИНК – с 20 186 в 2018 г. до 44 793 в 2024-м (в 2,2 раза), при уменьшении открытых сосудистых хирургических операций с 25 930 до 19 500 соответственно. В 2024 г. доля рентгенэндоваскулярных операций на артериях нижних конечностей составила 69,7%, а открытых хирургических – 30,3%.

Целевое значение, к которому нам надо стремиться и привлекать все возможные ресурсы в ближайшие 2-3 года, – довести количество операций до 70 на 100 тыс. населения в год, т.е. увеличить количество операций в 2,5 раза, что может привести к уменьшению количества ампутаций на треть (до 38 тыс.). Готовы ли к реализации целевых объёмов оказания помощи при ХИНК наши клинические центры? «Да», – говорит главный специалист Минздрава России. На сегодняшний день они имеют для увеличения объёмов оказания помощи и необходимое оснащение (ангиографические комплексы, диагностическое и лечебное оборудование для выполнения внутрисосудистого ультразвуко-

эндоликам после эндоваскулярного протезирования грудной и брюшной аорты, патологии внутренней сонной артерии, брахиоцефальных, висцеральных артерий, периферических артерий нижних конечностей, эндоваскулярным методом лечения острых тромбозов в венозной системе, посттромботической болезни вен и её лечению, лечению венозных компрессионных синдромов, варикозной болезни вен малого таза, в также симпозиумы и «круглые столы».

В недавно открытом корпусе инновационных технологий НИИЦ хирургии им. А.В.Вишневого состоялось 8 секционных заседаний, на которых был подробно представлен опыт региональных центров страны по лечению пациентов с патологией аорты, периферических артерий и вен.

На профильной комиссии Минздрава России был принят предложенный проект организационных мероприятий по радикальному улучшению рентгенэндоваскулярного лечения пациентов в РФ с критической и хронической ишемией нижних конечностей, который будет передан в Минздрав России для рассмотрения.

Альберт ХИСАМОВ,
обозреватель «МГ».

Фото Романа АЛИЕВА.



Обсуждение в перерыве

листов выросло с 1551 в 2015 г. до 2782 – в 2024-м, количество обследованных и пролеченных больных в РФ за тот же период – с 555 941 до 1 059 111, а число операций – с 202 253 до 483 893.

– Важно, что 40% наших врачей – люди в возрасте до 40 лет, а 89% – до 50 лет, – отметил академик.

В структуре выполненных эндоваскулярных операций – при ишемической болезни сердца 70,7%, при патологии аорты и периферических артерий – 14,9%, на интракраниальных сосудах мозга – 3,6%. Эндоваскулярные вмешательства в структуре всех операций на сердце в 2024 г.

эндоваскулярных операций на периферических сосудах между Северо-Западным и Центральным федеральными округами (соответственно 892 и 691,1 на 1 млн населения, в абсолютных цифрах – 12 370 и 27 808 в 2024 г.) и Северо-Кавказским и Дальневосточным ФО (соответственно, 1744 и 2168). Академик привёл статистические данные по РФ и федеральным округам по числу выполненных стентирований внутренней, общей сонной артерии, стентирований при поражении позвоночной, подключичной артерий, эндопротезирований аневризм

Поводом для этой статьи стал клинический результат, который, по признанию специалистов Национального медицинского исследовательского центра им. Е.Н.Мешалкина, превзошёл их ожидания. Жительница Иркутской области, имеющая диагноз «гипертрофическая кардиомиопатия» (ГКМП), ещё недавно была кандидатом на трансплантацию сердца, а теперь исключена из листа ожидания. После операции транспикальной миоэктомии, которую ей выполнили в клинике Мешалкина, необходимости в пересадке донорского органа нет.

Один феномен на двоих

Такого эффекта хирургического лечения ГКМП врачи заранее не гарантировали, но они его получили. Это тем более удивительно, что у молодой женщины самый редкий и коварный из возможных вариантов ГКМП – апикальная форма гипертрофии миокарда левого желудочка. При таком варианте зона наибольшего утолщения миокардиальной ткани находится в верхушке сердца. Сделать деликатный хирургический доступ и иссечь гипертрофированный участок сердечной мышцы в этой анатомической области, чтобы не повредить другие зоны, – задача высочайшей степени сложности.

Не все кардиохирурги могут, и главное – не все готовы заниматься оперативным лечением больных с апикальной формой ГКМП. Как правило, в кардиоцентрах пациентам с терминальной стадией сердечной недостаточности при таком варианте гипертрофической кардиомиопатии предлагают только медикаментозную терапию, а при наличии технических возможностей – пересадку сердца и никаких иных вариантов.

Специалисты НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина взялись за хирургическое лечение непростающей пациентки, поскольку из-за нарастающей сердечной недостаточности шансов дождаться трансплантации у неё было немного. Кардиохирурги убрали патологически утолщённую часть миокарда и тем самым обеспечили приток полости левого желудочка и ударного объёма.

Теоретически выполнение транспикальной миоэктомии должно было «всего-навсего» улучшить качество жизни больной ГКМП, снизить риск внезапной смерти и помочь дожить до того, как появится донорский орган. Однако у данной пациентки положительная динамика оказалась невероятной: функциональный класс сердечной недостаточности снизился с 4-го сразу до 2-го, сердечный выброс достиг нормы 4,6 литров крови в минуту.

В настоящее время, по заключению кардиохирургов клиники Мешалкина, у пациентки нет показаний для трансплантации сердца. Для профилактики внезапной сердечной смерти ей в ближайшее время имплантируют кардиовертер-дефибриллятор.

Ещё одна особенность данного клинического случая заключается в том, что у сибирячки, о которой идёт речь, есть сестра-близнец. Они не только внешне неразличимы, у них и генетическое заболевание сердца одно на двоих. Причём у обеих – апикальная форма ГКМП. Разница же в том, что у второй из сестёр пока нет тяжёлых проявлений гипертрофической кардиомиопатии. Но поскольку прогнозировать дальнейшее течение болезни невозможно, для подстраховки от внезапной сердечной смерти ей также установят дефибриллятор.

От сомнений к одобрению

Бригаду хирургов, которые оперировали пациентку из Иркутска, возглавлял директор Института патологии кровообращения НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина доктор медицинских наук **Александр Богачёв-Прокофьев**. Именно в этом подразделении занимаются



Новые подходы

Быть первыми — потребность или необходимость?

Каждая высота в кардиохирургии достигается большим трудом

анализом существующих проблем в лечении пациентов с ГКМП и разработкой новых хирургических подходов при редких формах заболевания.

Центр Мешалкина – лидер в России по количеству проведённых миоэктоми, здесь выполнено более 1 тыс. вмешательств. Что касается транспикальной миоэктоми, таких операций на счету новосибирских кардиохирургов уже 11, это максимальное количество в стране.

– **Александр Владимирович, прежде чем говорить о частном, хотелось бы начать с общего: что вас заставляет заниматься тем, чего другие врачи и другие клиники предпочитают избегать?**

– Объясню. Есть хирурги, которые выбирают более простую профессиональную траекторию и следуют ей всю жизнь: неосложнённые пациенты молодого возраста, изолированное коронарное шунтирование. Человек делает всю жизнь одну операцию, у него это получается хорошо, и он не хочет двигаться дальше. Почему? По разным причинам. Одним просто ничего не интересно, у других нет желания учиться, третьим страшно в связи с отсутствием опыта лечения данной когорты пациентов.

Я этих людей не осуждаю, они вправе жить и работать так, как им нравится. И всё-таки стремление завтра стать специалистом более высокого уровня, чем ты являешься сегодня, на мой взгляд, в нашей профессии должно никогда не иссякать. К счастью, в моём окружении большинство кардиохирургов активны и амбициозны. Они хотят получать новые знания, совершенствовать своё оперативное мастерство, не боятся браться за освоение чего-то более сложного. Одним словом, это люди, у которых, как и у меня, профессиональный интерес сохраняется на протяжении всей жизни.

Когда ты что-то новое прочитал, увидел или сам придумал, тебе нужно непременно реализовать эту идею. Не успокойсь, пока не добьёшься своего. И если результат хороший, если ты одержал победу, то наступает психологическое удовлетворение такой силы,

которое не получаешь ни от чего другого. По-моему, это – важнейшая составляющая нашей специальности.

Наконец, главное. Всегда кто-то должен стать первым, то есть взять на себя смелость разработать и внедрить новый хирургический подход. По-другому прогресс в медицине невозможен. Так что быть первыми не потребность, а необходимость.

– **В одном из интервью вы так определили образовательный потенциал врача: «У олимпийских чемпионов есть момент, после которого они уже не могут выше прыгнуть и быстрее пробежать. А наша профессия хороша и привлекательна тем,**

трудом. Например, хирургическое лечение ГКМП: когда мы только планировали начать заниматься этим в 2007-2008 гг., некоторые наши сотрудники говорили, что больных с данной патологией вообще не надо оперировать, следует лечить их медикаментозно. Поначалу результаты действительно были не очень хорошие, но мы улучшали их раз от разу. Сегодня те, кто когда-то сомневался, уже не помнят о своих сомнениях. Операция по поводу ГКМП стала в Центре им. Е.Н.Мешалкина рутинной.

Причём со временем накапливается опыт выполнения хирургических вмешательств не только в стандартных случаях, но и в осложнённых – при редких формах

что транспикальная миоэктомия – одна из самых благодарных операций.

Стетоскоп – начало начал

Миоэктомиа, то есть резекция утолщённого участка межжелудочковой перегородки, относится к операциям высокой сложности и высокой степени риска. При апикальной форме ГКМП тем более.

Стоит ли в принципе пытаться исправить врождённую аномалию ценой таких усилий – вопрос, который возникает во всех случаях, когда хирургия начинает спорить с генетикой. По мнению Александра Богачёва-Прокофьева, пытаться точно стоит, если риски оправданы.

что ты можешь долго набирать обороты, увеличивать свой багаж знаний, улучшать навыки. Осмелюсь предположить, что для вас слово «долго» в данном контексте означает «бесконечно».

– Так и есть. Мои друзья, которые не имеют отношения к медицине, искренне недоумевают: ты учился 6 лет в университете, потом 2 года в ординатуре, затем 3 года в аспирантуре, после этого ещё какое-то время стоишь у операционного стола в роли ассистента, пока, наконец, не достигнешь уровня специалиста, и после этого тебе хочется дальше продолжать учиться?! Да, отвечаю я, хочется.

ГКМП или при сочетанной патологии. Теперь к нам приезжают пациенты, которых мы раньше тоже не брались оперировать, а рекомендовали медикаментозную терапию.

– **Жительница Иркутской области, о которой идёт речь, уже была включена в лист ожидания на трансплантацию сердца к тому времени, когда вы предложили ей операцию миоэктомии?**

– Да. Впервые я увидел эту женщину чуть больше года назад. Её состояние даже на фоне сильной лекарственной терапии внушало тревогу, однако в плане хирургии прогноз был крайне сомнительным. Решил посоветоваться с профессо-

– **Учитывая, что апикальная форма ГКМП относится к числу редких патологий, то, чем вы занимаетесь, – это не искусство ради искусства? Сверхсложная хирургия, как любой способ лечения, должна быть обоснованной, разве нет?**

– Если вы имеете в виду, что главное обоснование – тысячи пациентов, которым такая операция показана, то ошибаетесь. Люди с редкими болезнями нуждаются в помощи так же, как с распространёнными.

Мы никогда не ставим единственной целью внедрения новой технологии стать первыми во что бы то ни стало. Просто прославиться за счёт того, что ты хирургически сделал что-то доселе невозможное, хотя пациент вскоре умер или у него развились серьёзные осложнения? Я и мои коллеги – категорические противники этого. Медицину нельзя превращать в спорт высоких достижений. Ты должен миллион раз взвесить все риски и ожидаемую пользу для конкретного пациента, причём не только перед первой операцией по новой методике, а перед каждой операцией вообще.

Возвращаясь к транспикальной миоэктомии, скажу, что эту операцию мы рекомендуем, если ожидаемая польза от неё превышает риски, которые могут реализоваться. Если же возможные осложнения превышают ожидаемую пользу, мы не рекомендуем пациенту с ГКМП такое вмешательство, а назначаем ему медикаментозную терапию и оставляем под наблюдением.

– **До того, как появилась технология хирургического лечения гипертрофической кардиомиопатии, продолжительность жизни этих пациентов была заметно меньше?**

– Достоверно меньше. И чем выше у человека с ГКМП градиент обструкции на выходном тракте, тем выше смертность. Кроме того, из-за нарастающей сердечной недостаточности у них низкое качество жизни. Все пациенты с диагностированным заболеванием получают медикаментозную терапию, тем не менее проблема внезапной сердечной смерти в этой когорте пациентов очень актуальна. Она ещё актуальнее в группе больных



Много надежд было связано с введением системы послеузовского непрерывного медицинского образования. Давайте будем честными: качество НМО зависит от индивидуальных потребностей каждого врача. Если ему хочется что-то знать, он будет это знать. И наоборот. Заставить учиться невозможно.

– **Информация о том, что в центре Мешалкина сделали что-то впервые в стране, появляется регулярно. Впечатление, что вам и вашим коллегам всё даётся легко: пришёл, увидел, победил. А на самом деле каких усилий стоит занять новую высоту?**

– Каждая новая высота в кардиохирургии берётся с большим

ром Хартцеллом Верноном Шаффом (Hartzell V. Schaff) из клиники Мэйо (Mayo Clinic, США. – **Ред.**). Этот кардиохирург имеет самый большой в мире опыт операций при апикальной форме ГКМП. Отправил ему информацию. Доктор Шафф ответил, что пациентка, конечно, очень непростая, но он бы на нашем месте попытался её прооперировать. И мы прооперировали.

Конечно, это был своего рода вызов: ты прекрасно понимаешь все риски и в то же время знаешь, что другого шанса выжить у больной нет. В итоге мы получили неплохой результат. По данным объективного контроля, в настоящее время пациентка не нуждается в пересадке сердца. Теперь знаем наверняка,

с недиагностированной кардиомиопатией. Катастрофа случается, как правило, во время сильных физических нагрузок и становится полной неожиданностью.

Вот почему мы настаиваем на том, что хирургическое лечение пациентов с ГКМП даёт хорошие результаты как в продолжительности жизни, так и в улучшении её качества. Оно близко к качеству жизни здорового человека.

Но для этого нужно правильно и вовремя диагностировать патологию.

– **Это можно сделать только в условиях федерального кардиоцентра или на уровне поликлиники тоже? Насколько врачи первичного звена ориентированы в вариантах лечения кардиомиопатии, не может ли быть так, что кардиолог в поликлинике сам, без совета с кардиохирургом, решает, что пациенту достаточно будет лекарственной терапии?**

– От первичного звена зависит многое. Ведь изначально человек с жалобами на работу сердца приходит не к нам, а в ближайшую поликлинику.

Основные субъективных жалоб при ГКМП две – одышка и давящая боль за грудиной, которая очень похожа на боль при стенокардии. При этом кардиолог должен задать ещё несколько вопросов, особенно пациенту молодого возраста. Первый – бывают ли у него синкопальные либо пресинкопальные состояния, поскольку это патогномный признак гипертрофической кардиомиопатии. В момент высокой физической нагрузки перекрывается выходной тракт левого желудочка, нет нормального выброса крови, то есть на короткий промежуток времени головной мозг остаётся без адекватного кровоснабжения, с чем и связан обморок или предобморочное состояние.

Следующий важный вопрос при сборе анамнеза – были ли в семье случаи внезапной смерти в молодом возрасте. Поскольку ГКМП – генетически детерминированное заболевание, оно может быть наследственным. Положительный ответ становится определяющим при принятии решения об оперативном лечении.

Хочу напомнить об огромном значении стетоскопа в выявлении сердечной патологии. Я сам периодически веду приём пациентов в поликлинике НМИЦ Мешалкина, и, поверьте, без помощи стетоскопа обойтись не могу. В случае, когда у пациента значимая обструкция выходного тракта, слышен такой же грубый шум, как при стенозе аортального клапана, только чуть ниже.

Что касается инструментальной диагностики, в поликлинике можно сделать эхокардиографию. Даже работая на аппарате неэкспертного класса, врач УЗ-диагностики увидит, что толщина межжелудочковой перегородки больше 15 мм. Превышение нормальной толщины перегородки возможно при артериальной гипертензии, аортальном стенозе, а также при ГКМП.

Естественно, с такими результатами ЭхоКГ пациента нужно направлять в специализированный стационар, где будет проведена дополнительная диагностика.

– **Неоднократно слышала, что кардиологи недостаточно информированы о возможностях кардиохирургии. Врачи этих двух специальностей редко встречаются на одних и тех же образовательных площадках. У вас есть сожаления по этому поводу?**

– Конечно, есть. Я часто выступаю инициатором того, чтобы докладывать наши результаты не только на кардиохирургических форумах, но и на кардиологических. Кстати, один из первых моих докладов на Всероссийском съезде кардиологов в 2014 г. был как раз по гипертрофической кардиомиопатии. Должен сказать, с тех пор уровень информированности кардиологов о хирургических подходах к лечению ГКМП заметно вырос,

они стали активнее направлять пациентов в специализированные клиники, в частности, в центр Мешалкина. Когда мы только начинали заниматься хирургическим лечением ГКМП, у нас было 8 пациентов в год. Сейчас мы оперируем 100 человек с гипертрофической кардиомиопатией ежегодно.

В сентябре 2025 г. будет съезд кардиологов в Казани. Вместе с профессором Сергеем Леонидовичем Дземешкевичем из РНЦХ им. Б.В.Петровского мы готовим секцию по гипертрофической кардиомиопатии. В частности, от нашего центра будет доклад по апикальной форме ГКМП и технологии транскапальной миоэктоми. Мы проанализируем 2-летний опыт наблюдения наших пациентов после операции.

– **А в мире какой самый длительный срок наблюдения пациентов после транскапальной миоэктомии?**

– Не более 8 лет. Наибольшее число пациентов, которым выполнена транскапальная миоэктомиа, у клиники Мэйо. Именно здесь хирурги первыми начали применять эту методику лечения апикальной формы гипертрофии миокарда левого желудочка.

Впервые американские коллеги показали свой опыт в 2018 г. на кардиохирургическом конгрессе. К тому моменту они прооперировали 20 пациентов, и результаты были, честно говоря, достаточно спорные. Я тогда подумал, что мы пока воздержимся и посмотрим, как эта технология будет развиваться, имеет ли смысл за неё браться. В итоге мы всё равно к этому пришли. За основу взяли готовую методику, немного модифицировали её, что-то своё добавили и на сегодняшний день имеем неплохие результаты. Будем и дальше продолжать развиваться в этом направлении.

Научить всех или сохранить приоритет?

– **Кроме НМИЦ Мешалкина, какие ещё российские профильные центры занимаются лечением больных ГКМП вообще и апикальной формы в частности?**

– Хирургическим лечением ГКМП активно занимаются в НЦ ССХ им. А.Н.Бакулева, НМИЦ им. В.А.Алмазова, Российском национальном центре хирургии им. Б.В.Петровского, федеральных центрах сердечно-сосудистой хирургии в Астрахани и Красноярске. У кого-то количество выполненных операций больше, у кого-то меньше. Учитывая высокую распространённость гипертрофической кардиомиопатии в популяции – 1 случай на 500 человек, – работы хватит всем.

С хирургическим лечением при апикальной форме ГКМП ситуация не столь активная, я знаю только об опыте в РНЦХ им. Б.В.Петровского. Впрочем, и число больных с таким диагнозом в популяции невелико.

– **Имеет ли смысл содействовать тому, чтобы все кардиоцентры на всякий случай осваивали методику транскапальной миоэктомии? Или целесообразно направлять больных в одну-две клиники с наибольшим опытом, чтобы вероятность положительного результата была максимальной?**

– Идея сосредоточивать всех больных с какой-то сложной патологией в одном-двух профильных центрах имеет плюсы и минусы. С одной стороны, пациент при обращении за медицинской помощью должен получать максимальный результат. Это возможно только в той клинике, где делают не одну такую операцию в год, а много.

С другой стороны, я против централизации любого направления медицины, как это долгое время было у нас в стране. Надо признать, что сегодня результаты работы некоторых федеральных центров сердечно-сосудистой хирургии в регионах лучше, чем в столичных клиниках. Поэтому зап-

рещать кому-то осваивать новые сложные технологии, наверное, не стоит.

Но исходить, мне кажется, нужно из реальной потребности. На данный момент мы не знаем истинную статистику заболеваемости. Не исключено, что по мере роста распространённости кардиологов число пациентов со сложными и редкими вариантами кардиомиопатии начнёт увеличиваться. Тогда они будут оперироваться и в других клиниках тоже. Если же их реальное число останется столь же малым, как сейчас, имеет смысл действительно сосредоточивать данную когорту больных в тех центрах сердечно-сосудистой хирургии, которые являются референтными по лечению редких форм ГКМП.

– **Насколько мне известно, специалисты центра Мешалкина уже направили предложение включить в национальные клинические рекомендации методику апикального доступа при хирургическом лечении гипертрофической кардиомиопатии. Значит, данная медицинская технология приобретает статус не просто разрешённой, а обязательной?**

– Появление какой-то методики в КР не означает, что она непременно всеми должна применяться. Это лишь констатация того, что у хирурга есть вариант выбора.

Готовится уже вторая редакция клинических рекомендаций по ведению пациентов с гипертрофической кардиомиопатией. Там появится новый раздел, которого в первом варианте не было – про апикальную форму ГКМП. Мы, конечно, рады тому, что нас пригласили к участию в её написании, как учреждение, которое имеет самый большой опыт в России хирургического лечения при гипертрофической кардиомиопатии.

Не кадры, а люди

С кем бы из руководителей или «рядовых» специалистов НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина ты ни беседовал, неизменно обращаешь внимание на то, что местоимение «я» они используют в редких случаях. В основном употребляют слово «мы». Выпячивать исключительно личные заслуги, какими бы значительными они ни были, у мешалкинцев не принято. Здесь витает здоровый командный дух. Может, потому и получается у этой команды больше, чем у других?

– **Александр Владимирович, вы, как директор института, с очень строгими мерками подходите к отбору кадров в свою команду? Можете ли расстаться с хирургом, который хорошо владеет своим ремеслом, но исключительно «от сих до сих», и ничего больше его не интересует?**

– Мы стараемся, чтобы такие люди – не люблю бюрократическое слово «кадры» – вообще не попадали к нам в коллектив. Поскольку на базе нашего центра проходят обучение по кардиохирургии и ординаторы, и аспиранты, есть возможность отбирать самых способных, амбициозных и трудолюбивых ещё на этапе учёбы. По-другому сильную команду собрать невозможно.

Через 5-6 лет человек отучился в ординатуре и аспирантуре, стал уже подготовленным хирургом. Этого времени более чем достаточно, чтобы понять, что он из себя представляет не только как специалист, но и как личность. Может ли он работать в коллективе? Ведь кардиохирургия – это не одна персона, а целая команда. И в этой команде может быть не один, а сразу несколько гениальных специалистов – хирурги, анестезиологи, кардиологи. Если они способны слаженно работать, то это будет хорошо звучащий оркестр. Если же хоть кто-то начнёт «фальшивить» или претендовать на роль единственной первой скрипки, последствия будут печальными.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».



Деловые встречи

От точки старта к практической реализации

О прошедшей Международной выставке ингредиентов



С 15 по 17 апреля в Москве прошла 27-я Международная выставка ингредиентов, сырья и оборудования для их производства Global Ingredients Show – значимое бизнес-мероприятие для производителей и поставщиков ингредиентов и добавок для производства продуктов питания, БАД и парфюмерно-косметической продукции.

Выставка стала заметным событием для отрасли и вызвала большой интерес со стороны посетителей: за 3 дня выставку посетили более 3,3 тыс. специалистов, что на 62% больше, чем в прошлом году.

Мероприятие собрало ведущих игроков отрасли из России и зарубежья, объединив порядка 220 компаний из России, Китая, Индии, Ирана, ОАЭ и Беларуси, а также профессиональных посетителей – производителей продуктов питания, напитков, косметики, парфюмерии и БАД.

Главным событием деловой программы выставки стал форум «Ингредиенты и добавки», на мероприятии которого выступили 103 эксперта – представители государственных структур, отраслевых ассоциаций, научно-исследовательских институтов и ведущих предприятий отрасли. Обсуждение проходило в формате панельных дискуссий по пяти тематическим трекам: «Косметика», «Продукты питания», «БАД», «Межотраслевой трек» и трек «Международное сотрудничество».

Выставка прошла при поддержке Минпромторга, Минсельхоза РФ, «Технологической платформы Биотех2030» и Союза производителей БАД.

Заместитель министра сельского хозяйства Оксана Афонина в своём приветственном слове отметила: «Минсельхоз России со своей стороны создает все необходимые условия для локализации производства критически важных ингредиентов, включая витамины, аминокислоты, пищевые и кормовые добавки, ферментные препараты, заквасочные и пробиотические микроорганизмы. В 2025 г. был запущен соответствующий федеральный проект в рамках нацпроекта «Технологическое обеспечение продовольственной безопасности».

Заместитель директора Департамента химической промышлен-

ности Минпромторга Дарья Шевякина в своём докладе заявила, что сейчас открыто «невероятное окно возможностей» в сфере биотехнологий.

Также она отметила, что национальный проект «Биоэкономика» разбит на три ключевых направления: «Организация производства и стимулирование сбыта продуктов биоэкономики», «Научно-технологическая поддержка развития биоэкономики» и «Аналитическое, методическое и кадровое обеспечение биоэкономики». В России насчитывается более 226 производителей различных продуктов биоэкономики и 47 научных институтов, проводящих соответствующие исследования. В прошлом году объём отечественного рынка биотехнологической продукции составил 440 млрд руб., при этом есть «огромный потенциал роста». Уже запущены проекты по разработке аминокислот, биоудобрений и фарма-ингредиентов; одним из примеров стало недавнее одобрение выпуска рибофлавина с господдержкой.

Завершая выступление, Д.Шевякина обратилась к бизнес-сообществу: «Если у вас уже есть проекты – мы с удовольствием поработаем и подготовим финансово-экономические обоснования в Минфин России для новых механизмов поддержки».

Несмотря на высокие амбиции, участники секции назвали главными вызовами дефицит профильных специалистов, необходимость унификации правовых норм и более активную работу по популяризации биопродуктов.

Напомним, что 4 марта 2025 г. под председательством премьер-министра РФ Михаила Мишустина состоялась стратегическая сессия правительства по национальному проекту «Технологическое обеспечение биоэкономики». Развитие биоэкономики было обозначено в качестве одной из задач по достижению национальной цели «Технологическое лидерство» до 2030 г. и на перспективу до 2036 г. в майском указе Президента Владимира Путина.

Таким образом, выставка показала: российская биоэкономика вышла из «точки старта» и уже приступила к практической реализации, однако успех невозможен без слаженного взаимодействия власти, науки и бизнеса.

Евгений МЫТАРЕВ.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 13 (2463)

(Продолжение.)

Начало в № 15 от 16.04.2025.)

Лечение начинают с назначения 1 таблетки, содержащей 25 мг кломипрамина на ночь (можно делить дозу на 2 приёма). Затем в течение первой недели лечения дозу препарата постепенно повышают на 25 мг через каждые несколько дней (в зависимости от переносимости) до достижения (обычно за 2 недели) суточной дозы, составляющей 100-150 мг. В период наращивания дозы препарат лучше принимать с пищей для предотвращения раздражения желудочно-кишечного тракта. В тяжёлых случаях суточная доза может быть повышена до максимальной – 250 мг/сут. Поддерживающая терапия препаратом может продолжаться несколько месяцев и для профилактики седативного эффекта вся доза может назначаться раз в день. Желательно поддерживать минимально эффективную дозу кломипрамина. Перед началом терапии следует устранить гипокалиемию. Редкими, но опасными нежелательными явлениями при приёме кломипрамина являются судорожные припадки, гиперферментемия. Более частыми и относительно безопасными нежелательными эффектами являются характерные для всех ТЦА периферические эффекты в виде тахикардии, сухости слизистых, затруднение мочеиспускания, нарушение аккомодации и замедление моторики кишечника. Подавляющее большинство пациентов переносят кломипрамин удовлетворительно, однако переносимость этого препарата в целом хуже, чем переносимость СИОЗС.

В качестве препарата второй линии терапии у пациентов с недостаточной эффективностью СИОЗС для купирования симптомов ОКР рекомендуется применение селективного ингибитора обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) венлафаксина. УДД – 3, УУР – С.

Комментарий: показано, что непродолжительный курс (12 недель) лечения венлафаксином сопоставим по эффективности с курсом лечения кломипрамином, при этом для венлафаксина характерна лучшая переносимость. В нескольких открытых исследованиях продемонстрирована эффективность венлафаксина как в отношении фармакологически интактных, так и терапевтически резистентных пациентов с ОКР, процент реагирующих на терапию был удовлетворительным (30-60%). В сравнительном исследовании с пароксетином показан сопоставимый эффект в обеих группах, однако, высокая доза пароксетина (60 мг/сут) может быть более эффективна в терапевтически резистентных случаях, чем венлафаксин. Несмотря на наличие нескольких слепых рандомизированных сравнительных исследований, у венлафаксина нет зарегистрированного показателя к применению при ОКР. Начальная доз обычно составляет 75 мг/сут, хотя у чувствительных пациентов лечение можно начать и с дозы 37,5 мг/сут; диапазон терапевтической и поддерживающей дозы – 75-225 мг/сут, максимальная доза в тяжёлых случаях – 375 мг/сут. Препарат немедленного высвобождения назначают 2-3 раза в день, препарат замедленного высвобождения – один раз в день. Дозу повышают с интервалом в 4-7 дней по 75 мг до достижения клинического эффекта. Дозы выше 225 мг/сут применяются редко, и их эффективность изучена плохо. Эффект терапии поддерживается в течение 6 месяцев терапии, более длительное применение при ОКР изучено недостаточно.

В качестве альтернативного препарата второй линии терапии у пациентов с ОКР с целью коррекции психопатологической симптоматики рекомендуется применение СИОЗСН дулоксетина. УДД – 3, УУР – В.

Комментарий: дулоксетин демонстрирует эффективность в отношении симптомов ОКР, однако эти данные получены в исследованиях с небольшими выборками и сериями клинических случаев. Начальная доза дулоксетина составляет 30 мг/сут, терапевтическая доза – 60 мг/сут. Хотя повышение дозы можно проводить ежедневно по 30 мг, некоторым больным требуется более плавное повышение дозы (30 мг 1 раз в неделю). Максимальная доза составляет 120 мг/сут, однако нет убедительных доказательств эффективности более высоких доз. Лечение для поддержания клинического эффекта может продолжаться несколько месяцев, необходимо тщательное мониторингирование состояния пациента.

Для лечения ОКР пациентам при недостаточном терапевтическом эффекте СИОЗС либо наличии фармакокинетических конфликтов как препарат второй линии терапии рекомендуется мirtазапин в дозах 30-60 мг/сут. УДД – 2, УУР – В.

Комментарий: начальная доза мirtазапина составляет 15 мг один раз на ночь, терапевтическая доза – 30-45 мг/сут, увеличение дозы на 15-30 мг проводят постепенно через 1-2 недели терапии. Препарат обладает выраженным седативным эффектом, поэтому вся суточная доза обычно назначается однократно перед сном. Максимальная изученная доза – 60 мг/сут.

Обсессивно-компульсивное расстройство

Стратегии фармакологической терапии при терапевтической резистентности

Комбинированная тимоаналептическая терапия

Около 40-60% пациентов, получающих монотерапию ИОЗС (кломипрамином, СИОЗС или СИОЗСН), не реагируют на адекватный по дозированию и продолжительности (минимум 4-6 недель) курс лечения. Под отсутствием реакции понимается недостаточный ответ на терапию, т.е. редукция симптоматики по шкале FLY-BOCS менее 25-35%. В этих случаях в некоторых руководствах рассматривается возможность добавления к СИОЗС и кломипрамину других средств, в частности, антипсихотиков (антипсихотические средства) первого поколения (АПП) либо второго поколения (АВП) через 8-12 недель монотерапии ИОЗС. Стратегии при неэффективности двух курсов адекватной терапии препаратами первой и второй линии могут включать добавление к уже назначенному ИОЗС другого антидепрессанта (добавление кломипрамина к СИОЗС, либо добавление СИОЗС или СИОЗСН к кломипрамину), использование доз, превышающих средние терапевтические дозы при ОКР, использование парентеральных форм АД, а также добавление к ИОЗС препаратов других групп и проведение немедикаментозных методов терапии. Любая терапия дополнительными (адьювантными к кломипрамину) средствами требует тщательного (предпочтительно, еженедельного) мониторинга переносимости и безопасности.

При недостаточной эффективности монотерапии при лечении пациентов с ОКР в терапевтически резистентных случаях с целью повышения эффективности лечения рекомендуется комбинация кломипрамина с СИОЗС. УДД – 4, УУР – С.

Комментарий: в открытых исследованиях получены данные об эффективности и безопасности долгосрочной (до 12 недель) комбинированной терапии кломипрамином с СИОЗС. Хотя дозы комбинированной терапии кломипрамином с СИОЗС остаются в терапевтическом диапазоне, применение максимальных дозировок должно проводиться с крайней осторожностью из-за повышения риска развития серотонинового синдрома.

В терапевтически резистентных случаях ОКР с целью повышения эффективности рекомендуется парентеральное введение кломипрамина. УДД – 2, УУР – В.

Комментарий: парентеральное введение антидепрессантов (кломипрамина) позволяет ускорить наступление терапевтического эффекта, однако по прошествии 4-6 недель различия в эффективности с сопоставимой

пероральной дозой того же антидепрессанта могут сглаживаться. Внутривенное введение кломипрамина при терапевтической рефрактерности оказалось более эффективным, чем пероральный кломипрамин в двух РКИ. Режим дозирования и способ применения парентерального кломипрамина устанавливаются индивидуально. Внутримышечные инъекции начинают с введения 25-50 мг, затем ежедневно повышают дозу на 25 мг (1 ампула) до достижения суточной дозы 100-150 мг. После того, как будет отмечено улучшение, число инъекций постепенно уменьшают, заменяя их поддерживающей терапией пероральными формами препарата. При проведении внутривенных инфузий лечение начинают с внутривенного капельного введения 50-75 мг (содержимое 2-3 ампул) 1 раз в сутки. Максимальная терапевтическая доза препарата составляет 150 мг в сутки. Для приготовления инфузионного раствора используют 250-500 мл изотонического раствора натрия хлорида или раствора глюкозы; продолжительность инфузии 1,5-3 ч. В ходе инфузии необходимо тща-

и арипипразола к проводимой терапии СИОЗС. УДД – 1, УУР – А.

Комментарий: для галоперидола, рисперидона и арипипразола имеются реплицированные положительные результаты в крупных РКИ, систематических обзорах и мета-анализах, поэтому эти препараты в первую очередь применяются в рефрактерных случаях ОКР.

Начальная доза галоперидола составляет 2 мг/сут первые 3 дня, далее, в зависимости от реакции пациента на лечение, дозу постепенно увеличивают на 2 мг/сут каждые три дня до 10 мг/сут и распределяют на 2-3 приёма. Высокие дозы галоперидола при ОКР изучены мало и их применяют в редких случаях, максимальная доза – 10 мг/сут. При возникновении ЭПС присоединяют препараты с центральным антихолинергическим действием (антихолинергические средства).

Рисперидон, несмотря на небольшое преимущество галоперидола по редукции общего балла FLY-BOCS в отдельных РКИ, обладает лучшей переносимостью, чем галоперидол (реже провоцирует ЭПС), и

тщательное наблюдение за пациентом для своевременного выявления возможных нежелательных реакций. Особое внимание необходимо уделять контролю АД, так как может развиваться ортостатическая гипотензия. При достижении улучшения кломипрамин вводят в/в ещё в течение 3-5 дней. Затем для поддержания достигнутого эффекта переходят на приём препарата внутрь; 2 таблетки по 25 мг обычно эквивалентны 1 ампуле кломипрамина, содержащей 25 мг. С целью постепенного перехода от инфузионной терапии к поддерживающему пероральному приёму препарата можно вначале перевести больного на внутримышечное введение.

В терапевтически резистентных случаях ОКР с целью повышения эффективности рекомендуется повышение доз СИОЗС до максимальных. УДД – 5, УУР – С.

Комментарий: в терапевтически резистентных случаях дозы СИОЗС повышают до максимальных с тщательным мониторингом побочных явлений и ограничением курса терапии 4-12 неделями. При неэффективности этой стратегии в некоторых случаях ОКР возможно осторожное использование доз СИОЗС, превышающих рекомендованные в инструкции. У рефрактерных пациентов с ОКР в исключительных случаях возможно повышение доз эсциталопрама до 60 мг/сут, флувоксамина до 450 мг/сут, флуоксетина до 120 мг/сут, пароксетина до 100 мг/сут, сертралина до 400 мг/сут. Так, в одном РКИ показано преимущество сертралина в дозе 250-400 мг/сут над стандартными терапевтическими дозами препарата. Похожие данные получены в одном открытом исследовании и одном РКИ с высокими (30-50 мг/сут) дозами эсциталопрама. При использовании высоких доз СИОЗС более вероятно развитие желудочно-кишечных и сексуальных побочных явлений этих препаратов, а также серотонинового синдрома.

Антипсихотические средства

Одним из наиболее изученных методов преодоления рефрактерности при ОКР является добавление антипсихотических средств к уже проводимой терапии СИОЗС. Примерно у трети пациентов в течение 4-8 недель такой комбинированной терапии отмечается значимое улучшение состояния. В настоящее время ни одно антипсихотическое средство не зарегистрировано по этому показанию ни у нас в стране, ни за рубежом. При применении комбинации АВП (другие антипсихотические средства) и СИОЗС нужно иметь в виду высокую вероятность развития лекарственных взаимодействий вследствие перекрёстного печёночного метаболизма большинства препаратов этих групп.

Для лечения ОКР в терапевтически резистентных случаях рекомендуется присоединение галоперидола, рисперидона

с большей вероятностью приводит к улучшению симптомов тревоги и депрессии. Начальная доза рисперидона составляет 0,5-1 мг/сут, далее, в зависимости от переносимости, дозу постепенно увеличивают на 0,5-1 мг в день, в большинстве случаев до 2-4 мг/сут и распределяют на 2 приёма. Высокие дозы рисперидона при ОКР изучены недостаточно, их применяют в редких случаях, максимальная доза – 6 мг/сут.

Начальная доза арипипразола составляет 5 мг/сут каждый день, дозу постепенно (один раз в 2 недели) увеличивают на 5 мг до достижения максимальной – 20 мг/сут. Терапевтическая и поддерживающая доза составляет 10-15 мг/сут один раз в день. Применение более высоких доз арипипразола при ОКР изучено недостаточно, максимально применявшаяся доза – 20 мг/сут. В отличие от других АВП, арипипразол не даёт сомноленции и прибавки веса.

Для лечения ОКР в терапевтически резистентных случаях пациентам рекомендуется назначение кветиапина, оланзапина и палиперидона в качестве второй линии аугментирующей терапии СИОЗС. УДД – 2, УУР – А.

Комментарий: данные об эффективности кветиапина, оланзапина и палиперидона при рефрактерном ОКР менее убедительны (нереплицированные положительные РКИ, наличие отрицательных РКИ, отсутствие значимого размера эффекта в мета-анализах), поэтому эти средства рекомендуются в качестве второй линии аугментирующей терапии СИОЗС.

Начальная доза кветиапина составляет 25 мг/сут. При хорошей переносимости в дозу повышают еженедельно на 25 мг/сут до терапевтической дозы в 200 мг/сут. Дозу можно распределить на 2-3 приёма в день. В зависимости от клинического эффекта и индивидуальной переносимости доза может повышаться до максимальной – 600 мг/сут. Кветиапин обладает антидепрессивным и противотревожным эффектом, что может быть использовано у пациентов с соответствующей коморбидной симптоматикой. Начальная доза оланзапина составляет 5 мг/сут, дозу в зависимости от эффекта еженедельно увеличивают на 5 мг до 10-15 мг один раз в день (аналогично пациентам с шизофренией). Высокие дозы оланзапина при ОКР изучены недостаточно, и их применяют в редких случаях, максимальная доза – 20 мг/сут.

Начальная доза палиперидона составляет 3 мг/сут, далее, в зависимости от переносимости, дозу постепенно увеличивают на 3 мг в день с интервалом в 5 дней. Терапевтическая доза в большинстве случаев составляет 6 мг/сут один раз в день. Более высокие дозы палиперидона при ОКР изучены недостаточно, максимальная изученная доза – 9 мг/сут.

При неэффективности или непереносимости присоединения к СИОЗС вышеперечисленных антипсихотических средств с целью повышения эффективности лечения у пациентов с ОКР в качестве адьювантного средства рекомендуется назначение амисульприда. УДД – 2, УУР – В.

Комментарий: хотя данные об эффективности амисульприда в качестве адьювантного к СИОЗС средства при рефрактерном ОКР получены лишь в одном открытом исследовании, препарат можно применять при неэффективности или непереносимости вышеперечисленных антипсихотических средств.

Начальная доза амисульприда составляет 200 мг/сут один раз в день, терапевтическая доза составляет 200-600 мг/сут. Доза более 400 мг/сут распределяется на два приёма. Высокие дозы амисульприда при ОКР изучены недостаточно, и их применяют в редких случаях, максимальная изученная доза – 600 мг/сут.

Клозапин не рекомендуется к использованию у пациентов с ОКР с терапевтической резистентностью в связи с отсутствием убедительных данных об эффективности и возможностью обострения симптомов ОКР. УДД – 4, УУР – С.

Комментарий: клозапин способен провоцировать возникновение обсессивно-компульсивных симптомов либо приводить к эскалации уже имеющихся обсессий и компульсий у пациентов с шизофренией (этот риск дозозависим и составляет 20-25% при первичном назначении пациенту с шизофренией клозапина).

Противосудорожные препараты

Для лечения обсессий и компульсий пациентам с ОКР в терапевтически резистентных случаях рекомендовано назначение топирамата в суточной дозе 50-400 мг (средняя доза 178 мг/сут) в качестве альтернативной адьювантной к СИОЗС терапии. УДД – 2, УУР – В.

Комментарий: в одном небольшом РКИ показана эффективность адьювантной терапии топираматом в суточной дозе 50-400 мг (средняя доза 178 мг/сут) в отношении компульсий (но не обсессий) при рефрактерном к СИОЗС ОКР. В другом РКИ с небольшой выборкой показана эффективность адьювантной к СИОЗС терапии топираматом (100-200 мг/сут) в отношении как обсессий, так и компульсий. В третьем РКИ с схожим дизайном не получено подтверждения эффективности топирамата при рефрактерном ОКР. Препарат может использоваться в качестве дополнительной терапии при терапевтически резистентном ОКР.

Начальная доза топирамата составляет 25 мг/сут один раз в день, терапевтическая доза – 100-200 мг/сут. Титрацию дозы проводят еженедельно по 50 мг. Доза распределяется на утренний и вечерний приёмы. Применение более высоких доз топирамата при ОКР изучено недостаточно, максимальная доза – 400 мг/сут. Минимальный курс терапии составляет 12 недель.

В целях повышения эффективности терапии в резистентных случаях пациентам с ОКР рекомендуется применение ламотридина как адьювантного к СИОЗС препарата в суточной дозе 100-200 мг. УДД – 4, УУР – С.

Комментарий: эффективность препарата ламотридин как адьювантного к СИОЗС метода терапии рефрактерного ОКР (в суточной дозе 100-200 мг) показана в нескольких описаниях случаев, а также впоследствии подтверждена в двух РКИ.

Ввиду наличия риска развития кожной сыпи титрация дозы должна проводиться крайне постепенно, особенно у пациентов с аллергическими реакциями на другие противосудорожные препараты. Начальная доза ламотридина составляет 25 мг/сут один раз в день в течение 2 недель, в течение 3-й и 4-й недели доза составляет 50 мг/сут, на 5-й неделе – 100 мг один раз в день, начиная с 6-й недели дозу можно увеличить до 200 мг в день. Терапевтическая доза – 100-200 мг/сут один раз в день. Применение более высоких доз ламотридина при ОКР изучено недостаточно, максимальная доза – 400 мг/сут. При совместном применении с ингибиторами или индукторами печёночных ферментов глюкоронидации доза ламотридина требует соответствующей корректировки.

Пациентам с рефрактерным ОКР для ускорения достижения эффекта флуоксетина при его недостаточной эффективности рекомендуется присоединение габапентина в дозе 600 мг/сут. УДД – 2, УУР – В.

Комментарий: в одном открытом рандомизированном сравнительном исследовании показана потенциальная способность габапентина ускорять терапевтический эффект флуоксетина у пациентов с рефрактерным ОКР. При этом в исследовании не получено указаний на большую удельную

эффективность комбинированной терапии, а также отмечается большая частота нежелательных эффектов ПФТ в группе комбинированного лечения. Препарат можно использовать для ускорения достижения эффекта флуоксетина при его недостаточной эффективности у пациентов с ОКР.

Препарат применяли по 150 мг 4 раза в день. Применение более высоких доз габапентина при ОКР не изучено, максимальная изученная доза – 900 мг/сут.

Другие средства

В терапевтически резистентных случаях пациентам с ОКР, которые по разным причинам не могут или не желают принимать АПП или АВП, в дополнение к СИОЗС для повышения их эффективности рекомендуется ондансетрон в суточной дозе 1-8 мг. УДД – 5, УУР – С.

Комментарий: ондансетрон, блокатор серотониновых 5HT₃-рецепторов, в настоящее время используется преимущественно как противорвотный препарат. Эффективность и хорошая переносимость ондансетрона в дополнение к СИОЗС при ОКР показаны в нескольких РКИ. Применение ондансетрона возможно в качестве альтернативного метода адьювантной к СИОЗС терапии (в суточной дозе 1-8 мг) у рефрактерных пациентов с ОКР, которые по разным причинам не могут или не желают принимать АПП или АВП. Начальная доза ондансетрона составляет 1 мг/сут, терапевтическая доза – 2-8 мг/сут один раз в день. Применение более высоких доз ондансетрона при ОКР не изучено.

В терапевтически резистентных случаях пациентам с ОКР, которые по разным причинам не могут или не желают принимать АПП или АВП, в дополнение к СИОЗС для повышения их эффективности рекомендуется гранисетрон в суточной дозе 2 мг. УДД – 2, УУР – В.

Комментарий: близкий по механизму действия к ондансетрону препарат гранисетрон показал обнадеживающий эффект в одном небольшом РКИ в сочетании с флуоксамином у резистентных к СИОЗС пациентов с ОКР и может использоваться как альтернатива аугментирующей терапии ондансетроном в случае его неэффективности или непереносимости. Терапевтическая доза гранисетрона составляет 2 мг/сут (1 мг каждые 12 часов). Применение более высоких доз гранисетрона при ОКР не изучено, максимальная доза – 2 мг/сут.

Резистентным к терапии пациентам с ОКР в качестве аугментирующей терапии СИОЗС для повышения их эффективности рекомендуется ацетилцистеин в суточной дозе 600-3000 мг. УДД – 2, УУР – В.

Комментарий: ацетилцистеин, препарат с глутаматергическим действием, в 3 из 5 плацебо-контролируемых РКИ, а также в серии клинических случаев и в систематическом обзоре доказал свою эффективность при присоединении к СИОЗС у резистентных к терапии пациентов с ОКР и может применяться у таких больных.

Терапевтическая доза ацетилцистеина составляет 600-3000 мг/сут и распределяется на несколько приёмов. Курс терапии составляет 8-16 недель, в случае достижения эффекта поддерживающая терапия может продолжаться более года. Максимальная доза – 3000 мг/сут.

Резистентным к терапии СИОЗС пациентам с ОКР для повышения эффективности лечения в качестве аугментирующей терапии рекомендуется мемантин в суточной дозе 20 мг. УДД – 2, УУР – В.

Комментарий: мемантин, неконкурентный антагонист NMDA-рецепторов, который в настоящее время широко используется для лечения деменции альцгеймеровского типа, показал свою эффективность как адьювантное средство при рефрактерном ОКР в трёх РКИ с небольшими группами сравнения, а также в мета-анализе и может применяться у пациентов с терапевтической резистентностью к СИОЗС. Начальная доза мемантина составляет 5 мг/сут, при хорошей переносимости дозу постепенно повышают на 5 мг еженедельно, терапевтическая доза – 10-20 мг/сут. Применение более высоких доз мемантина при ОКР изучено недостаточно, максимальная доза – 20 мг/сут.

Немедикаментозные методы биологической терапии

Глубокая стимуляция мозга (ГСМ) – нейрохирургический метод лечения, который включает имплантацию внутримозговых электродов стереотаксическим методом, стимулирующих нервную ткань электрическими импульсами. Отличительной характеристикой метода является его обратимость (то есть возможность удаления электродов) и гибкость, то есть возможность корректировки отдельных параметров стимуляции (частота, интенсивность, сила тока и др.)

в ходе лечения. Наиболее широко этот метод применяется на отдалённых этапах болезни Паркинсона для коррекции стойких инвалидирующих моторных симптомов. При ОКР использование этого метода возможно только при полной резистентности к другим видам терапии и рассматривается, наряду с другими нейрохирургическими методами, как «средство крайнего выбора». В литературе имеются сведения по крайней мере о 8 открытых исследованиях и 6 РКИ с небольшим числом участников, эффективность ГСМ в которых была 30-40%. Из 63 пациентов с рефрактерным ОКР, которые участвовали в контролируемых и неконтролируемых клинических испытаниях ГСМ, у 34 наблюдалась редукция тяжести симптоматики на 34% и более. КПТ усиливала эффективность ГСМ при ОКР.

Для лечения симптомов ОКР использование метода ГСМ рекомендуется пациентам только при полной резистентности к другим видам терапии как «средство крайнего выбора». УДД – 2, УУР – А.

Комментарий: в соответствии с номенклатурой медицинских услуг ГСМ включает несколько процедур: имплантацию нейростимулятора, имплантацию внутримозговых электродов, имплантацию внутримозговых электродов стереотаксическим методом и электронейростимуляцию головного мозга. Анатомические мишени для стереотаксического введения электродов и стимуляции разнообразны – передний лимб внутренней капсулы, медиальная часть бледного шара, вентральная капсула/вентральный стриатум, прилежащее ядро, субталамические ядра и нижняя таламическая ножка. Различные параметры стимуляции (сила тока и напряжение, полярность, характеристика и частота импульсов и др.) широко варьируются и подбираются индивидуально. Важное значение для успеха имеют психологическая поддержка, семейное консультирование и психотерапия.

С целью дополнительной коррекции симптоматики и достижения ремиссии пациентам при фармакорезистентных формах ОКР рекомендована транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС). УДД – 2, УУР – В.

Комментарий: транскраниальная магнитная стимуляция, прежде всего так называемая ритмическая (импульсная) или циклическая (цТМС), а также глубокая ТМС в нескольких открытых и рандомизированных исследованиях (18 РКИ) на небольших выборках пациентов (от 12 до 60 больных) с ОКР, рефрактерных к ПФТ, показала умеренную и быструю эффективность, которая также была подтверждена в нескольких метаанализах. При этом в большей степени редуцировались моторные навязчивости и коморбидные депрессивные симптомы. С учётом короткого двухнедельного курса и хорошей переносимости ТМС может применяться при фармакорезистентных формах ОКР. Хотя определены наиболее эффективного режима проведения ТМС и точки стимуляции нуждаются в уточнении, в настоящее время предпочтение отдаётся высокочастотной (20 Гц) глубокой ТМС над областью медиальной префронтальной коры (методика одобрена FDA в 2019 г. при резистентном ОКР) и передней поясной корой с предварительной «провокацией» симптоматики для достижения наибольшей эффективности лечения, а также проводится правосторонняя префронтальная цТМС над дополнительной моторной областью (supplementary motor area).

Нелекарственные экспериментальные методы, для которых в настоящее время не получено убедительного подтверждения эффективности при рефрактерном ОКР, включают электросудорожную терапию (ЭСТ) и ряд нейрохирургических методик, включая конформную дистанционную лучевую терапию, в том числе IMRT, IGRT, ViMAT, стереотаксическую («гамма-нож») (лазерная капсулотомия, трактомия и др.). Поэтому все эти методы терапии пока не могут широко использоваться в лечебной практике. Исключением составляет применение ЭСТ при тяжёлой коморбидной депрессии и высоком суицидальном риске.

Психотерапия

Психотерапия является эффективным методом лечения ОКР. Наиболее оптимальным является сочетание психофармакотерапии и психотерапии. Присоединение психотерапии возможно на всех терапевтических этапах. Выделяют специфические, направленные непосредственно на симптомы ОКР, методы психотерапии (КПТ, ERP), и неспецифические методы психотерапии, направленные на сопутствующие факторы, связанные с образом жизни, уровнем адаптации и совладанием со стрессом (экзистенциально-гуманистическая терапия, семейное клинико-психологическое консультирование, кратковременное клинико-психологическое

консультирование, клинико-психологическая терапия средой и др.).

Психотерапевтическое вмешательство затруднено и не применяется у следующих категорий пациентов:

- 1) пациенты со страхом перед самораскрытием и преобладанием отрицания в комплексе используемых механизмов психологической защиты;
- 2) пациенты с недостаточной мотивацией к изменениям, очевидной вторичной выгодой от болезни;
- 3) пациенты с низкой интерперсональной сенситивностью;
- 4) пациенты, которые не смогут регулярно посещать сеансы психотерапии;
- 5) пациенты, которые не будут участвовать в процессе активной вербализации и слушания в индивидуальной и групповой психотерапии;
- 6) пациенты, чьи характерологические особенности не позволят им конструктивно работать в индивидуальной и групповой психотерапии и извлекать из этой работы пользу.

КПТ и её разновидность ERP как монотерапия первой линии рекомендуется с целью коррекции симптомов ОКР у фармакологически интактных пациентов с лёгким или умеренным уровнем дистресса или дезадаптации, у пациентов без тяжёлой сопутствующей психиатрической патологии, а также у пациентов, которые по разным причинам предпочитают отложить ПФТ или отказываются от ПФТ. УДД – 1, УУР – А.

Комментарий: проведение психотерапии в виде монотерапии или вместе с ПФТ возможно сразу после установления диагноза ОКР. В крупном мета-анализе 29 РКИ показано, что КПТ (когнитивно-поведенческая терапия) и её разновидность ERP (exposure and prevention therapy, экспозиционная терапия) при ОКР значимо превосходят по эффективности плацебо (группа ожидания) и неструктурированные методы психологического консультирования. Средняя редукция выраженности симптомов (в большинстве исследований оцениваемая по шкале FLY-BOCS) составила 50-70%. Показана также достаточная эффективность различных методик КПТ с использованием сети интернет (и-КПТ). Мета-анализ исследований с активным контролем показал большую достоверную разницу между и-КПТ и активным контролем. Другой мета-анализ показал, что и-КПТ была более эффективна, чем неактивный контроль, но результат не отличался от активного контроля.

Пациентам ОКР с недостаточной эффективностью КПТ с целью снижения общего уровня тревоги и напряжения и обучения навыкам саморегуляции рекомендовано использование методики биообратной связи. УДД – 2, УУР – С.

Комментарий: метод более эффективен в комбинации с психофармакотерапией.

Пациентам с ОКР с недостаточной эффективностью КПТ с целью снижения общего уровня тревоги и напряжения и обучения навыкам саморегуляции рекомендовано использование методики EMDR. УДД – 2, УУР – В.

Комментарий: метод EMDR в одном исследовании показывал сравнимые с КПТ результаты, однако данные недостаточно убедительны.

Пациентам с ОКР с умеренным или тяжёлым уровнем дистресса или дезадаптации, с тяжёлой сопутствующей психиатрической патологией, рекомендовано использовать различные виды психотерапии в комбинации с психофармакотерапией с целью более эффективного и стойкого снижения уровня тревожности и напряжения, совладания со стрессом, обучения навыкам саморегуляции, научению релаксации, коррекции иррациональных установок и др. УДД – 1, УУР – В.

Комментарий: комбинированная терапия (ПФТ + психотерапия) демонстрирует лучшие показатели эффективности, чем только ПФТ. КПТ и экспозиционная терапия в изолированном виде менее эффективны у пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами, а также у пациентов с выраженным когнитивным снижением, отсутствием мотивации на психологическое лечение и сопутствующей тяжёлой психиатрической патологией.

Критерии оценки эффективности лечения

Всем пациентам с ОКР, получающим фармакотерапию и/или психотерапию, в рамках повторного приёма (осмотр, консультация) врача-психиатра рекомендуется проводить оценку эффективности каждого этапа проводимого лечения для контроля динамики состояния и обоснования принятия клинических решений. УДД – 3, УУР – С.

(Окончание следует.)

Накануне Всемирного дня охраны труда, который ежегодно привлекает внимание к вопросам безопасности и здоровья на рабочих местах, мы беседуем с экспертами Федерального научного центра гигиены им. Ф.Ф.Эрисмана Роспотребнадзора – ведущего учреждения России в области профилактической медицины, гигиены и управления профессиональными рисками. В нашей беседе приняли участие научный руководитель Института общей и профессиональной патологии им. А.И.Потапова (ФНЦГ им. Ф.Ф.Эрисмана), доктор медицинских наук, профессор Василий ШИРОКОВ; заведующая отделом медицины труда Института комплексных проблем гигиены (ФНЦГ им. Ф.Ф.Эрисмана), доктор медицинских наук Анна ЕГОРОВА; старший научный сотрудник Института общей и профессиональной патологии, кандидат медицинских наук Анна НОВИКОВА.

Федеральный научный центр гигиены им. Ф.Ф.Эрисмана – учреждение с богатой историей, берущей начало в XIX в. Сегодня он является флагманом в области гигиены и медицины труда, решая ключевые задачи: от разработки нормативов до внедрения инновационных методов диагностики и лечения профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний. В числе приоритетных направлений – разработка научных основ совершенствования государственной политики, законодательной и нормативно-правовой базы по проблемам экологии человека, гигиены и медицины окружающей среды, медицины труда, обеспечения химической и биологической безопасности населения Российской Федерации.

В настоящее время ФНЦГ им. Ф.Ф.Эрисмана, под руководством доктора медицинских наук, профессора Сергея Кузьмина, включает в себя Институт гигиены и токсикологии пестицидов и химической безопасности; Институт комплексных проблем гигиены; Институт общей и профессиональной патологии с клиникой и дневным стационаром, Институт дезинфектологии, Российский регистр потенциально опасных химических и биологических веществ. Центр располагает современной испытательной биологической лабораторией (виариум), позволяющей проводить широкий круг токсикологических исследований. Образовательный центр ФНЦГ с отделами аспирантуры и ординатуры, дополнительного профессионального образования обеспечивает непрерывную профессиональную подготовку специалистов и врачей Роспотребнадзора по актуальным проблемам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия различных групп населения страны.

Несмотря на значительные достижения в гигиенической науке и медицине труда, сохраняется ряд серьёзных проблем: недостаточный учёт вредных факторов при оценке условий труда, увеличение числа заболеваний, вызванных физическими и психоэмоциональными перегрузками, а также необходимость повышения качества медицинских обследований.

Но главная тема нашей сегодняшней беседы – профессиональное выгорание. ФНЦГ им. Ф.Ф.Эрисмана – один из немногих центров, где эта проблема изучается на самом высоком уровне. Важно отметить, что профессиональное выгорание медицинских работников перестало быть исключительно личной проблемой – сегодня это важнейший показатель эффективности управления учреждением. Руководителям стоит воспринимать рост эмоционального истощения персонала как тревожный сигнал о системных сбоях в организации работы. Последствия очевидны: снижение качества медицинской помощи, увеличение текучки кадров, ухудшение репутации клиники и финансовые потери.

Мы начали разговор с В.Широким, авторитетным неврологом, чьи исследования в области профессиональной патологии получили признание как в России, так и за рубежом.

– **Василий Афонасьевич, какие актуальные проблемы**

Главная тема

Профвыгорание – не личная проблема



Сотрудники центра в научной лаборатории

и вызовы в области охраны труда наиболее значимы для российских медиков?

– На сегодняшний день одной из ключевых задач в охране труда медицинских работников является преодоление профессионального выгорания. Это комплексная проблема, корни которой лежат в области психосоциального напряжения. Работа врача с одной стороны связана с ответственностью за пациентов, с другой – напряжённость может быть обусловлена атмосферой внутри коллектива, особенностями управления персоналом.

В то время как физические, химические и биологические факторы производственной среды строго нормированы, а их воздействие на организм всесторонне изучено, психоэмоциональные нагрузки остаются наименее исследованным аспектом профессиональной деятельности. На сегодняшний день отсутствуют чёткие клинические критерии, которые позволили бы достоверно оценить специфические нарушения здоровья, развивающиеся вследствие хронического стресса на рабочем месте. Это создаёт серьёзную методологическую проблему: как разрабатывать эффективные профилактические меры, если мы не можем точно диагностировать и измерить последствия основного фактора риска?

– Можно ли сравнивать эти факторы?

– Базовый принцип профпатологии: воздействие вредного профессионального фактора является причиной заболевания. Например, пыль может привести к болезни лёгких, токсические вещества – к интоксикации, подъём тяжестей вызывает поражения скелетно-мышечной системы и т.д. Но как быть, когда вредным фактором становится сама рабочая атмосфера? Психосоци-

альная среда в коллективе может быть не менее «токсичной», чем химические вещества. Главная сложность – одни и те же стрессовые факторы могут приводить к разным последствиям – от гипертонии и язвенной болезни до тревожных расстройств и депрессии, и мы пока не можем точно определить, какие именно заболевания могут быть связаны с профессиональным стрессом и как объективно измерить степень его вредного воздействия.

– Конечно, пандемия внесла свою лепту в структуру профессиональных заболеваний медицинских работников. По данным мониторинга, отмечался рост случаев новой коронавирусной инфекции, сохранялся стабильно высоким уровень аллергических заболеваний (контактные дерматиты, бронхиальная астма), хотя их профессионально обусловленная доля остаётся незначительной. Вследствие экстремального режима работы,

заболевание, медицинская организация направляет извещение об установлении предварительного диагноза в территориальное управление Роспотребнадзора и сообщение работодателю.

СОУТ проводят организации, аккредитованные Минтрудом России, а наша методика носит рекомендательный характер и фокусируется на «невидимых» для оценки условий труда аспектах, но критичных для здоровья медиков, в связи с этим как никогда акту-

альным является совершенствование гигиенических критериев оценки напряжённости труда и их активное внедрение с целью сохранения здоровья медицинских работников.

– **Василий Афонасьевич, разрешите следующий вопрос вновь адресовать вам, учитывая значительный опыт работы с западными коллегами. Вопрос о взаимодействии с профсоюзами – «как у нас и как у них?»**

– На самом деле это очень важный вопрос, который имеет принципиальное значение для охраны труда медицинских работников. Хотя профсоюзные представители участвуют в проверках и контролируют соблюдение федерального закона № 426-ФЗ «О специальной оценке условий труда», их полномочия ограничены рамками этого регламента. Ключевая проблема заключается в том, что СОУТ не учитывает психоэмоциональную напряжённость труда – фактор, который в Европе и Северной Америке является важнейшим предметом профсоюзного контроля при оценке рабочей нагрузки.

– **Анна Михайловна, продолжим разговор с вами. Как заведующая отделом медицины труда расскажите о вашем направлении работы, об изучении факторов риска.**

– Медицинские работники сталкиваются с множеством вредных и опасных производственных факторов: физическими, химическими, биологическими, повышенной тяжестью и напряжённостью труда. Биологические и химические факторы достаточно хорошо изучены, физические сейчас активно исследуются из-за появления новых технологий, например, МРТ-аппаратов, новых методов лечения в рентгенохирургии с использованием оборудования, являющегося источником ионизирующего излучения, широкого внедрения в медицинскую практику лазерного оборудования, развитием ядерной медицины и т.д. При этом именно напряжённость труда остаётся самой актуальной проблемой, с которой сталкиваются почти все медицинские работники. Для её оценки сегодня используют 2 методики.

Первая – это СОУТ (специальная оценка условий труда), закреплённая федеральным законом. Она применяется для подтверждения связи условий труда и профессиональных заболеваний. Вторая – методика, основанная на рекомендациях гигиенистов. Основное различие между ними в подходах к оценке нагрузок. Например, СОУТ не учитывает режим работы (ночные дежурства), уровень ответственности (например, стресс хирурга во время операции, когда от его действий зависит жизнь пациента) и возникающие экстренные ситуации. Во время операций у врача существенно повышается частота сердечных сокращений (ЧСС) и артериальное давление (АД), что является фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний медицинских работников. Не все показатели напряжённости труда, которые анализируют гигиенисты, сейчас учитываются при проведении СОУТ. Сегодня, только если есть подозрение на профессиональное

сложных решений при распределении пациентов и хронического стресса, связанного с риском инфицирования, в период пандемии произошло катастрофическое увеличение психоэмоциональных нагрузок. Пандемия COVID-19 со всей очевидностью высветила проблему профессионального выгорания медицинских работников, выведя её на первый план среди рисков в здравоохранении. И, конечно, особенно важно открыто обсуждать эти вопросы в контексте Всемирного дня охраны труда.

– **Анна Михайловна, продолжим разговор с вами. Как заведующая отделом медицины труда расскажите о вашем направлении работы, об изучении факторов риска.**

– Ключевая задача современного руководителя – сделать заботу о психологическом состоянии персонала неотъемлемой частью управленческой стратегии. Регулярный мониторинг уровня стресса, анализ полученных данных и оперативное реагирование на выявленные проблемы должны стать такой же привычной практикой, как контроль финансовых показателей или качества медицинских услуг. Бережное управление в медицине даёт ощутимые результаты. Финансовая целесообразность таких мер очевидна. Практика показывает, что инвестиции в профилактику профессионального выгорания быстро окупаются за счёт снижения текучки кадров, уменьшения количества ошибок в работе и повышения удовлетворённости пациентов. В долгосрочной перспективе это способствует укреплению репутации медицинского учреждения и повышению качества оказываемых услуг.

– **Но, например, в ковидное время среди биологических факторов лидировал вирус. А что вы можете рассказать о структуре профзаболеваний сегодня, какое место в ней занимает профвыгорание?**

– Проблема профессионального выгорания медицинских работников требует особого внимания. Традиционно считается, что основная нагрузка исходит от пациентов – работа действительно требует полной эмоциональной отдачи. Однако не менее значимое давление оказывают административные факторы: взаимоотношения с руководством, требования страховых компаний и общая атмосфера в коллективе. Яркий пример – цифровизация здравоохранения. Безусловно, электронные системы и нейросети призваны облегчить труд



ФНЦГ им. Ф. Ф. Эрисмана

врачей, но их внедрение создаёт дополнительный стресс. Не все медики, особенно старшего поколения, легко осваивают новые технологии, а технические сбои лишь усугубляют напряжение. Да, цифровизация необходима, но важно учитывать и психологическую цену этого перехода.

Медицинские работники оказываются в ситуации двойного давления: с одной стороны, они должны сохранять максимальную вовлечённость, внимательность и эмпатию по отношению к пациентам, с другой — соответствовать строгим административным требованиям. Наши исследования демонстрируют прямую связь между интенсивностью труда, психосоциальным напряжением и состоянием физического и психического здоровья медиков. Над этим мы сейчас работаем. При этом если в мировой практике забота о психическом здоровье медицинских работников давно стала нормой, в России сохраняется тревожная тенденция: вопросы психологического благополучия персонала остаются стигматизированными и недостаточно обсуждаемыми в профессиональной среде.

Отдельная большая тема — несправедливое распределение рабочей нагрузки и её оплаты. По результатам многочисленных исследований этот аспект трудовой деятельности вносит значительный вклад в эмоциональное выгорание. Реальная забота о персонале начинается с создания честной системы трудовых отношений, где каждый чувствует свою ценность и защищённость. Без решения этих системных проблем любые разговоры о профилактике выгорания останутся просто словами.

— Вовлечённость влияет на профвыгорание?

— Да, высокий уровень вовлечённости — отличительная черта большинства медицинских работников. Ведь медицина для многих — это не просто профессия, а настоящее призвание. Но здесь кроется парадокс: чем больше врач эмоционально включён в свою работу, тем выше риск профессионального выгорания.

На практике это выглядит так: врач искренне стремится помочь — задерживается после смены, отвечает на звонки пациентов ночью, делает дополнительные обходы, потому что переживает за результаты лечения. Это наша повседневная реальность: медсёстры могут позвонить лечащему врачу в любое время суток, чтобы уточнить тактику ведения пациента. В результате у медика фактически нет времени на полноценный отдых — профессиональные обязанности проникают даже в его личное пространство. Эта ситуация содержит глубокий этический конфликт: с одной стороны, пациенту действительно может потребоваться срочная помощь, с другой — врач имеет право на отдых. Но сказать «нет» в такой ситуации способен далеко не каждый специалист. Сверхурочную работу мы обязательно учитываем в нашем исследова-

нии, так как она напрямую влияет на эмоциональное выгорание медицинских кадров.

— Как ваши исследования могут помочь в борьбе с профессиональным выгоранием?

— Мы подходим к этой проблеме комплексно. На основе COPSOQ мы уже начали готовить специальные методические рекомендации по профилактике выгорания. Для удобства сбора данных мы запустили специализированную онлайн-платформу. Все ответы поступают в обезличенном виде — система надёжно защищает персональные данные сотрудников. Кроме того, применяются алгоритмы проверки, которые автоматически отсеивают недостоверные или намеренно искажённые ответы. Это даёт нам возможность получать объективную картину и разрабатывать персонализированные рекомендации для каждого медицинского учреждения.

Важное преимущество системы — способность выявлять неочевидные взаимосвязи между организацией труда и эмоциональным состоянием сотрудников. Например, анализ может показать, что основная нагрузка в отделении связана не с количеством пациентов, а с необходимостью параллельного ведения документации.

Для руководителей такие данные становятся основой для конкретных управленческих решений. Первым шагом может стать пересмотр распределения административной нагрузки между сотрудниками с учётом реалий. В отделениях с наиболее напряжённой работой стоит рассмотреть возможность введения «разгрузочных» дней без планового приёма пациентов или гибкий график для сотрудников с возможностью дистанционного оформления медицинской документации. Важную роль играет честность и справедливость в организации труда, психологическая поддержка со стороны руководства, модернизация оборудования и рабочих мест для снижения физического и эмоционального напряжения. Командная работа способствует не только повышению эффективности и производительности, но и значительному снижению количества конфликтов в коллективе.

Завершая нашу беседу, профессор Широков — модератор разговора и признанный эксперт в области профессиональной патологии — отметил значимость внимания «Медицинской газеты» к проблеме охраны труда медицинских работников.

Сегодня профилактика выгорания — это не просто забота о персонале, а стратегическая задача, влияющая на устойчивость всей системы здравоохранения. Важным шагом, требующим законодательных изменений, является переориентация существующей системы оценки напряжённости труда на внедрение комплексной системы управления психосоциальными рисками.



Денис ГЛАЗКОВ,
корр. «МГ».

Наши интервью

Ключевая миссия профсоюза

Безопасность медиков — главный приоритет

Корреспондент «МГ» пообщался с председателем Рязанской областной организации Профсоюза работников здравоохранения РФ Натальей ШАМБАЗОВОЙ.

Основные направления работы

— Наталья Сергеевна, расскажите, какую роль играет профсоюз в вопросах охраны труда медицинских работников?

— Охрана труда для Рязанской областной организации является неотъемлемой частью правозащитной работы, которую осуществляет профсоюзная инспекция труда. Наша стратегия в сфере социальной защиты работников, в условиях изменяющихся требований к труду охватывает несколько ключевых направлений: консультирование граждан и оказание юридической поддержки работникам отрасли в случаях нарушения их прав, участие в разработке локальных нормативных актов, экспертиза нормативных правовых документов, регулирующих условия труда медицинских работников, а также проведение проверок в учреждениях здравоохранения.

— Какие меры принимает профсоюз для повышения квалификации работников в сфере охраны труда?

— Одним из востребованных направлений деятельности нашей организации является обучение профсоюзных кадров и актива. Мы ежегодно проводим обучающие семинары по вопросам охраны труда, в том числе по актуальным требованиям законодательства и новым технологиям работы. Для повышения эффективности областной комитет приобрёл и передал в крупные медицинские учреждения специализированную информационно-справочную систему «Аktion». С помощью неё в 2023-2024 гг. обучение прошли 152 уполномоченных по охране труда.

— Как вы взаимодействуете со студентами медицинских вузов?

— С 2023 г. реализуем информационный проект для учащихся выпускных курсов Рязанского государственного медицинского университета и Рязанского медицинского колледжа. В его рамках будущие медики узнают о своих правах, способах их защиты, а также о новых нормах и правилах охраны труда.

Нормативное регулирование

— Выстроено ли у вас взаимодействие с государственными органами и работодателями?

— Мы постоянно контактируем с работодателями и государственными органами для выработки совместных решений, направленных на улучшение условий труда медицинских работников. Одним из наших значимых достижений стало успешное заключение Регионального отраслевого соглашения между Рязанской областной организацией Профсоюза работников здравоохранения РФ и министерством здравоохранения региона на 2025-2027 гг.

— В чём заключается роль профсоюза в разработке нормативной базы охраны труда?

— Положения нашего отраслевого соглашения отражают активное участие областной организации профсоюза в формировании и совершенствовании нормативной базы охраны труда в сфере здраво-



охранения. Мы выступаем как ключевой партнёр в разработке, внедрении и контроле за соблюдением норм и требований охраны труда. Наше участие охватывает все этапы — от разработки нормативных актов и локальных документов до контроля за их исполнением и проведения независимой экспертизы.



Сертификаты для медицинских работников

— Какие дополнительные гарантии закрепляет профсоюз в коллективных договорах?

— Областная организация участвует в разработке и заключении коллективных договоров, в которых отдельное внимание уделяется условиям труда и вопросам охраны труда. Это позволяет закрепить на уровне локальных актов дополнительные гарантии и меры по обеспечению безопасности труда. Они дополняют требования Трудового кодекса РФ. Кроме того, профсоюз участвует в создании и функционировании системы управления охраной труда (СУОТ), разрабатывая соответствующие положения и стандарты.

На защите прав

— Остановимся подробнее на вопросе о том, как профсоюз отслеживает выполнение норм охраны труда в учреждениях здравоохранения.

— Наша организация осуществляет контроль за соблюдением законодательства и нормативных актов по охране труда, выявляет нарушения и предлагает меры по их устранению, тесно контактирует с контролирующими органами. Особое внимание уделяется вопросам режима труда и отдыха, предоставления дополнительных отпусков, а также соблюдению норм, касающихся бесплатной выдачи молока или других равноценных пищевых

продуктов работникам с вредными условиями труда.

— Принимает ли областная организация участие в расследовании несчастных случаев?

— Да, мы участвуем в рассмотрении и таких эпизодов, и профессиональных заболеваний, помогая выявлять причины нарушений и предотвращать их в будущем. Анализ статистики показывает, что ежегодно в Рязанской области фиксируется до 20 несчастных случаев с участием медицинских работников. С 2017 по 2025 гг. в региональном здравоохранении было зарегистрировано более 120 таких случаев, в которых пострадали свыше 130 человек.

— Какие меры поддержки предусмотрены для пострадавших работников?

— По инициативе областной организации для поддержки работников с начала 2024 г. на территории Рязанской области действует программа «Профсоюзный сертификат». Она предусматривает оказание материальной помощи работникам отрасли, пострадавшим в результате несчастных случаев на рабочем месте. Размер выплат зависит от тяжести травмы, получения инвалидности или летального исхода. В прошлом году компенсации получили 8 членов

профсоюза, пострадавших в ДТП и при нападении пациентов, на общую сумму 240 тыс. руб.

— Расскажите о приоритетах в работе по повышению уровня охраны труда?

— Мы выделяем несколько ключевых направлений работы — повышение осведомлённости работников о своих правах, обеспечение качественными средствами индивидуальной защиты, усиление контроля за соблюдением норм охраны труда, соблюдение норм рабочего времени и профилактика профессионального выгорания.

Это неотъемлемая часть нашей работы. Безопасные и комфортные условия труда способствуют не только защите прав работников, но и повышению качества медицинской помощи в регионе. Мы уверены, что забота о здоровье и безопасности медицинских работников — это залог стабильного и эффективного здравоохранения.

При этом не стоит забывать и о мерах поддержки. Важным направлением остаётся забота о восстановлении здоровья работников. Мы активно развиваем программу санаторно-курортного лечения, проводим спортивные мероприятия и реализуем другие инициативы, направленные на повышение качества жизни медработников и их семей.

— Расскажите о приоритетах в работе по повышению уровня охраны труда?

— Мы выделяем несколько ключевых направлений работы — повышение осведомлённости работников о своих правах, обеспечение качественными средствами индивидуальной защиты, усиление контроля за соблюдением норм охраны труда, соблюдение норм рабочего времени и профилактика профессионального выгорания.

Это неотъемлемая часть нашей работы. Безопасные и комфортные условия труда способствуют не только защите прав работников, но и повышению качества медицинской помощи в регионе. Мы уверены, что забота о здоровье и безопасности медицинских работников — это залог стабильного и эффективного здравоохранения.

При этом не стоит забывать и о мерах поддержки. Важным направлением остаётся забота о восстановлении здоровья работников. Мы активно развиваем программу санаторно-курортного лечения, проводим спортивные мероприятия и реализуем другие инициативы, направленные на повышение качества жизни медработников и их семей.



Дмитрий ГРУЗДЕВ.

СВОих не бросаем

– Олег Игоревич, в информационных сообщениях Горловка мелькает регулярно. Нередко сообщается об обстрелах, а совсем недавно ВСУ атаковали гражданский автобус. Были убиты и ранены. Как вам работало там?

– Несмотря на то, что Горловка находится под нашим контролем, обстрелы её территории проходят регулярно. Всего с начала СВО Горловка была атакована свыше 20 тыс. раз, то есть это ежедневно по 30 прилётов. Каждый обстрел – это зачастую чья-то жизнь, ранения, потеря близких, утрата дома. Когда мы работали в феврале-марте этого года, в дневнике я часто делал записи: «Сегодня с утра уже 3 снаряда 155-мм от гаубицы М777 взорвались в центре города. В больницу уже идёт массовое поступление. Людей очень жалко»...

Горловку и сейчас бомбят – дроны в небе кишат, но всё же в этот раз – в 2025 г. – работать нам было легче, чем в Луганске в ноябре-декабре 2022-го. Тогда наши бойцы освобождали Бахмут, и это были очень тяжёлые дни как для военных, так и для тыла. Сейчас же половиной пациентов были гражданские. Войска Вооружённых сил России постепенно освобождают территории, и линия фронта отдаляется от города.

Несмотря на это, противник практически ежедневно бьёт по машинам жителей, по домам. Дети в школе не учатся – все на удалёнке. До СВО в Горловке проживало более 300 тыс. человек, сейчас многие уехали подальше от зоны ведения боевых действий – осталось, наверно, тысяч 100.

Основная беда – прилёты. Операционный блок вынужденно передислоцировали с седьмого этажа на первый – так безопаснее спастись от беспилотников, потому что от них страдает в основном верх зданий. Но возникает другая проблема – осколки от взрывов попадают в окна. Поэтому в целях безопасности проёмы завалены мешками с цементом и песком.

Мне запомнился совсем молодой полицейский, который поступил к нам после тяжелейшего ранения. Он дежурил в противодронной группе на крыше, ликвидировал 2 дрона, а 3-й прилетел прямо в него. К большому сожалению, спасти парня не удалось, травма была несовместима с жизнью. Но он спас многих из нас.

Часто дроны прилетают в общественный транспорт. К нам в больницу, после атаки дрона на автобус, привезли мальчишку, лет пятнадцать. Он был единственным, кто выжил при той атаке. У него была проникающая в головной мозг минно-взрывная травма. После удаления костных отломков и очагов разможнения мозга он тяжело восстанавливался, левая нога не двигалась в течение 3 недель. Шансы на полное восстановление – минимальные. Нашей радости не было предела, когда на четвёртой неделе после ранения парализованная конечность стала двигаться. Таких случаев в нашей практике – десятки.

Очень опасна даже самая обычная прогулка по Горловке – в траве после сброса кассетных снарядов могут находиться небольшие мины, похожие на обычные лампочки, – так называемые «колокольчики», они сразу отрывают стопу. Видел, что местные жители при обнаружении ставят на них картонные коробки – и пишут «осторожно, мина».

Вообще, в Горловке кругом забота друг о друге, – и это трогает до глубины души. Много обычных, ежедневных подвигов совершают сами жители. Особенно это касается водителей автобусов. Когда эти парни выходят в рейс, никто из них не знает, вернётся ли он живым. Им горожане даже посвящают стихи, например, такие:

По дороге смерти, не на боевой, едет скромный парень, он для нас герой.

Это было самое короткое интервью участника СВО, четырёхжды раненного в ДНР и вернувшегося в зону спецоперации. Он сказал: «Одно дело – лежать на диване, ежедневно смотреть сводки из зоны боевых действий. И другое – сделать самому что-то для победы. Совсем другой уровень».

Этого «другого уровня» достиг Медицинский комплекс Дальневосточного федерального университета. Врачи и медсёстры Медкомплекса постоянно работают в госпиталях на новых территориях, добровольно выезжая десятки раз в длительные командировки, причём работа не прекращается ни на день с ноября 2022 г.

Казалось бы, зачем это руководству и сотрудникам – ведь Владивосток находится за 8 тыс. км от зоны боевых действий...

Особые условия

Долгожданное слово «победа»



Медицинский Комплекс ДВФУ на острове Русский

Едет, мчится мимо выгоревших шин, мимо взрывом вскинутых, брошенных машин.

Рядом медсестричка, лет так двадцати, едет, чтобы деда вывезти с войны.

Только бы проехать путь, что не простой, только бы добраться им потом домой.

Едут, Бога молят, чтобы уцелеть, а наводчик дрона выбирает жертв.

Работы у нас было много – ежедневно поступали не только горожане, но и бойцы с передовой – у них, как правило, были сложные минно-взрывные осколочные ранения, часто проникающие. Воюют за нас воины самых разных национальностей – однажды к нам привезли пятерых бойцов – чёрные, закопчённые, будто из табакерки вылезли: все из разных национальных республик. Дружные, словно родные братья, помогают друг другу – их много, таких участников СВО. В такие минуты понимаешь: вот она, наша мощь русская.

Я не считал, сколько выполнил операций в день, это была большая командная работа. Знаю только одно – работали без выходных – днём и ночью.

После возвращения на «большую землю» я часто думаю: как же мы счастливы, что живём обычной мирной жизнью, даже не замечая этого. Всё познаётся в сравнении.

К помощи готовы...

– А как получилось, что специалисты Медицинского комплекса ДВФУ выезжают в боевые командировки, ведь вы не структура Минобороны...

– В августе 2022 г. руководство Дальневосточного федерального университета, частью которого является наш комплекс, приняло решение об оказании медицинской помощи участникам специальной военной операции. Делали это как за счёт внебюджетных средств университета, так и в рамках средств, выделяемых ФОМС.

В ходе спецоперации мы столкнулись с тем, что к нам обращались за помощью не только жители Приморского края, но и других регионов Дальневосточного федерального

Кроме того, в Медицинском комплексе работает реабилитационный центр, через который ежедневно проходит около 40 участников СВО. И это при том, что никто не снимал текущих обязанностей по медицинскому обслуживанию жителей Дальневосточного федерального округа.

Зачем такая колоссальная профессиональная и психологическая нагрузка медикам, а с учётом командировок в зону спецоперации – ещё и с риском для жизни?

Об этом мы спросили главного врача Медицинского комплекса ДВФУ, кандидата медицинских наук, нейрохирурга Олега ПАКА, недавно вернувшегося из Горловки в Донецкой Народной Республике.

которые проходили в клинике 24/7. В основном раненых привозили после полудня. При таком сумасшедшем графике работы я «сломался» где-то на 22-23-й день нахождения, просто не было сил встать с кровати. Тогда коллеги дали мне хорошо выспаться с 11 вечера до 11 утра, этого было достаточно для полного восстановления и продолжения интенсивной работы.

После операций на следующий день большинство наших пациентов эвакуировали дальше. За их состоянием мы не успевали следить в динамике, максимум 23-24 часа, пока бойцы находились у нас. К сожалению, не было возможности отслеживать дальнейшую судьбу большинства наших пациентов, но часть оперированных ребят мы всё-таки наблюдали в течение нескольких недель и сейчас докладываем о них на нейрохирургических конференциях, делимся опытом с коллегами.

Там мы все работаем под званием: «Изотоп» в Макеевке выполнял по 40-45 исследований на КТ каждый день, «Магнит» помогла запустить МРТ в Городской больнице № 2 Горловки. Каждый из нас успешно выполнил поставленные задачи.

Когда вернулся во Владивосток, все последующие бригады я формировал, подготавливал и инструктировал сам, зная и понимая уже, что им будет там нужно. Мы проводили тщательный отбор – должны были ехать самые сильные и духом, и телом, профессиональные... И ещё – не патриотам там делать нечего...

Во время работы на базе медицинских учреждений новых территорий нашими специалистами выполнялся весь спектр хирургической, терапевтической и психолого-психиатрической помощи. Сот-

рудники Медицинского комплекса ДВФУ зарекомендовали себя как высококвалифицированные медицинские работники, способные работать в боевой обстановке. По отзывам местных и военных коллег-медиков, наших ребят высоко ценят, как команду подготовленных профессионалов.

Лечение на острове Русском

– Расскажите, как проходит лечение участников СВО непосредственно в медицинском комплексе во Владивостоке?

– В половине случаев наша медпомощь бойцам – это внебюджетная основа со 100% скидкой, так как у многих пациентов отсутствует полис ОМС.

В условиях круглосуточного стационара при госпитализации в 9,5% случаев оказывается высокотехнологичная медицинская помощь. В разрезе структурных подразделений 57,1% случаев пролечено в отделении (центре) травматологии и ортопедии, эндопротезирования и реконструктивной хирургии и 19% в отделении (центре) хирургии.

– Какой объём медицинской помощи идёт за счёт дневного стационара?

– В дневном стационаре за счёт средств ОМС проводится преимущественно медицинская реабилитация (63,4%), а также идёт диагностическое обследование коронарных сосудов, проведение ботулинотерапии, внутрисуставное введение протезов синовиальной жидкости.

Когда нужна реабилитация

Физическое и психологическое состояние бойцов, вернувшихся из зоны боевых действий, – особая тема. Многим из них пришлось



Команда медиков работает в ДНР

каждую минуту рисковать жизнью, отражать контратаки, удерживать плацдарм, рыть окопы в промёрзшей или залитой дождями земле. Всё это сказывалось на здоровье, не говоря уже о ранениях.

— **Как вы работаете с участниками СВО, с демобилизованными бойцами?** — с этим вопросом мы обратились к заведующей отделением восстановительной медицины и реабилитации Медицинского комплекса ДВФУ, кандидату медицинских наук **Татьяне КАНТУР**.

— Каждый наш реабилитолог индивидуально подходит к участнику СВО с учётом его ранения и функционального нарушения. Прежде всего это последствия поражения верхних и нижних конечностей, также ранений головного и спинного мозга. Некоторых мы готовим к операции, других — к протезированию. Особенно внимательно относимся к пациентам с высоким

Также в нашем центре оборудован кабинет реабилитации верхних конечностей, который наиболее актуален после минно-взрывных ранений рук.

Тренажёры подобраны таким образом, что от пассивных движений с помощью Arteo, далее с помощью Luna EMG — многофункциональной роботизированной реабилитационной системы для автоматизированной реабилитации, сочетающей пассивные, активные (изокинетические), роботизированные (активно-пассивные) тренировки с упражнениями с биологической обратной связью по ЭМГ, мы переходим к более сложным — для восстановления мелкой моторики с помощью аппаратов биологической обратной связи PABLO, «Аника», «Моторика-ортонтент». Это лишь малая часть доступных нам технологий.

Все эти системы выполняют сложные диагностические тесты,

дальнейшего лечения был переведён боец через 9 месяцев после тяжёлого ранения спинного мозга на уровне грудного отдела. Перед нами стояла первичная задача максимально адаптировать молодого человека к самостоятельному и независимому передвижению с помощью коляски. За курс реабилитации он научился сидеть самостоятельно без опоры на спинку, стал сам пересаживаться. Ему была подобрана коляска активного типа, с помощью которой он стал максимально мобильным. В настоящее время он вернулся домой, переоборудовал машину на ручное управление и сам ездит на ней.

— **Кто вам оказывает помощь в работе?**

— Активно нам помогают и родственники ребят, и волонтеры ДВФУ «СВОих не бросаем». Конечно же, важен боевой дух участников СВО, их мотивация и желание восстановиться.

Студенты Школы медицины и наук о жизни ДВФУ работают в отделении лечебной физкультуры — делают массажи, упражнения для разработки суставов — в целом помогают медперсоналу проводить различные процедуры бойцам СВО. Молодёжь проводит с воинами много времени — вместе смотрят фильмы, играют в настольные игры, и их общение очень помогает в адаптации и эмоциональной социализации бойцов. Конечно, есть особенности общения с военнослужащими — они обучены дисциплине, мотивированы на восстановление и после выздоровления стремятся к возвращению в свою воинскую часть. Наверное, поэтому результаты реабилитации у них намного выше, чем у гражданских.

Находятся бойцы и демобилизованные у нас до трёх недель, проживают в гостинице на территории реабилитационного центра, причём для них она предоставляется бесплатно за счёт 100%-ой скидки от нашего университета. В комфортных условиях происходит главное — у пациента возникает положительный настрой, так как он не чувствует себя изолированным в больничных стенах, что важно после длительного нахождения в госпиталях. Это сказывается и на социализации, и на адаптации к последствиям ранений.

В составе Медицинского комплекса ДВФУ есть отделение клинической психологии и психотерапии для оказания помощи участникам СВО и их близким. К сожалению, не все ребята согласны заниматься с психологом, так как считают, что могут сами достаточно успешно справиться со стрессовой ситуацией. Однако в процессе прохождения реабилитации они постепенно осознают важность и необходимость этой помощи. У нас есть, что им предложить — например, экспериментальный блок, тестовый комплекс — это протезы, когда пациент может чувствовать свою руку или ногу. Работы идут совместно с коммерческой организацией «Моторика» и центром нейрохирургии. Нейрохирурги подсоединяют электроды, действие которых направлено на то, чтобы человек чувствовал под ногой разные структуры: камешки, траву, песок. Этот научный проект ещё далёк от массового внедрения, пока идут разработки.

— **В вашем центре реабилитации очень большая нагрузка. Сильно устаёте?**

— Если честно, да. Эмоциональное напряжение всех специалистов реабилитационной команды очень высокое. Основная цель наших медицинских работников одна — чтобы человек не чувствовал себя брошенным, вселить в него уверенность. И хотя личные запросы разные — от «хочу ходить быстрее» до «хочу просто ходить», но в каждом из участников СВО мы чувствуем моральный стержень, сильный характер, особенно у кадровых военнослужащих.

Для нас это честь и гордость, что мы можем помогать чьим-то мужьям, сыновьям, нашим защитникам и героям.

Елена СЛУТИНОВА,
корр. «МГ».

В медицинских вузах страны

Слава героям Отечества

Как встречала Победу сирень

Пятигорский медико-фармацевтический институт — филиал Волгоградского ГМУ. Волонтеры Центра патриотического воспитания ПМФИ «Крылья Победы» стали участниками закладки сирeneвой аллеи на склоне знаменитой горы Машук. Кусты высажены в честь 80-летия Великой Победы.

Студентка ПМФИ Полина Кравец сказала:

— По воспоминаниям, 1945 г. был отмечен необычайно обильным цветением сирени в Западной и Восточной Европе. На фото тех лет советских воинов в освобождённых городах встречают именно с букетами этого кустарника. А когда наши солдаты возвращались в мае домой, их снова встречала сирень.

Известно, что знаменитый селекционер Леонид Колесников, хотя и самоучка, сотворил более 300 сортов сирени. Заметим для сравнения: знаменитый садовод Виктор Лемуан (хозяин крупного питомника) создал 64 сорта. Его сын Эмиль — 110.

Многие сорта сирени названы в честь героев Великой Отечествен-

попросили преподавателей помочь перевести послания.

— Без преувеличения можно сказать, что это необыкновенные письма! Когда сердце человека испытывает порыв поддержать и словом согреть бойца — это особая ценность в ощущении единства. Трудно переоценить любовь и теплоту, которые содержатся почти в каждом слове писем, — поделилась заведующая кафедрой русского языка и межкультурной коммуникации медуниверситета, кандидат филологических наук, доцент Людмила Грунина.

Ниже мы предлагаем выдержки из писем индийских студентов. Фалгуни Соланки: «Мы, студенты из Индии, обучающиеся в России, пишем вам, чтобы выразить наше глубочайшее восхищение и благодарность за ваше бескорыстное служение своей стране. Мы вдохновлены мужеством, стойкостью и преданностью делу защиты своей страны и её народа. Ваша храбрость перед лицом невзгод — это маяк надежды для всех нас!».

Чаудхари Эшвин: «Моя земля видела воинов — не только тех, кто владеет мечом, но и тех, чей дух



Закладка Сирeneвой аллеи студентами-волонтерами ПМФИ

ной: «Алексей Маресьев», «Капитан Гастелло», «Зоя Космодемьянская». Есть «Великая Победа» и «Защитники Москвы».

Индия: словом согреть бойца СВО

Кемеровский ГМУ. 15 иностранных студентов КемГМУ по велению сердца написали письма российским бойцам, находящимся в зоне боевых действий. На эту инициативу их вдохновило участие в культурно-просветительском форуме «Слава героям Отечества: легендарные личности моей страны».

Поскольку у студентов разный уровень владения русским языком, чтобы выразить всю полноту своих чувств, первоначально они писали на английском. Но ребята решили, что в знак особого уважения бойцы должны читать на родном языке, и

невозможно сломить. И сегодня, когда я пишу вам это, вижу в вас тот же несокрушимый дух... Никакие слова не могут по-настоящему передать тяжесть того, что вы делаете. Но знайте — вы не одиноки. За каждый ваш шаг кто-то молится. За каждый вздох, за который вы боретесь, кто-то благодарит вас. Вы записаны в сердцах вашего народа, в почве вашей земли, в отголосках самого времени».

Уджджал Патидар: «Всякий раз, когда дорога кажется длинной, когда битвы кажутся бесконечными, когда бремя долга кажется слишком тяжёлым — помните, что вы не одиноки».

Все письма отправлены «за ленточку» бойцам СВО.

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



Привет от иностранных студентов нашим бойцам СВО



Работа идёт над каждым шагом бойца СВО

риском инвалидизации и утраты работоспособности.

Стремимся к психологически обратной связи, применяем свои методы. С участниками СВО работает мультидисциплинарная реабилитационная команда: реабилитолог, клинический психолог, логопед, инструкторы ЛФК и медицинские сёстры.

В арсенале комплекса имеются роботизированная механотерапия, интерактивный кабинет с биологически обратной связью и VR технологиями, широкий спектр физиотерапии, отделение бальнеотерапии с лечебными бассейнами.

В случае необходимости возможно проведение дообследования и консультации других специалистов (нейрохирурга, уролога, травматолога-ортопеда) по решению вопроса о дальнейшей, в том числе оперативной, тактике лечения.

— **Какие методы высокотехнологичной реабилитации вы используете?**

— В нашем центре представлено передовое реабилитационное оборудование для ранней вертикализации и восстановления, а также обучения ходьбе, используются тренажёры с биологически обратной связью.

Используется антигравитационная дорожка — ключевым механизмом её действия является облегчение нагрузки на нижние конечности, причём при ходьбе создаются ощущения, подобные передвижениям в невесомости, тем самым снижается нагрузка на суставы и равномерно распределяется на мышцы. Тренажёр хорошо зарекомендовал себя в обучении пациентов ходьбе на протезе.

Ещё один уникальный интеллектуальный комплекс для функциональной реабилитации Essentron, в основе которого лежит принцип эксцентрического мышечного сокращения. При такой реабилитации напряжённая мышца удлиняется под нагрузкой, данная тренировка имитирует ходьбу человека с горки.

обеспечивают пациентам эффективные и результативные тренировки с увлекательными играми, которые ещё больше мотивируют их на достижение поставленных целей.

Проводят научную работу по очувствлению протезов и купированию фантомных болей, которая ведётся в рамках программы «Приоритет-2030». Компания «Моторика» занимается технической разработкой, ДВФУ-методами имплантации электродов, а «Сколтех» — изучением мозговой активности.

Помимо избавления от фантомных болей, очувствление протезов ног может избавить человека от избыточных усилий при ходьбе, помогает защитить спину от повреждений и искривления, а также повышает психологический комфорт, так как нога перестаёт восприниматься как инородный предмет.

Но не только аппаратная реабилитация помогает бойцам в восстановлении. Вся мультидисциплинарная реабилитационная команда: реабилитологи, инструктора-методисты, медицинские сёстры по реабилитационному делу, психологи и логопеды — активно участвуют в процессе. Важно правильно поставить реабилитационную цель и идти пошагово к её выполнению.

— **Какие травмы наиболее часто встречаются?**

— Чаще всего на реабилитацию приходят ребята с сочетанными травмами верхних и нижних конечностей, с посттравматическими повреждениями периферических нервов, контрактурами. Наиболее сложные и нуждающиеся в длительной реабилитации пациенты с поражением спинного и головного мозга, которые помимо функциональных двигательных нарушений имеют речевые, когнитивные нарушения, нарушения мочеиспускательной системы, некоторые приходят с уже сформировавшимися спастическими контрактурами, трофическими нарушениями кожи.

Наша реабилитация даёт положительный эффект. Например, к нам из больницы Санкт-Петербурга для

Перспективы

Согласно новому исследованию, инструмент на основе искусственного интеллекта может помочь интерпретировать и оценивать эффективность лечения у пациентов с рассеянным склерозом (РС).

MindGlide – это модель глубокого обучения, которая может извлекать ключевые биомаркеры, включая объём очага поражения и изменения мозга, из снимков МРТ, полученных во время лечения пациентов с рассеянным склерозом.

«MindGlide позволит нам использовать имеющиеся в больничных архивах изображения мозга, чтобы лучше понять рассеянный склероз и то, как лечение влияет на мозг», – заявил первый автор исследования Филипп Гёбль (Институт неврологии Куин-сквер при Лондонском университете).

РС поражает более 2,8 млн человек во всём мире. Биомаркеры МРТ играют центральную роль в испытаниях фазы 2 и 3, при этом мультиконтрастное сканирование используется для отслеживания новых или увеличивающихся поражений и нейродегенерации. Однако эти протоколы требуют много времени и ресурсов, что ограничивает их использование в повседневной помощи, отметили исследователи.

Упрощённые подходы с использованием волнометрии могут помочь извлечь значимые данные об атрофии из существующих клинических сканирований, расширяя возможности для исследований и сокращая расходы на испытания. Рутинный мониторинг фокусируется на активности поражения, атрофия мозга – важный маркер ухудшения инвалидности – часто недооценивается из-за неоднородности сканирования и отсутствия средств автоматизации.

MindGlide был разработан для устранения этих ограничений, позволяя обнаруживать клинически значимые биомаркеры в «крайне неоднородных сканах независимо от контрастности, разрешения и качества».

Исследователи обучили ИИ, ис-

пользуя начальный набор данных из 4247 сканов МРТ мозга от 2934 пациентов с РС на 592 сканерах. В ходе этого процесса инструмент обучился определять маркеры болезни.

Целью исследования была проверка MindGlide с использованием 14 952 изображений 1001 пациента, полученных в ходе двух клинических испытаний с первичным и вторичным прог-

Новый инструмент на основе ИИ

рессирующим рассеянным склерозом, а также набора данных по обычному лечению заболевания.

При тестировании с использованием объёмов поражений, маркированных экспертами, модель превзошла 2 современные модели – SAMSEG, которая идентифицирует и очерчивает поражения и структуры мозга на контрасте МРТ, и WMH-SynthSeg, которая обнаруживает небольшие яркие пятна на сканах, – по обнаружению объёма поражения, чувствительности и оценке по шкале кубиков.

В клинических испытаниях MindGlide обнаружил эффекты лечения на накопление T2-повреждений и потерю объёма коркового и глубокого серого вещества. Результаты показали, что инструмент ИИ точно оценил эффекты терапии, изменяющей заболевание, в клинических испытаниях и когортах с обычным уходом, в частности нейродегенерацию и активность заболевания.

«Процесс обработки одного изображения занимал 5-10 секунд», – отметили исследователи.

Инструмент точно количественно оценил поражения белого вещества, объёмы коркового и глубокого серого вещества, при этом результаты, полученные с помощью MindGlide, показали более высокую корреляцию с расширенной шкалой статуса

инвалидности, чем SAMSEG и WMH-SynthSeg, хотя «различия не были статистически значимыми для всех сравнений».

Кроме того, новый инструмент оказался лучше стандартных при количественной оценке различий в объёме поражений между группами лечения и плацебо в исследовании первичного прогрессирующего рассеянного склероза: 5,31% в FLAIR и 4,62% в T2, а его результаты оказались наиболее близкими к истинным оценкам экспертов-нейрорадиологов.

«Мы надеемся, что инструмент позволит извлечь ценную информацию из миллионов неиспользованных изображений мозга, которые ранее было трудно или невозможно понять, что немедленно приведёт к ценным знаниям о рассеянном склерозе для исследователей и, в ближайшем будущем, к лучшему пониманию состояния пациента с помощью ИИ в клинике. Мы надеемся, что это станет возможным в течение следующих 5-10 лет», – сказал Ф.Гёбль.

Острая тема

Лишай повышает риск развития деменции

Пожилые люди с тяжёлой формой опоясывающего лишая подвергаются повышенному риску развития деменции, особенно в возрасте 50-65 лет, по сравнению как с контрольной группой из общей популяции, так и с пациентами, госпитализированными по поводу других инфекций. Таковы данные исследования, которое было проведено группой учёных из Университета Вита-Салюте Сан-Рафаэле (Италия).

Когортное исследование изучало связь между тяжёлым течением опоясывающего лишая и риском развития деменции у взрослых в возрасте 50 лет и старше. Оно включало данные 132 968 пожилых людей (средний возраст 74,6 года; 57,6% женщин), из которых 12 088 были госпитализированы с диагнозом опоясывающий лишай, 60 440 стали контрольными лицами из общей популяции и 60 440 – контрольными лицами, госпитализированными с другими инфекциями.

Пожилые люди с опоясывающим герпесом включены в исследование на основе даты их первичной госпитализации. Они наблюдались до развития деменции, смерти, эмиграции или окончания периода исследования, в зависимости от того, что наступало раньше. Паци-

енты с диагнозом опоясывающий лишай идентифицировались с использованием кодов клинической модификации МКБ-9. Данные о заболеваемости деменцией были получены из регистра выписок больниц, рецептов на лекарства и госпитализаций в учреждения длительного ухода.

Общий повышенный риск развития деменции наблюдался среди пожилых людей, госпитализированных с опоясывающим лишаем, по сравнению с соответствующими контрольными лицами из общей популяции и госпитализированными с другими инфекциями. Через год наблюдения в группе больных опоясывающим лишаем наблюдалось двукратное увеличение риска развития ранней деменции; через 10 лет наблюдения возможность развития деменции была на 22% выше в группе больных опоясывающим лишаем, чем у соответствующих контрольных лиц из общей популяции. У пожилых людей в возрасте 50-65 лет, госпитализированных с опоясывающим герпесом, риск развития деменции был в 7 раз выше.

«Результаты подтверждают необходимость совершенствования стратегий иммунизации в сфере общественного здравоохранения и распространения рекомендаций по вакцинации на более молодых людей», – пишут авторы.

Ну и ну!

Тарифные войны ударят по лекарствам

Популярные западные лекарства от таких заболеваний, как рак и диабет, оказались втянутыми в обостряющуюся торговую войну между США и Китаем и грозят увеличить расходы производителей лекарств, показал обзор данных китайских регулирующих органов.

Китай объявил, что повысит пошлины на импорт американских товаров до 125%, нанеся встречный удар в ответ на решение Президента США Дональда Трампа выбрать вторую по величине экономики мира для введения более высоких пошлин. Администрация Трампа в настоящее время также расследует, представляет ли импорт фармацевтической продукции угрозу национальной безопасности США, что может стать предвестником введения пошлин на эту продукцию.

По данным Национального управления по контролю за лекарственными средствами Китая, крупные фармацевтические компании, включая AstraZeneca, Sanofi, GSK и Eli Lilly, имеют по крайней мере одну производственную площадку в США для своих препаратов, продаваемых в Китае.

Согласно данным, в Индиане у AstraZeneca есть производственная площадка для своего популярнейшего препарата для лечения рака дурвалумаб, а Eli Lilly также производит там свой популярный препарат для лечения диабета и снижения веса тирзепатид. Северная Каролина указана как место производства антители для профилактики респи-

раторно-синцитиального вируса (PCV) компаниями AstraZeneca и Sanofi – нирсевичаба, а также двухкомпонентной схемы лечения ВИЧ компанией GSK – ламивудина и долутегавира.

В ответ на вопросы о тарифах Китая и их последствиях представитель Eli Lilly заявил, что компания «продолжает изучать детали», и отказался от дальнейших комментариев. AstraZeneca и GSK также не прокомментировали ситуацию. Sanofi не ответила на запрос.

Эксперты полагают, что тарифы Китая на американскую продукцию могут привести к росту цен или ограничению поставок некоторых лекарств.

«В зависимости от продукции цены могут очень сильно повлиять на пациентов и потребителей в Китае, поскольку производство лекарств невозможно переместить в краткосрочной перспективе», – сказал руководитель отдела торговли швейцарской фармацевтической и биотехнологической бизнес-ассоциации Scienceindustries Эрик Яндрасиц.

Что касается рынка США, то компании отрасли лоббировали у Трампа идею поэтапного введения пошлин на импортируемую фармацевтическую продукцию в надежде смягчить последствия и дать им время для переориентации производства.

«Новый тариф явно создаст нагрузку на фармацевтическую отрасль, учитывая текущую неопределённость и сложность цепочек поставок фармацевтической продукции», – заявил аналитик William Blair Мэтт Филпс.

Осторожно!

Вспышки кори в США продолжают

Центры США по контролю и профилактике заболеваний (CDC) и штат Техас изо всех сил пытаются сдержать растущие вспышки кори в условиях сокращения поддержки со стороны федерального правительства. По словам доктора из Национального центра иммунизации и респираторных заболеваний CDC Дэвида Шугермана, вспышка болезни продолжает расширяться, а случаи регистрируются примерно в 25 штатах.

«Мы изо всех сил пытаемся найти ресурсы и персонал, необходимые для оказания поддержки Техасу и другим штатам», – сказал Д.Шугерман на заседании Консультативного комитета агентства по практике иммунизации (ACIP). Он отметил, что CDC и местным властям стало сложнее реагировать на ситуацию, поскольку федеральное правительство отменило выделение штатам грантов на сумму около 11 млрд долларов, связанных с COVID-19, для отслеживания и контроля инфекционных заболеваний.

«Поступает довольно много запросов на ресурсы, в частности из Техаса, – сказал он. – Затраты на каждый случай кори составляют 30-50 тыс. долларов».

Департамент здравоохранения штата Техас сообщил, что с января

был зарегистрирован 561 случай кори. Только 11 инфицированных получили по крайней мере одну из двух рекомендуемых доз вакцины против кори, эпидемического паротита и краснухи (MMR); 550 были либо не вакцинированы, либо имели неизвестный статус вакцинации. В 10 округах продолжается передача кори. Было 58 госпитализаций и 2 случая смерти, оба у детей, которые не были вакцинированы. У взрослого в Нью-Мексико после смерти установлен положительный результат теста на корь.

Число случаев заражения, вероятно, занижено. «Мы считаем, что существует довольно большое количество случаев, о которых не сообщается», – сказал Д.Шугерман. – Некоторые выздоровевшие люди никогда не проходили тестирования, а другие вообще не обращались за лечением».

Вспышка началась в тесном сообществе в округе Гейнс, штат Техас и распространилась на 21 округ, а также на Нью-Мексико (56 случаев), Оклахому (7 случаев) и Канзас. Крупные вспышки также происходят в столь же тесно связанных сообществах в Онтарио (Канада) и Чиуауа (Мексика). Геномное секвенирование указывает на то, что вирус в этих сообществах имеет ту же линию, что и циркулирующий в Техасе.

Только 82% детей в государственных школах округа Гейнс получили рекомендуемые 2 дозы вакцины. Истинный процент охвата вакцинацией в этом районе неизвестен, поскольку многие дети обучаются на дому или посещают частные школы, которые не отчитываются.

Для предотвращения вспышек требуется охват вакцинацией в 95%. Однако он снижается по всей стране. В 2023-2024 учебном году охват вакцинацией составил 92,7%; около 7% детей дошкольного возраста (более 280 тыс.) не имели документов о двух дозах.

До появления вакцины против кори в 1963 г. ежегодно ею заражались около 3-4 млн американцев. С 2000 г., когда корь была объявлена ликвидированной в США, было 11 крупных вспышек с более чем 50 случаями, в основном в сообществах с низким охватом вакцинацией. Семь из них произошли за последние 5 лет. Число случаев возросло с 59 в 2023 г. до 285 в 2024 г. За первые 4 месяца этого года их число составило 712.

«Нет никаких причин, по которым в США здоровые дети умирают от кори при наличии эффективной вакцины», – заявила профессор медицины и политики здравоохранения в Университете Вандербильта в Нэшвилле Хелен К.Тэлбот.

Подготовил Игорь НАУМОВ.

По материалам The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease, Medscape, Reuters.

Вы замечали, что как только врачи начинают давать советы и рекомендации, так чаще всего всё сводится к ограничениям и запретам? Причём в первую очередь на самое привычное, любимое и желанное. Да ладно бы только в закуске урезать норовили, так ещё и на акву витэ покушаются. И даже с неё, родимой, рестрикции прямо и начинаются!

А ведь что ни говори, водка (ввиду сиюминутности нужного эффекта и безрецептурной шаговой доступности) – лучший антидепрессант всех времён и народов. И посредник между жизнью и её несправедливостями. С её кучей вечных недостатков, заморочек и проблем – как приземлённо-материальных (речь о холодильниках и карстовых пустотах в них), так и возвышенно-психологических (речь о страждущих душах, непонятых гениях и затёртых завистниками талантах). Это я вам как нарколог и психотерапевт со стажем говорю. Со слов и мемуаров моих подопечных такой вывод следует. Преимущественно. Из своего жизненного опыта тоже, чего уж, между нами – взрослыми, шепчась, юлить. В общем, отчего пьёт русский мужик? От злых баб и неустроенности жизни. Ответ приписывается Антону Чехову, между прочим.

Ещё только когда пришлось учиться на нарколога, нет – не зову сердца, не подумайте... Глубоких аутентичных мотивов к тому не было. Так вот, стоило получить предложение о специализации нарколога, мелькнула мысль – а оно мне, терапевту, надо? Но раз главный врач велел, полковник медицинской службы в отставке взял под козырёк. И с головой окунулся в тему не только практически, как в годы государственной службы, но и теоретически.

Не пугайтесь, читатель, – текст вовсе не о современных изысках психиатрии вкупе с наркологией. Скорее, это пунктирный экскурс по реперным точкам отношений человечества с алкоголем.

Начнём издалека, не от «Ромула до наших дней», но где-то рядом. Со средних веков, к примеру. Когда в социуме уже и наблюдения с экспериментальными проверками догадок проведены, и кое-какие закономерности выявлены, и письменность с литературными стилями вызрели до сносных коммуникативных кондиций. Вызрели пусть и не до нобелевского совершенства, но до способности потрафить самым разнообразным читательским вкусам, начиная с простецки-невзыскательных. Для подтверждения вышесказанного обратимся к поэзии вагантов – лёгкому жанру бродячих менестрелей.

Во кабацком сидя чине
Мы не мыслим о кручине.
Что за жизнь в кабацкой келье,

Где на грош идёт веселье, –
Выпьем раз за тех, кто узник,
Два – за тех, кто нам союзник,
Три, четыре – за крещёных,
Пять – за девок совращённых,
Шесть – за праведных покойников,
Семь – за всех лесных разбойников,
Восемь пьём за братьев блудных,
Девять – за скитальцев трудных,
Десять пьём за тех, кто в море,
Дальше пьём за тех, кто в ссоре,
Дальше пьём за бедных кающихся,

и разум уже в лабиринте.
Если шестую потянешь –
друзей узнавать перестанешь.
Пьешь седьмую задорно –
а череп, как мельничный жернов.
После бокала восьмого
лежишь и не вымолвишь слова.
После чаши девятой
тебя уже тащат куда-то.
После десятой – рвота,
и вновь начинаешь все счёты.
Прошли века с тех пор. И Владимир Маяковский в 1926 г., с горечью откликаясь на смерть автора «Москвы кабацкой», чей

но за корректность информации могу поручиться) в ряду работ по аддиктологии, появилось исследование – связи частоты возникающих психических расстройств с частотой и ретивостью алкогольных возлияний. Никого не удивила высокая частота психических проблем в круге лиц, у которых день взятия Бастилии всухую никогда не проходит и у кого в реестре поводов для пьянок их не менее 365. А вот значимая частота психических и поведенческих расстройств в круге лиц, которых приходится всем колхозом уговаривать «от-

реснейший доклад. Не секрет, что в среде знатоков застолий бытует мнение, что коньяк «лучше, чище и безвреднее» водки; водка, соответственно, лучше виски по тем же параметрам, а самогон – «здоровее» всех трёх вместе взятых. Решили проверить – насколько соответствует действительности это широко распространённое в компетентных кругах убеждение. В остром эксперименте, лабораторных крыс неоднократно доводили вышеозначенными напитками до тяжёлой степени опьянения. Регулярно проводился контроль

Взгляд

Во кабацком сидя чине...

Несерьёзное эссе на болезную тему

В путь-дорогу собирающихся,
А за Кесаря и Папу пьём без счёта, снявши шляпу...
Пьёт хозяин, пьёт хозяйка,
Пьёт и братия, и шайка,
Пьёт и овый, пьёт и оный,
Пьёт невежда, пьёт учёный,
Пьёт монах и рыцарь тоже,
Пьёт епископ и вельможа,
Пьёт и трезвый, и пьянчужка,
Пьёт и барин, пьёт и служка,
Пьёт и домосед, и странник,
И неведомый изгнанник,
Пьёт и старый, пьёт и малый,
Пьёт и шалый, пьёт и вялый,
Пьёт и бабка, пьёт и дедка,
И мамаша, и соседка,
Пьёт богатый, пьёт и нищий,
Хлещут сотни, хлещут тыщи.

Категорично заявлено в финале, без полутонов. И хотя нынешнее учёное сообщество всегда апеллирует к статистике, как отправной точке научно-практических выводов, в данном случае никто, разумеется, не ожидает, что пращуров волновали погрешности с коэффициентами достоверности, поэтому резюме стишка придётся взять на веру. Но не только социальный срез алкоголизма занимал древние пытливые умы. С дотошностью на грани научного подвига были прочувствованы, пронумерованы и переданы нам по описи в пользование степени алкогольного опьянения. При этом испытатели не стали мелочиться и сводить всё к нашим теперешним – лёгкой, средней и тяжёлой степеням:

Первый бокал осушаем –
лишь глотку себе прочищаем.
Выпить надобно дважды
затем, чтоб умерилась жажда.
Но до конца не сгореть ей,
покуда не выпьем по третьей.
Выпьем четвертую чашу –
И мир покажется краше.
Пятую лишь опрокиньте –



непростой нрав и пагубные слабости биографами не подвергаются сомнениям, замечал:

Дескать, заменить бы вам богему классом,
Класс влиял на вас, и было б не до драк.
Ну, а класс-то... жажду заливают
квасом?
Класс – он тоже выпить не дурак.

Прошло ещё 100 лет. И коль скоро спрос по-прежнему рождает предложение, достаточно увидеть изобилие и зазывную цветастость бутылочных этикеток на полках магазинов, чтобы понять – какую завидную фору даёт современный класс собратьям времён агитатора-горлана-главаря. Хотя с квасом в стране тоже полный порядок.

Ну, а теперь о собственном науке. Давным-давно (точную дату публикации назвать затрудняюсь,

метить», хотя бы символически, свой день рождения и Новый год – удивила. Но статистически достоверный факт остаётся фактом – абсолютные трезвенники в группе риска по вероятности психического неблагополучия. Порадовало, правда, то, что самая низкая частота возникновения психических недугов пришлась на тех, кого в простонародье называют серединка – на половинку. И таких, к счастью для человечества, подавляющее большинство.

Ну, и на десерт. Году в 2003-2004 в рамках одного из спутников симпозиумов на форуме «Человек и лекарство» коллективом авторов медицинского факультета РУДН (опять же за давностью лет в памяти стёрлись имена и регалии, да простят меня уважаемые коллеги) был представлен инте-

печёночных ферментов (как маркёров повреждения органа), включая фазы трезвости. Подбили цифры, выявилась однозначная «картина маслом». Ни один из брендов не имеет никаких преимуществ перед конкурентами. Прямо со старта эксперимента токсичность «благородного» коньяка шла в обнимку с токсичностью «быдловатого» самогона, и нос в нос пришла к финишу исследования с другой не дешёвой «сладкой парочкой». Прекрасный пример того, как сугубо научно был посрамлён, к вящей радости прижимистых выпивохов, один из вековых мифов.

Наверное, тема не стоила бы разговоров, не будь одного но... Лучшее всех этот нюанс в юмористическом ключе высветили авторы «Красной бурды». Пересказываю вкратце. Решили как-то 3 юноши из племени Бухуси выпить муравьиного спирта. Послали, как водится, гонца в коммерческую хижину. Тот купил 3 калебасы напитка, но на обратном пути его одолела жажда. Не знал гонец, что спирт обладает волшебной силой. Выпил первую калебасу и очутился в канаве. Выпил вторую – и очутился на вокзале. Выпил третью – и остался на вокзале навсегда.

Такие вот вам стикеры на дверку домашнего холодильника перед закупками к праздничному столу. Ну и в порядке озарения. Выходит, напрасно говорят – ничто не вечно под Луной. Таки бывают исключения.

Юрий СУПРУНОВ,
врач-психотерапевт,
психиатр-нарколог.

Новосибирск.

Иллюстрация создана при помощи ИИ.

Вернисаж

Творческая встреча

В читальном зале Межпоселенческой центральной библиотеки Кочубеевской централизованной библиотечной системы им. А.В.Рубеля прошла творческая встреча читателей – членов клуба «Надежда», с журналистом из Невинномысска, собкором «Медицинской газеты» по Северо-Кавказскому федеральному округу, членом Российского Союза профессиональных литераторов и Союза журналистов России Рубеном Казаряном.

Журналист и писатель рассказал о себе, работе и творчестве. Последние два понятия, по его словам, невозможно представить друг без друга. И, конечно же, он познакомил читателей со своими книгами «Мокрое дело», «Шутки юмора и др.», «Юмор без маски», «Юмор – дело серьёзное».

Р.Казарян пишет рассказы, юморески, эссе уже на протяжении нескольких десятилетий. Герой его

зарисовок – обычный современный человек в различных жизненных ситуациях. Небольшие произведения понятны, просты и близки публике, ведь многие участники творческой встречи, слушая их в исполнении автора, отмечали, что узнавали в персонажах кого-то из друзей или знакомых, а порой и самих себя.

Также Р.Казарян представил карикатуры из книг и подарил библиотеке свой сборник очерков и эссе «Времена не выбирают...» (в 2011 г. эта книга стала лауреатом Ставропольского краевого конкурса журналистского мастерства им. Германа Лопатина). Примечателен, а от того вдвойне дорог, автограф журналиста – «Библиотеке – храму знаний, от автора».

Анастасия СМЕРНОВА.

Ставропольский край.



На литературный конкурс

Олег ЕГОРОВ

Память о пациенте

Это было обычное дежурство в отделении реанимации: текущие рабочие моменты, инструментальные обследования, лабораторные анализы, лечебный процесс, общение с родственниками.

Вызов в приёмный покой. Скорая помощь привезла пациента. С годами у меня выработалась врачебная интуиция, которая в последнее время мало обманывает: первый контакт с больным, первый взгляд, беглый осмотр и обращение к нему – и у меня в голове вспыхивает мысль – будет человек жить или нет.

Такая же мысль промелькнула и в этот раз – осматриваю пациента и понимаю, что он не выживет. Большой резко заторможен, обезвожен, бледен, практически не реагирует на осмотр, и имеется ещё ряд параметров, которые говорят о его безысходности.

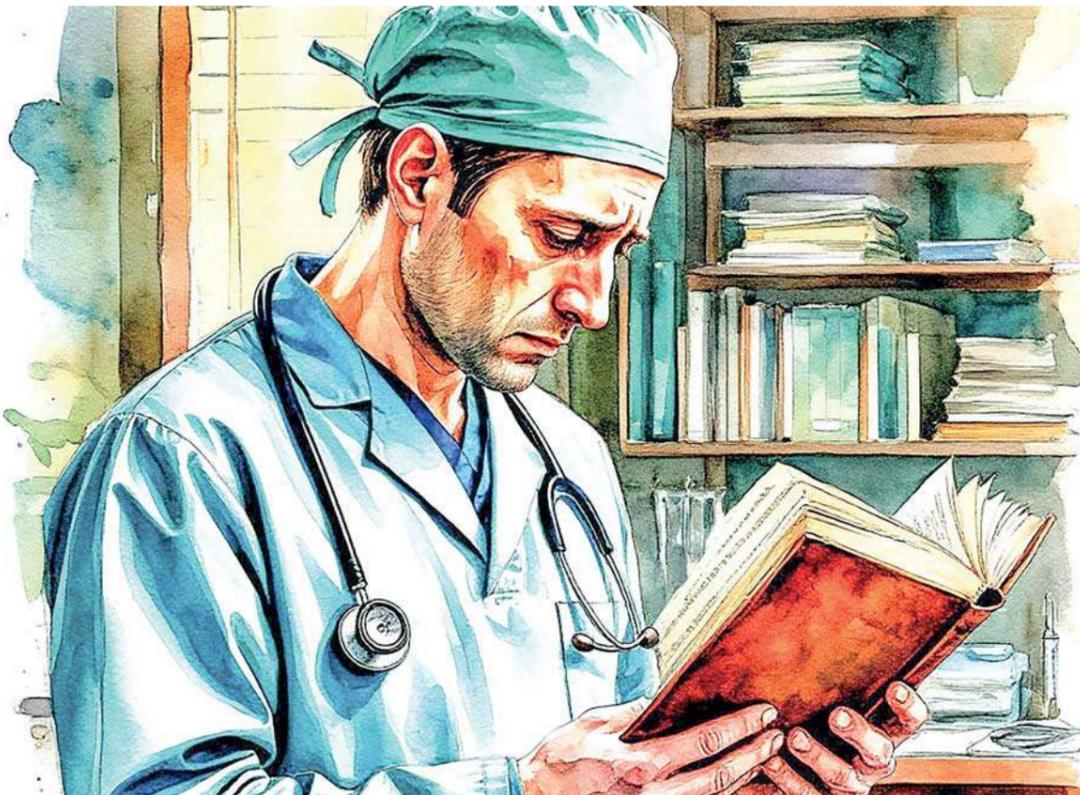
Разумеется, госпитализируем пациента в реанимационное отделение, в котором я работаю. Мы начинаем им активно заниматься, выполняем весь комплекс диагностических и лечебных мероприятий: ставим катетер в центральную вену, переводим на искусственную вентиляцию лёгких, переливаем компоненты крови и проводим другие виды интенсивной терапии.

В течение всего рабочего дня меня не покидала мысль, что пациент вот-вот скончается.

Но прошли сутки – больной жив, тяжёлый, но удалось его стабилизировать. У нас уже появился шанс. Прошли вторые, третьи – наметилась положительная динамика.

К концу рабочей недели пациент реагировал на осмотр, выполнял команды, был переведён на самостоятельное дыхание. Потом начал общаться.

В таком позитивном и приободрённом настроении я ушёл из отделения на выходные.



Когда я пришёл в понедельник на работу, пациента на реанимационной койке, к сожалению, не оказалось. Он скончался ещё в субботу по дежурству. Резко. Неожиданно. Внезапно. Реанимационные мероприятия к успеху не привели.

Прошло пару дней. Звонят в дверь нашего реанимационного отделения. Выхожу – на пороге стоят две женщины. Говорят – хорошо, что я на работе, как раз меня искали.

В потоке работы и постоянной мозговой загруженности не

сразу понял и вспомнил, кто они. Это оказались родственники нашего умершего пациента.

«Доктор, спасибо вам, что приняли, лечили, сделали всё возможное, чтобы спасти его», – сказали они.

В своей врачебной практике я много общаюсь с родственниками реанимационных пациентов.

Абсолютно разные эмоции, выражения и слова слышу в свой адрес. Бывало, работаешь с тяжёлым больным, наблюдаешь, как он поправляется, потом переводишь его из реанимации

в отделение уже в адекватном и «приспособленном к жизни» состоянии. В этот момент проживаешь рядом с пациентом очень маленькую, но тесную жизнь. Его жизнь, не свою. А родственники этого больного могут быть тобой и твоими действиями недовольны по разным причинам.

В данном же случае ситуация другая – тебя благодарят, а больной умер. Переплетение эмоций и переживаний.

– Возьмите вот это, в знак благодарности и просто на

память о нашем родственнике, – женщины протянули книгу стихов авторства моего пациента. Я просто обалдел! Меня захлестнуло столько эмоций и внутреннего трепета, когда я взял эту книгу, увидел фотографию автора – молодого, полного сил и жизни радостного русского мужчину на фоне засеянного рожью поля.

– Он входил в Союз писателей России, жил в деревне; плохо, что не поехал в больницу раньше, когда мы его просили, – продолжали мои собеседницы. – Это последние 2 экземпляра его книги, которые мы нашли. Один вам и один тому доктору – девушке, которая тоже его принимала (в приёмном покое мы осматривали пациента вместе с моей коллегой врачом-терапевтом).

Женщины ушли, а я ещё долго не мог прийти в себя, листал подарок со стихами моего умершего пациента.

Собственно, данная книга и послужила мотивацией к написанию небольшого рассказа. Это моя память о человеке. Пусть я его и не знал, но посчитал своим долгом оставить памятный след о последних часах жизни моего пациента...

ОБ АВТОРЕ. О.Егоров окончил лечебный факультет Рязанского ГМУ им. И.П.Павлова в 2011 г. Заведующий отделением анестезиологии и реаниматологии, председатель первичной профсоюзной организации ГБУ РО «Шиловский ММЦ», Рязанская область.

Иллюстрация создана при помощи ИИ.

Копытка					Голл. живописец		Англ. химик	СКАНВОРД										Пароксетин	Карлик антилопа	Карикатура		
Адеметионин	Изысканное блюдо	Хирург ... Боталло						Кит									Бегун	Декор. кустарник	Чернильная капля			
		Африк. охота	Осторожность	Структура стали	Шум от удара	Убыль активности	Десятка, туз	Хвойное дерево	Остаток свечи	Неистовство							Дьявол	Ирный корень				
Отец Тантала	Начало реки			Прерия			Двигатель	Платиновый металл									Семья					
		Часовой			Чирков, фильм					Спектакль в честь актера												
Группа сообщников	Язва во рту		Предмет беседы		Гнет	Палач (стар.)	Страна, Африка										Бернар					
		Единица силы			Колесо		3,14															
Собака ...-ину	Сухая старика		Расстегай			Вулкан, Филиппины																
Автор Валерий Шаршуков	Нота	Дет. голос			Хол. оружие																	

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

Ответы на сканворд, опубликованный в № 16 от 23.04.2025.

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

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

Главный редактор А.ПАПЫРИН.

Редакционная коллегия: С.БУДАЧЕНКОВ (ответственный секретарь), Е.БУШ, В.ЕВЛАНОВА, Д.ГЛАЗКОВ, А.ЖУКОВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), 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 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография». Адрес: 123022, Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр. 1. Заказ № 0647. Тираж 11 015 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.