

# Медицинская

27 августа 2025 г.  
среда  
№ 34 (8205)

# газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

[www.mgzt.ru](http://www.mgzt.ru)



Что происходит в мире?

Стр. 12

Путь развития продолжают преемники.

Стр. 15

Из блоггерства – в командиры медицинской роты.

Стр. 16

Защитники Отечества

## Путёвка в небо

### Завтра – День военного медика России



2025-й – год 80-летия Великой Победы. О победителях и тех, кто беззаветно служил и служит Родине, а также выбрал для себя профессию военного врача, рассказывает новая рубрика «Медицинской газеты» – «Защитники Отечества». Конечно, нам интересен их путь в профессию и последующее движение к вершинам мастерства и по служебной лестнице. Говоря об офицерах, надо помнить, что подавляющее большинство из них – люди, влюблённые в выбранную профессию.

Сегодня наш гость – военный врач интересной судьбы, в прошлом начальник медицинской службы Военно-воздушных сил Министерства обороны России, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, полковник медицинской службы (в отставке) Владимир ЯМЕНСКОВ.

Как говорил академик РАО В.Пономоренко: «В авиации врач – это, можно считать, исповедник для принятия от лётчика его сомнений, прегрешений, страхов и надежд на длительную и радостную работу в небе, такая должность требует чистоты помыслов, доверия к личности и честности». Признанным, опытным специалистом в лётной области является герой этого материала.

#### Лидерство и управление командой в боевых условиях

По мнению В.Яменскова, лидер способен разрабатывать чёткую стратегию для достижения поставленных целей. Он видит долгосрочную перспективу и умеет принимать решения, которые способствуют развитию команды. Для этого надо эффективно общаться с сотрудниками, партнёрами и всеми участниками служебного процесса, вдохновлять их, а также слушать и слышать.

Успешный руководитель должен уметь принимать решения быстро

и уверенно, не боясь рисковать. Он должен действовать в сложных нештатных ситуациях и принимать ответственность не только за свои действия, но и за результат общей работы всей команды. Понимать потребности и чувства своих сотрудников, поддерживать их и мотивировать – в этом тоже обязанность лидера. Эмпатия помогает руководителю создавать дружественные отношения в коллективе и повышать эффективность работы, а также нивелировать конфликты.

Учитывая постоянные изменения обстановки, руководителю необхо-

димо уметь быстро адаптироваться к новым условиям и ситуациям, гибко реагировать на вызовы и проблемы. Он должен видеть в сложностях почву для роста, а не проблему.

Быть искренним и верным себе – основополагающие факторы успеха. При этом важно придерживаться своих принципов и убеждений, соотносить слова с действиями, направлять и вдохновлять команду, помогать достигать успеха в конечном результате.

Руководитель прежде всего формирует свою команду. В основном это происходит в мирный период, так как есть время на изучение психофункциональных возможностей, интеллектуальной составляющей, эмоционально-волевых качеств. При боевых действиях он работает с теми, кто есть или остался в резерве, опираясь на информацию и знания личного состава, полученные ранее. При подборе личного состава необходимо знать сильные и слабые стороны каждого, максимально использовать навыки, в которых сотрудник наиболее компетентен.

Фото с сайта Минобороны РФ

(О том, как это реализуется на практике, читайте на стр. 10-11.)

Начало

## На самом современном уровне

В рамках недели празднования 80-летия атомной промышленности в Нижегородской области руководитель Федерального медико-биологического агентства России Вероника Скворцова и генеральный директор Госкорпорации «Росатом» Алексей Лихачев торжественно открыли новую детскую поликлинику Клинической больницы № 50 ФМБА России в Сарове.

«Мы системно развиваем медицину в атомных городах. Расширяется спектр высокотехнологичной медпомощи, создаются новые отделения, приходят молодые кадры. Год назад мы с Алексеем Евгеньевичем открыли в Сарове современный Сосудистый центр с ангиографической операционной. Уже сегодня мы видим ощутимые результаты: проведено 755 лечебно-диагностических исследований, среди которых – более 300 стентирований и порядка 300 коронарографий», – отметил В.Скворцова.

Детская поликлиника – это настоящий медицинский центр, где юные пациенты могут получить всю необходимую высококвалифицированную помощь. «Впервые в городе открыты новые кабинеты охраны зрения и центр репродуктивного здоровья детей и подростков, работает дневной стационар и отделение реабилитации. Поликлиника отвечает самым высоким стандартам и оснащена всем необходимым современным оборудованием. Это

важный шаг в модернизации системы здравоохранения атомграда, совершенствовании качества и доступности медицинской помощи для 17 тыс. детей», – сказала руководитель ФМБА.

Впервые в Сарове на базе детской поликлиники создан центр репродуктивного здоровья детей и подростков. В его задачи входит профилактика, диагностика и лечение профильных заболеваний, формирование навыков ответственного поведения и здоровых взаимоотношений в семье.

В дневном стационаре общетерапевтического профиля смогут пройти лечение дети и подростки при болезнях нервной системы и желудочно-кишечного тракта. «Умная» палата позволяет за 10 минут определить более 100 физиологических параметров. На основании результатов обследования педиатр даёт рекомендации по здоровому питанию, образу жизни. В случае выявления отклонений юный пациент направляется на консультацию к узкопрофильным специалистам.

В отделении реабилитации представлены все возможности для восстановления после заболеваний опорно-двигательного аппарата, нервной системы, соматических патологий. Отделение оснащено роботизированными тренажёрами, в том числе с биологической обратной связью, необходимым оборудованием для физио- и механотерапии.

(Продолжение на стр. 2)

### ЭКСПЕРТНЫЙ УРОВЕНЬ

#### Рамил ХАБРИЕВ



Научный руководитель Национального НИИ общественного здоровья им. Н.А.Семашко, академик РАН:

– Когда целевые показатели заболеваемости и общественно-го здоровья подстраиваются исключительно под экономические вложения в развитие технологий без учёта всех прочих важных факторов, это заканчивается тем, что приходится подгонять действительное под желаемое.

Стр. 4-5



## Новости

### Дистанция значения не имеет

По поручению главы ДНР Дениса Пушилина создан Медицинский информационный центр для обеспечения возможности дистанционной записи на приём к врачу по единому номеру 1-500.

С 1 августа работа Медицинского информационного центра по единому номеру 1-500 охватывает все муниципалитеты республики. Каждый из жителей ДНР может позвонить в Центр для записи на приём к врачу в любом городе, а также обратиться за консультацией к оператору «горячей линии» минздрава ДНР.

Как сообщил журналистам министр здравоохранения ДНР Дмитрий Гарцев, системная работа по созданию единого медицинского центра с единым номером 1-500 началась с февраля. В ходе этой работы были созданы кол-центры по обработке звонков-заявок в Донецке, Макеевке и Торезе и последовательно в других муниципалитетах. В итоге медицинскими специалистами кол-центров к 1 августа уже принято около 290 тыс. обращений потенциальных пациентов.

Владимир НИКОЛЬСКИЙ,

Донецкая Народная Республика.

### Паралич ног «ушёл» от врачей

Специалисты Городской клинической больницы Пятигорска избавили 56-летнюю пациентку от паралича обеих ног, причиной которого стало гнойное воспаление в одном из отделов позвоночника. Ей проведена малотравматичная операция.

Началось всё с того, что у женщины без видимых причин поднялась высокая температура и возник паралич ног, с чем она и обратилась в горбольницу. При проведении МРТ нейрохирурги обнаружили скопление гноя в поясничном отделе спинного мозга.

Мы экстренно провели малотравматичную операцию, в ходе которой удалили часть дужки позвонка, добрались до позвоночного канала и откачали 30 мл жидкости. Операция прошла успешно. Для предупреждения рецидива и осложнений в зоне гнойного воспаления оставили дренаж и в течение нескольких дней постоянно проводили орошение растворами антисептиков. Без своевременной высокотехнологичной медицинской помощи женщина могла погибнуть, – рассказал нейрохирург ГКБ Пятигорска Вадим Зотов.

В течение двух недель неврологический дефицит регрессировал, паралич ног у пациентки прошёл, она начала самостоятельно ходить. Женщину уже выписали на амбулаторное лечение, она вернулась к обычной жизни.

Инфекция может поразить любой участок ЦНС, проникнув через кровь или нервы, а также через перелом черепа. К самым опасным относят нейроинфекции головного и спинного мозга. Лечение таких больных сложное, включающее в том числе, многоэтапную антибиотикотерапию, которую для пациента подбирает опытный клинический фармаколог больницы Роман Чуклин, – объяснил В.Зотов.

Общезвестно, что высокий профессионализм врачей – важнейший аспект современного здравоохранения. Постоянное развитие медицинских технологий, появление новых методов диагностики и лечения требуют непрерывного обновления профессиональных знаний и навыков. Врачи регулярно проходят курсы повышения квалификации, участвуют в научных конференциях и семинарах, изучают новейшие исследования и публикации. Это позволяет им оставаться в курсе последних достижений медицины и обеспечивать пациентам наиболее эффективное лечение. Таким образом, стремление врачей к постоянному профессиональному росту является залогом высокого качества медицинской помощи и доверия пациентов.

Наша задача – обеспечить специалистов необходимыми знаниями и навыками, чтобы они могли предоставлять высококачественную и самую современную медицинскую помощь пациентам, – отметил министр здравоохранения Ставропольского края Юрий Литвинов.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

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

## Начало

# На самом современном уровне



(Окончание. Начало на стр. 1)

Благодаря передовым цифровым технологиям врачи смогут проводить телемедицинские консультации с ведущими специалистами профильных научно-клинических центров страны, обеспечивая своевременную диагностику и направление пациентов в федеральные клиники.

Проведена большая кадровая работа: в открытой поликлинике 100% укомплектованность участковыми педиатрами, более 91% – узкопрофильными специалистами. Для привлечения новых кадров Госкорпорация «Росатом» выделяет финансирование на покупку квартир для сотрудников.

«Открытие поликлиники – это продолжение большой совместной

работы, которую мы ведём в Сарове вместе с Вероникой Игоревной и всем коллективом ФМБА в рамках проекта по повышению качества оказания медицинской помощи в атомных городах. Саров стал пилотным участником этого проекта. За 4 года общий объём инвестиций наших организаций в здравоохранение в атомных городах составил 1 млрд 133 млн руб. Мы видим результаты и приближаемся к целевой модели системы здравоохранения для всех городов «Росатома», – подчеркнул А.Лихачев.

Особое внимание – комфорту и удобству маленьких пациентов и их родителей при посещении врачей: понятная система навигации, современные зоны ожидания с игровыми, электронная система очереди и информационное табло,

разделение потоков пациентов, комнаты матери и ребёнка, безбарьерная среда, АРТ-класс и лекторий для проведения школ здоровья.

В новой поликлинике внедрена программа динамической маршрутизации для проведения профилактических медицинских осмотров. С помощью специальных браслетов для детей формируются индивидуальный план посещений врачей.

Новая поликлиника позволит значительно повысить доступность плановой и экстренной медицинской помощи, улучшить условия для профилактики, ранней диагностики и реабилитации юных жителей Сарова.

Богдан СЕРГЕЕВ.

Саров.

## Ориентиры

# Капитальные вложения

По пути интенсификации идёт последние два года развитие социальной сферы в Дорогобуже, старинном русском городе на Днепре. В этом убедился губернатор Смоленской области Василий Анохин, который на днях с рабочим визитом посетил муниципальный округ.

Вместе с вице-президентом компании «Акрон» Владимиром Канторовичем глава региона побывал в обновлённой центральной районной больнице. При поддержке ПАО «Дорогобуж», входящего в группу компаний «Акрон», в медучреждении продолжаются ремонтные работы. ПАО «Дорогобуж» инвестировал 122 млн руб. в капитальный ремонт и оснащение больницы. В лечебном учреждении открыли новые хирургическое и реанимационное отделения с современным операционным блоком. Установили современное оборудование. Кроме того, в ЦРБ для экстренной помощи построили вертолётную площадку санитарной авиации.

В настоящее время, отметил губернатор, строители работают на других этажах лечебного корпуса, где им предстоит обновить приёмное, рентгенологическое, неврологическое, акушерско-гинекологическое и терапевтическое



некологическое и терапевтическое отделения. Таким образом, больница получит комплексное развитие, а пациенты – современные условия для лечения и восстановления.

В ходе визита в Дорогобужский муниципальный округ Василий Анохин подписал соглашение о социальном партнёрстве с генеральным директором ПАО «Дорогобуж»

Владимиром Куницким. Документ закрепляет дальнейшее участие предприятия в развитии социальной сферы Дорогобужского округа. В частности, запланирован капитальный ремонт детского отделения. На эти цели компания направит 20 млн руб.

Владимир РОКОЛЕВ.

Смоленская область.

## 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





# Определён план действий

**Министры здравоохранения РФ и Кыргызской Республики Михаил Мурашко и Эркин Чечейбаев провели двусторонние переговоры на полях Евразийского межправительственного совета в городе Чолпон-Ата. В ходе встречи стороны утвердили план сотрудничества в рамках реализации межправительственного соглашения в области здравоохранения, медицинского образования и науки, что стало важным шагом в развитии двусторонних отношений между странами.**

В Кыргызской Республике с официальным визитом находился председатель Правительства Российской Федерации Михаил Мишустин. Он принял участие в заседании Евразийского межправительственного совета. Кыргызстан выступает ключевым партнёром и надёжным союзником РФ в Центральной Азии. Российско-киргизские отношения отличаются высоким уровнем взаимодействия в различных сферах, в том числе в здравоохранении.

– Сегодня мы подписали дорожную карту о конкретных мерах на 2025-2026 гг. Надеюсь, что все эти направления будут реализованы, – заявил М.Мурашко.

В 2024 г. состоялось подписание межправительственного соглашения между РФ и Кыргызстаном в области здравоохранения, медицинского образования и науки. Это соглашение охватило широкий спектр вопросов, связанных с обеспечением здоровья населения обеих стран, и заложило прочную основу для даль-

нейшего развития партнёрских отношений в медицинской сфере. Основные направления в развитии сотрудничества – это улучшение национальных систем здравоохранения, сотрудничество в области организации, профилактики и лечения заболеваний, как инфекционных, так и инфекционных, формирование здорового образа жизни, вопросы государственного регулирования в сфере обращения медицинской продукции, рассказал он.

Отдельное внимание обе страны уделили вопросам регулирования обращения лекарственных средств и медицинских изделий, включая обмен информацией о новых видах продукции. Россия обладает большим экспортным потенциалом производителей лекарственных препаратов и медицинских изделий, в том числе новых вакцин, антибактериальных средств, цитостатиков, инновационных разработок для иммунотерапии онкологических заболеваний.

Стороны также намерены наладить взаимодействие по вопросам кадрового менеджмента и регулирования профессиональной деятельности медработников.

План предусматривает создание постоянно действующего семинара для специалистов в области общественного здоровья, а также углубление сотрудничества в лечении онкологических заболеваний с применением современных радиофармацевтических препаратов. Также киргизские специалисты получат возможность повышать квалификацию в таких перспективных направлениях, как трансплантология, онкология и генетические ис-

следования, где Россия имеет широкие компетенции.

– Важнейшие направления сотрудничества – это кадровые вопросы, экстренная медицина. И, конечно же, ключевым мы видим ещё и направление сотрудничества в области информатизации, – добавил глава Минздрава России.

В российских медицинских вузах обучается более 300 граждан Киргизии, из них значительная часть получает образование по квоте Правительства РФ.

– Мы также открыли портал непрерывного медицинского образования, где при регистрации у сотрудников медицинских организаций Кыргызстана есть возможность получить дополнительные знания. Это ресурс самых современных медицинских знаний. Сегодня к этому portalу подключено более 2,5 тыс. сотрудников, – сказал М.Мурашко.

В рамках реализации российского проекта по охране здоровья матерей, новорождённых и детей в возрасте до 5 лет на базе ведущих российских медицинских центров – НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, НИИЦ здоровья детей Минздрава России и Детского научно-клинического центра инфекционных болезней ФМБА России – проводятся бесплатные обучающие курсы для киргизских специалистов в сфере детского здравоохранения. За время реализации проекта «Пути снижения материнской и младенческой смертности» в научно-практических семинарах приняло участие 1142 врача из Кыргызстана.

Павел БАЛАГИН.



В Ростове-на-Дону после тяжёлой продолжительной болезни скончался известный нейрохирург, профессор, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой нервных болезней и нейрохирургии Ростовского государственного медицинского университета (РостГМУ), почётный член Пленума правления Ассоциации нейрохирургов

**БАЛЯЗИН Виктор Александрович.**

Он родился г. Армавира Краснодарского края. В 1964 г. с отличием окончил лечебно-профилактический факультет Ростовского государственного медицинского института (ныне РостГМУ), где проработал до конца жизни на кафедре нервных болезней и нейрохирургии, пройдя путь от ординатора до заведующего. В годы ординатуры им были внедрены в практическую работу клинического отделения новые для того времени диагностические методы исследования: вентрикулография с масляными и водорастворимыми контрастными веществами, вертебральная ангиография, венография орбит.

В 1970 г. он защитил кандидатскую диссертацию «Клинико-ангиографическая диагностика окклюзирующих процессов в задней черепной ямке», а в 1980 г. – докторскую «Вертебральная ангиография в диагностике опухолей задней черепной ямки». В.А.Балязиным получено 18 авторских свидетельств и патентов. Он внёс существенный вклад в диагностику и хирургию опухолей задней черепной ямки, включая опухоли ствола головного мозга, считавшиеся до этого неоперабельными. Им впервые на Юге России выполнена операция на головном мозге под наркозом (до него оперировали под местной анестезией). Разработаны и внедрены в клиническую практику новые доступы и приёмы удаления опухолей основания черепа и парастволовой локализации, индивидуального подбора и имплантации ликворошунтирующих систем для лечения гидроцефалии, профилактики рецидива более после удаления грыж межпозвоночных дисков поясничного отдела, хирургического лечения тяжелейших болевых синдромов лица.

Выражаем искренние соболезнования родным и близким Виктора Александровича.

Коллектив редакции «Медицинской газеты».

Начеку!

## Скорость и точность

**Специалисты Российского противочумного института «Микроб» Роспотребнадзора сделали значительный шаг в области диагностики инфекционных заболеваний, разработав тест для быстрого выявления возбудителя бруцеллёза.**

Это опасное инфекционно-аллергическое заболевание, которое вызывают бактерии Brucella. Оно распространено по всему миру. Основными носителями инфекции являются домашние животные, особенно мелкий и крупный рогатый скот. Из-за слабо выраженных симптомов, схожих с признаками

многих других заболеваний, своевременная диагностика затрудняется, что часто приводит к позднему выявлению болезни. Поэтому быстрая идентификация возбудителя в образцах от человека является критически важной.

Новый тест обладает высокой точностью и скоростью реакции.

Институт «Микроб» способен производить до 5 тыс. тестов в год, что обеспечит необходимый уровень контроля за бруцеллёзом в стране. Новая разработка – важный шаг в борьбе с бруцеллёзом, который значительно повысит эффективность диагностики и лечения.

Игорь НАУМОВ.

## 100 строк на размышление

**Снежная буря на Тянь-Шане помешала спасателям подняться выше высоты 6 тыс. 100 м, чтобы попытаться оказать помощь альпинистке Наталье Наговицыной или спустить с высоты 7 тыс. м её тело. За судьбой женщины следили тысячи, если не миллионы, людей.**

Н.Наговицына пошла в группе из четырёх человек на покорение пика Победы, одной из самых сложных вершин в бывшем СССР. Мечтала заслужить звание «Снежный барс». История падения и перелома её ноги разлиты. В интернете одни порталы утверждают, что она шла последней в связке и страховала даже проводника... Именно он сорвался с гребня хребта и потащил Наталью в пропасть. Но она спасла ему жизнь и получила серьёзную травму... Проводник оставил женщину на небольшом уступе и пошёл в базовый лагерь за подмогой. Часть порталов излагает менее кошмарную версию развития событий.

Но факт остаётся фактом. На следующий день, 13 августа, к ней добрались два других участника группы – итальянец Лука Синигилья и немецкий альпинист. Узнав от проводника о трагедии, они развернулись на спуске, и поднялись назад к пострадавшей альпинистке. Оставили ей еду, горелку и мини-газовый баллон, но эвакуировать не смогли. Слишком невыполнимая была благородная миссия – протаскать женщину 3 км по гребню хребта на высоте, где

# Все мы немного альпинисты

каждый шаг даётся с трудом из-за недостатка воздуха, температуры минус двадцать, сильного ветра и необходимости идти по скалистому гребню... На пути в лагерь итальянец Лука получил сильное обморожение. В результате у него, предположительно, начался отёк мозга. 15 августа он умер на высоте 6,8 тыс. м, где его оставил в вырытой снежной пещере напарник.

16 августа к операции подключили вертолёт Минобороны Кыргызстана. Он совершил жёсткую посадку в базовом лагере. Пилот получил компрессионный перелом позвоночника. А один из спасателей – крайне серьёзную травму таза. Второй вертолёт из-за сильных порывов ветра вообще не смог приземлиться. Тем не менее спасатели дважды пытались подняться, но снежный буран заставлял их вернуться в базовый лагерь.

Если будет хорошая погода в ближайшие дни, ещё один облёт совершит дрон. И, в случае признаков жизни Н.Наговицыной, итальянские пилоты совершат попытку снять её «Еврокоптером». Но надежды на это крайне мало.

– При низкой температуре, замедляется метаболизм, – говорит главный врач Московской ГКБ № 15, доктор медицинских наук Валерий Вечорко. – Но обменные процессы всё равно нужны, что-

бы сохранить жизнедеятельность организма. От них зависит всё: работа мозга, любого органа. Когда не хватает кислорода, то недостаточно становится энергии, чтобы поддерживать целостность организма. Не случайно один из альпинистов погиб от отёка мозга. Главным пусковым механизмом синдрома полиорганной недостаточности выступает гипоксия. Конечно, у каждого человека разные компенсаторные возможности. Они зависят от состояния здоровья, воли, тренированности. В моё студенчество многие были потрясены случаем в Канаде, когда спасателям удалось вытащить провалившуюся под лёд фигуристку. Она провела 30 минут подо льдом и не только выжила, но и вернулась к прежней жизни. Обычный же человек погибает без воздуха в течение 3-4 минут...

Альпинисты специально тренируются, чтобы выдержать экстремальные условия. Проходят акклиматизацию. Тогда шансы продержаться на смертельной для человека высоте становятся выше. Чудеса, конечно, случаются. Но крайне редко.

Отметим, что альпинизм в период глобализации стал другим. Обладатель звания «Снежный барс» и мастер спорта СССР по альпинизму Сергей Богомолов по-



Фото Н.Наговицыной из её соцсетей

яснил журналистам, что «на горе стали вешать верёвки от подножья до вершины... Шерпы помогают нести груз. Это позволяет поднимать с собой большое количество кислорода. В результате эти услуги расслабили представление человека о трудности на горе».

В мире снежного безмолвия, где воздух разряжен до предела, являются группы считающих, что альпинизм – просто хобби, а не образ жизни. Но суровые горы не прощают ошибок. Восхождение на вершины-титаны всегда огромный риск. Взаимопомощь, чувство команды и изнуряющая из месяца в месяц подготовка не заменят ника-

кие технологии. Как и столетие назад надо надеяться на себя, руки друга и молитву, чтобы страховка не подвела. Природа по-прежнему оказывается в десятки раз сильнее и непредсказуемее всех умных устройств и технических достижений.

В трудный же момент альпинистам приходится делать страшный выбор. Когда возникает риск для жизни уже самих спасателей, а реальных возможностей спасти пострадавшего с большой высоты нет, операцию останавливают. Как говорят альпинисты, гора решила не отдавать пострадавшего или тела покорителей...

Павел АЛЕКСЕЕВ.



**Со сменой социально-экономического строя в государстве закономерно происходят изменения в системе здравоохранения, а именно в её экономике, в организации оказания медицинской помощи, структуре лечебной сети и потребности в кадрах. Интересно, требуются ли какие-то корректировки и донстройки медицинской отрасли, когда страна находится в периоде стабильности? Если «да», то кто должен выступать экспертом, который оценивает необходимость таких изменений и предлагает их механизм?**

**О том, почему организация здравоохранения является не ремеслом, а наукой, мы беседуем с научным руководителем Национального НИИ общественного здоровья им. Н.А.Семашко академиком РАН Рамилом ХАБРИЕВЫМ.**

#### Место в рейтинге

Сам факт, что ещё за год до окончания Великой Отечественной войны было принято решение создать в структуре Академии медицинских наук СССР Институт организации здравоохранения, медицинской статистики и социальной гигиены, говорит о многом. Руководство Советского Союза уже тогда понимало: строительство эффективно работающей медицинской отрасли в стране с огромной территорией, которая представляет собой «лоскутное одеяло» из регионов с разным уровнем экономического и человеческого потенциала, — задача нетривиальная, требующая чётких научных обоснований и алгоритмов.

Шаг за шагом двигаясь в заданном направлении, сотрудники института занимались теорией медицинской статистики, социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением. Теория должна была стать руководством к действию органов управления отраслью.

**— Рамил Усманович, по вашему мнению, есть ещё в здравоохранении проблемы, суть и способы решения которых требуют изучения? Разве за восемьдесят лет не всё объяснено, спрогнозировано и алгоритмизировано?**

— Я считаю, что в современных условиях высочайшей социально-экономической турбулентности исследования общественного здоровья и организации здравоохранения не только не могут утратить значения, но, напротив, должны обрести формы непрерывного мониторинга по максимально возможному количеству параметров. При этом в анализе результатов мониторинга требуется комплексный междисциплинарный подход с привлечением специалистов из многих научных дисциплин.

Нельзя разделять госполитику в сфере организации здравоохранения на компоненты: сегодня мы занимаемся кадровой политикой, завтра — экономикой и технологическим развитием, а послезавтра нацеливаемся на изменение показателей заболеваемости, преждевременной смертности и продолжительности жизни. Все изменения должны проводиться синхронно, с учётом исходных и прогнозных данных по каждому разделу.

Поясню на примерах. В 1978 г. на Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи под патронажем ВОЗ была принята Алма-Атинская декларация. Первичную помощь определили как ключ к достижению цели «Здоровье для всех» по всему миру. На том форуме именно советская система

здравоохранения была признана лучшей, потому что она обеспечивала равную доступность медицинской помощи для всех жителей страны.

Прошло каких-то 20 лет, и приоритеты в отечественной системе здравоохранения, как и в ряде других стран, начали меняться. Теперь чиновники от медицины, а вместе с ними и экономисты задумались уже не об обеспеченности населения врачами и стационарными койками, а о

#### Экспертный уровень

# Тактика верного реагирования

## Учёные дают не умозрительные, а обоснованные рекомендации

развитии высокотехнологичной медицинской помощи. И так увлеклись реализацией этой красивой идеи, что в итоге реально снизилась доступность первичной помощи. Теперь приходится её восстанавливать. Все периоды, когда происходила смена задач, стоящих перед органами управления здравоохранением, совершенно чётко прослеживаются в динамике показателей общественного здоровья и заболеваемости.

Между тем, если в 1978 г. ВОЗ оценивала доступность ПМСП по двум критериям — обеспеченность койками и врачами, то сейчас индекс ВОЗ состоит из 14 критериев оценки. И по этому индексу Российская Федерация к 2017 г. оказалась уже не на первом, а на 154-м месте среди всех стран мира.

**— То есть во второй половине рейтинга, учитывая, что в мире более 200 стран. Интересно, какие-то выводы из этого были сделаны?**

— Конечно, были. Пришло понимание, что явный крен в сторону ВМП в ущерб развитию поликлинической службы и сельской медицины оказался стратегической ошибкой. В 2015–2016 гг. руководство Минздрава России отчитывалось, что мы достигли 80% обеспеченности населения высокотехнологичной медицинской помощью, при этом в поликлинику люди могли попасть с трудом. И эти трудности только усугублялись в последние годы.

Сейчас идёт балансировка, мы видим стремление государства выровнять доступность высокотехнологичной и первичной медпомощи. Но сам по себе урок оказался болезненным и в прямом, и в переносном смысле этого слова.

Когда целевые показатели заболеваемости и общественного здоровья подстраиваются исключительно под экономические вложения в развитие технологий без учёта всех прочих важных факторов, это заканчивается тем, что приходится подгонять действительное под желаемое.

Например, все мы помним, как в 2012-м была утверждена Программа развития здравоохранения РФ до 2020 г. с бюджетом свыше 33 трлн руб. В качестве главных целевых показателей тогда обозначили снижение смертности населения от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Через несколько лет отчитались, что целевые показатели достигнуты, смертность от ССЗ и рака существенно снижена.

междисциплинарного подхода. Только при этом условии можно максимально гармонично и эффективно развивать систему оказания медицинской помощи. В противном случае и цели будут ошибочными, и результаты некорректными.

#### Губернатор – крайний?

Междисциплинарность в оценке параметров общественного здоровья и стратегии развития

распоряжения приобрести то или иное оборудование, расширить или сократить коечный фонд.

На самом же деле губернатор должен понимать, за счёт чего конкретно улучшаются или ухудшаются показатели ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ). Это многокомпонентный показатель, он не достигается только покой медтехники или только строительством двух-трёх новых поликлиник.



Нам с коллегами стало интересно, за счёт чего же произошли такие успехи. Заявленное снижение смертности от болезней сердца и злокачественных новообразований должно было определённым образом коррелировать со снижением общей смертности и ростом продолжительности жизни. Однако ничего подобного в статистике найти не удалось.

**— Мне приходилось слышать от многих экспертов, что «достичь» нужных показателей можно, всего-навсего изменив правила кодирования причин смерти людей. То есть по отчётам всё может быть позитивно-динамично, а в реальности население не становится здоровее.**

— Да, такое возможно. Вот почему на ваш вопрос о том, какие направления исследований в сфере общественного здоровья и здравоохранения должны быть приоритетными сегодня, ответ такой: актуальны все направления, но исключительно в формате

здравоохранения — отныне не просто рекомендация учёных НИИ имени Семашко, а условие работы региональных властей. Правительство России включило удовлетворённость населения системой оказания медицинской помощи в число критериев оценки работы губернаторов. Чтобы показать реальный рост продолжительности жизни населения, главам регионов необходимо обеспечить сочетание доступности базовой медицинской помощи в первичном звене с доступностью ВМП, а также повышение качества диагностики, в том числе, за счёт развития телемедицины.

**— Вы поддерживаете такое решение?**

— Поддерживаю. За годы работы я встречался со многими губернаторами и знаю, как выглядели их усилия по развитию здравоохранения до сих пор. Главы регионов выслушивали доклады министров и, исходя из услышанного, просто давали

**— Чтобы выполнить данное требование, в распоряжении губернаторов должны быть достаточные финансовые ресурсы. Вряд ли можно по одним критериям сравнивать эффективность работы мэра Москвы и главы Республики Тыва, первый из которых регулярно строит «флагманские центры», а второй не может позволить себе ничего подобного. У регионов-доноров и регионов-реципиентов разные стартовые позиции, тут успех зависит не только от того, умеет ли губернатор ставить задачи, но и от того, какие возможности у него есть для их решения. Или я ошибаюсь?**

— Нет, не ошибаетесь. Только кроме финансовых средств в перечне ресурсов много других составляющих: географическое положение субъекта РФ, климат, плотность населения и его возрастной состав, промышленно-экономический потенциал, кадровая обеспеченность системы здравоохранения и так далее. Готов проиллюстрировать на примерах, как это влияет.

Обеспеченность врачами в Чукотском АО — 63 на 10 тыс. населения, в Республике Тыва — 45, тогда как в среднем по России — 37,5. В то же время Чукотский АО, который занимает первое место среди субъектов РФ по обеспеченности врачами и койками, почти на последнем месте по показателю ОПЖ. Противоположная картина в Республике Дагестан: 1-е место по показателю ОПЖ, а по обеспеченности врачами 56-е место, по обеспеченности койками — 76-е.

О чём это говорит? О том, что строить такую политику в сфере охраны здоровья, которая предусматривает исключительно мероприятия по развитию инфраструктуры системы здравоохранения, нельзя. Не спорю, эта составляющая очень важна, в то же время надо оценивать и донстраивать также другие компоненты, влияющие на общественное здоровье и продолжительность жизни населения.



– **Формируя политику в сфере здравоохранения, регионы закладывают показатели ОПЖ абстрактно или их можно рассчитать по формуле? Существуют ли в вашей области науки такие инструменты? И как может субъект РФ анонсировать достижение продолжительности жизни населения 80 лет при том, что в каждом жилом доме есть алкомаркет и магазин для курильщиков? Или здоровый образ жизни не коррелирует с продолжительностью жизни?**

– Конечно, коррелирует! И конечно, формулы для расчёта ОПЖ существуют. Если субъект РФ решит обозначить в своих планах просто некую желаемую продолжительность жизни, то экспертам несложно будет это пересчитать с помощью специальных инструментов. Пересчитать, чтобы оценить реалистичность планов губернатора и дать рекомендации, как эти намерения синхронизировать с имеющимися у региона ресурсами.

### Научное знание

В нашей стране несколько научно-исследовательских, экспертно-методических центров в сфере общественного здоровья и организации здравоохранения. Какие-то из них находятся в структуре Минздрава России, другие подведомственны Минобрнауки, третьи имеют статус негосударственных. Естественно, что в зависимости от принадлежности у каждой из этих организаций свои задачи.

– **Что является продуктом деятельности Института имени Семашко: научные статьи, аналитические справки, готовые управленческие технологии? И кто ещё, кроме Российской академии наук, является потребителем этих продуктов?**

– Главный продукт наших учёных – новое научное знание. В перечне направлений научной работы НИИОЗ им. Н.А.Семашко мониторинг общественного здоровья, то есть оценка состояния здоровья различных социальных групп; комплексный стратегический анализ деятельности системы здравоохранения, включая анализ сети, ресурсов, кадров; оценка системы профилактики и диспансеризации, первичной медико-санитарной помощи; экспертиза федеральных и региональных проектов в области общественного здоровья и здравоохранения.

Государственным заказчиком исследований, проводимых институтом, выступает Минобрнауки России. Для него мы готовим аналитические и методические материалы, практически все рекомендации, разрабатываем технологии. Кроме того, периодически получаем запросы от Совета безопасности РФ.

– **Эту структуру интересуют материалы о деятельности системы здравоохранения?**

– В том числе. Вы верно заметили, что в стране несколько институтов, которые занимаются сходной тематикой. Их разной ведомственной принадлежностью объясняется то, что в отдельных случаях одни и те же факты и цифры могут интерпретироваться по-разному. Государству же нужна объективная информация.

Поскольку наш институт академический, здесь всё как в большой науке: есть фундаментальные исследования, есть прикладные. Как раз сейчас группа учёных, которую я возглавляю, проводит оценку нескольких программ, которые реализуются в сфере здравоохранения субъектов РФ. В нашем пилотном проекте участвуют 11 российских

регионов. По результатам исследования будет дана оценка состояния общественного здоровья в каждом из регионов. И главное – мы предложим не только инструменты для оценки потенциала системы здравоохранения, но и механизм улучшения её работы.

В целом же мы хотим на примере этих регионов разработать цифровую платформу, которая будет сама оценивать потенциал общественного здоровья всех субъектов Федерации, исходя из загруженных данных. Имеются в виду данные не только о заболеваемости, но также об экономическом, экологическом, трудовом, репродуктивном и даже военном ресурсе каждого региона. То есть обо всём, что формирует популяционное здоровье. Планируем завершить эту работу через три года.

– **По вашей оценке, в какой мере и насколько эффективно организаторы здравоохранения от министров до главных врачей руководствуются выводами и предложениями учёных?**

– Степень востребованности результатов научных исследований в сфере общественного здоровья сегодня можно назвать достаточно высокой. А в идеале она должна быть очень высокой. Ведь без знаний о состоянии здоровья общества, возможностей и перспектив его изменения, невозможно планировать развитие ни отдельной медицинской отрасли, ни страны в целом.

### Охота на кадры

Как уже сказано, мнения экспертов по одним и тем же вопросам организации здравоохранения и популяционного здоровья часто не совпадают, что объясняется разницей исходного целеполагания. Так, специалисты одних профильных институтов считают максимально продуктивной стратегию перенаправления потока кадров «с места на место» за счёт установления разного рода единовременных или постоянных выплат. Их оппоненты утверждают, что это не решит задачу, нужно просто значительно и одновременно увеличить заработные платы всех медработников, к тому же желательно выровнять их по регионам.

– **Рамил Усманович, хотелось бы узнать вашу точку зрения на решение конкретной отраслевой задачи – устранение кадрового дефицита.**

– Прежде всего, скажу, что мы с коллегами проводим анализ всех нормативных актов, которые принимаются в сфере кадровой политики в здравоохранении. Они, скажем прямо, не всегда удачные именно потому, что не опираются на научный анализ.

Наша страна по уровню обеспеченности медицинскими кадрами занимает ведущие позиции в мире. Однако неверно было бы оценивать эффективность работы отрасли, исходя исключительно из того, какое у нас число врачей и медсестёр в расчёте на 10 тысяч населения.

Поясню, что имеется в виду. Численное соотношение врачей и среднего медперсонала в лечебных учреждениях стран с государственной системой здравоохранения существенно отличается от стран со страховой медициной. Если у нас это соотношение чуть больше, чем один к одному, то в странах со страховой медициной в среднем один к четырем. То есть на одного врача приходится четыре медсестры, которые при этом выполняют гораздо больше функций, нежели у нас. Так вот, пересмотр функциональных обязанностей

врача и среднего медперсонала – одно из направлений, которым можно было бы заняться, чтобы устранить проблему кадрового дефицита в отрасли.

Далее. Есть федеральные программы «Земский доктор» и «Земский фельдшер». На первый взгляд, хорошая идея. Но она имеет обратную сторону: специалисты уезжают из городов в сельскую местность, и мы получаем кадровый перекос в здравоохранении субъекта Федерации.

Наконец, есть сложности с доездом к месту работы тех выпускников медицинских вузов, которые обучались по целевому направлению. Замысел был неплохим, а исполнение буксует.

– **Действительно ли всё упирается в деньги: чем больше их в отрасль направить, в том числе на зарплату, тем вероятнее, что выстроится очередь из желающих работать?**

– Во-первых, если проанализировать ситуацию внимательно, напрашивается вывод: у нас нет кадрового дефицита, у нас кадровый дисбаланс. И вообще, кто сказал, что норматив обеспеченности врачами, принятый в нашей стране, оптимален? Он избыточен.

Да, как уже сказано, по сравнению со многими странами обеспеченность врачами у нас гораздо выше. При этом показатели здоровья, напротив, хуже. Вновь повторю: списывать все проблемы с популяционным здоровьем на дефицит кадров и пытаться разрешить их только за счёт кадровых перестановок – ошибка.

Во-вторых, прямой зависимости между объёмом финансирования здравоохранения и уровнем популяционного здоровья нет. Конечно, денежные вливания в отрасль необходимы, никто с этим не спорит. Однако, оценивая ситуацию в разных странах, мы видим, что даже в условиях очень высокого уровня финансирования, чем больше доля расходов самого населения на медицинскую помощь, тем хуже заболеваемость.

Так, если сравнить страны А и В, которые имеют одинаковый объём финансирования системы здравоохранения, то в той стране, где расходы населения на медицину существенно меньше доли, которую вносит государство, уровень общественного здоровья выше. Напротив, там, где население само оплачивает 50% и более стоимости всей медицинской помощи, показатели здоровья будут заметно хуже. Потому что в один прекрасный момент человек просто перестаёт покупать и принимать лекарства, так как не может себе этого позволить.

К примеру, упомянутый выше Индекс доступности медицинской помощи ВОЗ у России и Бразилии одинаковый. При этом показатели ожидаемой продолжительности жизни в возрасте 60 лет и старше, а также риск преждевременной смертности от основных неинфекционных заболеваний у нас хуже. Почему? Потому что в России расходы самих граждан на лекарства при амбулаторном лечении составляют 70%, тогда как в Бразилии – меньше 30%.

Сейчас всё чаще звучат предложения депутатов Госдумы расширить перечень хронических заболеваний, при которых пациенты могли бы бесплатно получать лекарства. Имеются в виду не только льготные категории граждан, а вообще все. Хорошо, если эти разговоры не являются всего лишь частью предвыборных обещаний, а будут реализованы.

Беседу вела Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

### Официально

# Новые стандарты

**Министерство здравоохранения Российской Федерации утвердило три стандарта оказания медицинской помощи. Два из них касаются диагностики и лечения взрослого населения – при сотрясении головного мозга (№ 399н от 09.07.25), открытой ране головы (№ 400н от 09.07.2025). В третьем – при очаговой травме головного мозга, – добавлено ещё и диспансерное наблюдение (№ 410н от 09.07.2025).**

В приказе № 399н сказано, что по виду медицинской помощи при сотрясении выделяют: первичную медико-санитарную и специализированную. Оказывать её можно амбулаторно и стационарно, в форме неотложной или плановой. Средняя продолжительность лечения законченного случая составляет 70 дней.

Для диагностики заболевания предусмотрены приёмы невролога, нейрохирурга и травматолога-ортопеда (первичный). В качестве инструментальных методов исследования в документе закреплены: офтальмоскопия; дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с цветным доплеровским картированием кровотока; эхоэнцефалография; электроэнцефалография; рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях; компьютерная томография головного мозга; тональная аудиометрия. Лечение и контроль предусматривают приёмы невролога (первичный и повторный – осмотр, консультация), ежедневные осмотры неврологом, нейрохирургом, травматологом-ортопедом, с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара.

Приказ № 400н предусматривает вид и условия оказания медицинской помощи при открытой ране головы у взрослых такие же, как и при сотрясении. А вот форма только неотложная и средний срок лечения составляет 7 дней.

Для диагностики заболевания осуществляются приёмы (первичные): нейрохирурга, травматолога-ортопеда, хирурга (осмотр, консультация)

Лабораторные методы исследования: общий (клинический) анализ крови.

При лечении заболевания и контроля осуществляются приёмы травматолога-ортопеда (первичный и вторичный – осмотр, консультация), хирурга (первичный и вторичный), ежедневные осмотры нейрохирурга, травматолога-ортопеда, хирурга. Кроме того, отмечается необходимость наблюдения и ухода среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара.

В качестве методов лечения выделены: хирургическая обработка раны или инфицированной ткани, ушивание открытой раны (без кожной пересадки), аутодермопластика, пластика раны местными тканями. Определён и перечень лекарственных препаратов – цефалоспорины первого поколения (цефазолин), пиразолоны (метамизол натрия), анилиды (парацетамол).

В приказе № 410н вид, условия и формы оказания медицинской помощи полностью совпадают с теми, что описаны в приказе № 399н. Средний срок лечения составляет 365 дней.

При диагностике заболевания осуществляются приёмы (первичные – осмотр, консультация) невролога, оториноларинголога, офтальмолога, психиатра, травматолога-ортопеда, хирурга.

В качестве лабораторных методов исследования опреде-

лены: экспресс-определение чувствительности к антибиотикам эндотоксинов в спинномозговой жидкости, коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), анализ крови биохимический общетерапевтический, общие (клинические) анализы крови, мочи и спинномозговой жидкости. Инструментальные – ультразвуковая доплерография транскраниальная артерий методом мониторингирования; ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное); эхоэнцефалография; регистрация электрокардиограммы; рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях; рентгенография шейного отдела позвоночника; спиральная компьютерная томография шеи; рентгенография лёгких; спиральная компьютерная томография лёгких; церебральная ангиография; компьютерная томография головного мозга; компьютерная томография органов брюшной полости; спинномозговая пункция.

При лечении заболевания и контроле осуществляется суточное наблюдение анестезиологом-реаниматологом, приёмы (осмотр, консультация) офтальмолога (первичный и повторный), психиатра (повторный), диспансерный приём (осмотр, консультация) невролога, ежедневный осмотр нейрохирургом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара.

В качестве лабораторных методов исследования определены: коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), общий (клинический) анализ спинномозговой жидкости. Инструментальных – электроэнцефалография, магнитно-резонансная томография головного мозга, компьютерная томография головного мозга, спинномозговая пункция.

Методы лечения: постановка временной трахеостомы, формирование трепанационных отверстий в костях черепа, декомпрессивная трепанация, удаление гематом больших полушарий головного мозга, мозжечка, глубоких структур головного мозга, удаление эпидуральной гематомы головного мозга, трепанация черепа, удаление субдуральной гематомы, установка субдурального или желудочкового датчика внутричерепного давления, люмбальный дренаж наружный, установка вентрикулярного дренажа наружного, удаление контузионного очага головного мозга.

Для немедикаментозных методов профилактики, лечения и медицинской реабилитации отмечены интубация трахеи, гипербарическая оксигенация при заболеваниях центральной нервной системы, постуральная коррекция.

В перечне лекарственных препаратов для медицинского применения значатся растворы с осмодиуретическим действием (маннитол), адренергические и дофаминергические средства (допамин, норэпинефрин, фенилэфрин, эпинефрин), барбитураты (тиопентал натрия).

Лечебное питание во всех трёх приказах предусмотрено как основной вариант стандартной диеты.

Подготовил Юрий ГЛИНКИН.



## Здоровая жизнь

## Вылечить чашечки

В Клиниках Самарского государственного медицинского университета разработали и запатентовали способ лечения детей с рецидивирующим вывихом надколенника (коленной чашечки). Новый способ менее травматичен для маленьких пациентов и позволяет избежать рисков осложнений.

Рецидивирующий вывих надколенника у детей – это патологическое состояние, при котором коленная чашечка периодически смещается со своего анатомического положения. Сложность лечения патологии в том, что к его возникновению приводит большое количество факторов, и зачастую у каждого ребёнка их комбинация своя. Поэтому врачи должны выявить каждый из них и индивидуально подобрать способ оперативного вмешательства.

«На данный момент не существует одной конкретной операции для каждого ребёнка, – рассказала аспирант кафедры травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии им. А.Ф.Краснова СамГМУ, врач-стажёр детского травматолого-ортопедического отделения Клиник СамГМУ Дарья Седенкова. – Необходимо подбирать индивидуальный план лечения. Во время оперативного вмешательства мы учитываем анатомические особенности коленного сустава у конкретного ребёнка и исходя из этого выбираем степень коррекции положения надколенника».

Разработанный в Клиниках СамГМУ способ лечения заключается в минимально травматичном переносе



се части связки надколенника через костный канал. С помощью него можно проводить операции детям, у которых открыты зоны роста на костях. Таким пациентам нельзя выполнять сложные реконструкции, так как есть опасность получить осложнения. Новый способ позволяет избежать этих рисков.

«Есть очень много методов лечения, но они подходят только для взрослых, – говорит заведующий детским травматолого-ортопедическим отделением Клиник СамГМУ Андрей Шмельков. – Многие манипуляции проводятся вокруг коленного сустава, где у ребёнка есть ростковая зона, которую мы можем повредить. Наш метод создан для того, чтобы с его помощью добиться исхода операции, как у взрослого пациента, и при этом избежать возможных осложнений».

Как пояснила Д.Седенкова, заболевание возникает по множеству причин.

«Основные из них – врождённые патологические особенности строения коленного сустава, слабость медиальной удерживающей связки, синдромы, вызывающие дисбаланс структур коленного сустава (например, гипермобильность при синдроме Элерса-Данлоса, спастичность при ДЦП), мышечный дисбаланс. Рецидивирующий вывих надколенника – довольно распространённая патология, мы выявляем около 25-35 пациентов в год, в основном, это подростки 10-16 лет».

В Клиниках СамГМУ уже внедрились новый способ в клиническую практику.

Иван ЗАЙЦЕВ.

Самара.

## Профсоюз – врачу

## Точка опоры — наставничество



В министерстве здравоохранения ЛНР прошла встреча с заместителем председателя Профсоюзного союза работников здравоохранения РФ Владимиром Беспяткиным и председателем Луганской республиканской организации Профсоюзного союза работников здравоохранения РФ Яной Строкач.

Как сообщила журналистам министр здравоохранения ЛНР Наталия Пашенко, в ходе беседы были рассмотрены важнейшие вопросы, напрямую влияющие на качество жизни и профессиональную деятельность медицинских работников: условия труда, повышение оплаты,

развитие социального партнёрства и дальнейшее развитие системы здравоохранения в республике.

Особое значение уделено теме наставничества. В связи с этим Владимир Беспяткин подчеркнул:

– Наставничество играет определяющую роль в подготовке квал-

лифицированных специалистов. Мы должны создать все условия для того, чтобы молодые кадры могли получать знания и опыт от более опытных коллег. Это не только повысит качество медицинской помощи, но и укрепит командный дух в учреждениях. Полностью разделяю это мнение – именно через передачу опыта мы воспитываем новое поколение высококлассных специалистов.

– Основываясь на принципах социального партнёрства, мы должны работать вместе, чтобы создать комфортные условия для наших медработников. Это включает в себя не только достойную оплату труда, но и поддержку их профессионального роста. Здоровье нации зависит от здоровья медицинских работников. Уверена, что совместными усилиями профсоюза и министерства мы сможем достичь поставленных целей, – сказала Я.Строкач.

По итогам встречи намечены конкретные мероприятия для улучшения системы здравоохранения ЛНР и дальнейшего плодотворного сотрудничества минздрава ЛНР и профсоюза.

Владимир ЛАТОНОВ.

Луганская Народная Республика.

## Акценты

## «Счастливая семья» у родильного дома

Скульптурная группа «Счастливая семья» появилась на площадке перед родильным домом Верхнепышминской центральной городской клинической больницы. Главные герои композиции, автором которой стал уральский скульптор-монументалист Александр Кокотеев, – супружеская пара, двое подросших детей и новорождённый малыш на руках у мамы.

«Идея создания такой скульптурной группы в сердце «медной» столицы Урала зародилась в 2024-м, который был объявлен Годом семьи. Уверен, что эта композиция станет не только ещё одним украшением Верхней Пышмы, но и знаковым местом для новобрачных, источником вдохновения для будущих родителей, которые придут к нам в роддом за пополнением», – рассказал главный врач Верхнепышминской ЦГКБ Вячеслав Денисов.

есть энергетика и чувственность, я доволен результатом», – отметил А.Кокотеев.

Открытие нового художественного произведения приурочено к первому юбилею самого нового роддома Свердловской области, которому в 2025 г. исполняется 5 лет. Здесь 86 квалифицированных сотрудников помогают обрести счастье материнства жительницам Верхней Пышмы, Екатеринбурга, Невьянска, Новоуральска, Берёзовского, Верхнего Тагила и других населённых пунктов. В коллективе работают 5 неонатологов, 4 анестезиолога-реаниматолога и 12 акушеров-гинекологов.

«Рождение ребёнка – самое великое чудо, которое дано увидеть и пережить человеку. Мы ждём в стенах этого комфортного, современного, просторного роддома всех будущих родителей, для которых регулярно проводим полезные занятия по подготовке к родам, рассказываем о ценности грудного вскармливания для малышей, под-



Скульптурная группа, работа над которой длилась 8 месяцев, выполнена из бронзы, её высота вместе с постаментом составляет 3 метра, ширина – 2,3 метра, вес – 4 тонны. Изготовленную литейным домом «Дубровин» конструкцию смонтировали всего за два часа.

«У меня давно сложилось мнение, что российской семье нужно иметь троих детей. И когда я впервые услышал из уст Президента Владимира Путина аналогичное мнение, родилась мысль о такой скульптурной композиции. Всё сложилось, эскизы понравились. В скульптуре

держиваем отцов, готовых стать партнёром супруги в момент появления на свет их сына или дочери. Пусть эта замечательная скульптурная композиция служит наглядным символом единства родителей, которые совместно, в любви и гармонии, воспитывают детей, а также напомним о преимуществах многодетности», – сказала заместитель главного врача Верхнепышминской ЦГКБ по акушерско-гинекологической помощи Лариса Кадочникова.

Алёна ЛЬВОВА.

Верхняя Пышма.

## Проекты

## Портативные ИВЛ

«Ростех» планирует осенью начать серийный выпуск новейших аппаратов. Разработка концерна «Радиоэлектронные технологии» может использоваться в кабинетах МРТ, заменит иностранные аналоги. Версия «Мобивент Арм-М» является уникальной для российского рынка.

В 2024 г. аппарат «Мобивент Арм» получил престижную премию «Лучший промышленный дизайн России» за превосходную эргономику и современный внешний вид. В текущем году он получил регистрационное удостоверение Росздравнадзора.

«Его маленький размер не должен был стать ограничением для его

функциональности. Об этом мы и заботились, когда его разрабатывали. И стремились, чтобы дизайн отражал его класс, использование, среду, в которой он находится, был достаточно удобен и функционален в первую очередь для основного пользователя этого аппарата – врача», – отметила дизайнер Анна Лычагина.

Новый аппарат подходит как для взрослых, так и для детей. Он обеспечивает управляемую и вспомогательную искусственную вентиляцию.

Модификация «Мобивент Арм-Т» может применяться в машинах скорой помощи, отделениях реанимации и операционных. Модель «Мобивент Арм-М», помимо перечисленного, совместима с МРТ-диагностикой.

Александр СМОЛЯКОВ.



## КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 24 (2474)

**Определение.** Острые респираторные вирусные инфекции» (ОРВИ) – группа инфекционных болезней вирусной этиологии, передающихся воздушно-капельным путём и протекающих с преимущественным поражением верхних, реже – нижних дыхательных путей с локализацией в них возбудителя.

Клинические рекомендации по некоторым специфическим возбудителям ОРВИ (например, вирусам гриппа типа А и В, новой коронавирусной инфекции – SARS-CoV-2) изложены в отдельных документах и в настоящих рекомендациях не рассматриваются.

**Этиология и патогенез.** Наиболее часто встречаемыми возбудителями ОРВИ являются респираторно-синциальный вирус (RSV) Аи В, респираторный энтеровирус (EV), риновирус (RV), аденовирус (ADV), метапневмовирус человека (hMPV), вирус парагриппа (PIV) с 1 по 4 и сезонные коронавирусы (CoV-NL63, OC43, HKU-1 и 229E). Респираторные вирусы – в основном относятся к РНК содержащим. Заболевания, вызываемые вышеуказанными возбудителями, объединяет общность механизмов и путей передачи, стадий патогенеза, а также клинических проявлений.

**Основные стадии патогенеза:**

- адгезия и внедрение в клетки эпителия дыхательных путей, и его репродукция;
- развитие интоксикационного синдрома и токсико-аллергических реакций;
- развитие воспалительного процесса в различных отделах дыхательных путей;
- формирование иммунитета;
- элиминация возбудителя;
- выздоровление.

Характер течения инфекционного процесса определяется сложной системой защитно-приспособительных реакций макроорганизма, направленных на ограничение репродукции вирусов и их элиминацию.

Слизистая оболочка верхних дыхательных путей служит входными воротами, а эпителий – первым барьером на пути проникновения в организм человека вирусов. Слой слизи эффективно защищает, а мукоцилиарный клиренс удаляет вирусные частицы из эпителия дыхательных путей.

На начальном этапе развития инфекции ведущую роль играют факторы неспецифической защиты – интерфероны, секреторные антитела IgA и фагоцитоз, в процессе выздоровления – специфический и гуморальный иммунитет. IgA препятствует адгезии патогенов к поверхности эпителиальных клеток, опосредуя разрушение и элиминацию вирусов. При несостоятельности местных факторов защиты вирусы поражают в первую очередь клетки цилиндрического эпителия дыхательных путей с дальнейшим развитием следующих этапов патогенеза.

Поражение респираторными вирусами клеток-мишеней приводит к их разрушению, фагоцитозу макрофагами, инфильтрации эпителиального слоя мононуклеарными клетками – продуцентами эндогенных противовоспалительных цитокинов (интерлейкины, фактор некроза опухоли-альфа, интерфероны и др.), а также лейкотриенов, ферментов, кислородных радикалов и др. Формируется как местное воспаление, так и синдром интоксикации.

Далее происходит цитолиз инфицированных эпителиоцитов, который осуществляется за счёт действия антигенспецифических цитотоксических лимфоцитов, натуральных киллеров и специфических антител IgM. Это приводит к разрушению поражённых клеток и выходу из них продуктов клеточного распада. Эндогенные биологически активные вещества и продукты клеточного распада проникают в кровь, что также способствует развитию синдрома интоксикации.

Местные воспалительные изменения и интоксикация выражены в разной степени в зависимости от конкретного этиологического агента.

Цитотоксическое действие лимфоцитов, макрофагов и специфических антител приводит к элиминации возбудителя с формированием специфического гуморального и клеточного иммунитета. В слизистых оболочках поражённых отделов респираторного тракта параллельно идут репаративные процессы, нормализуется местный гомеостаз.

Возможно увеличение регионарных лимфоузлов, а также системная реакция – вовлечение в патологический процесс органов системы мононуклеарных фагоцитов – увеличение печени и селезёнки (при аденовирусной инфекции). Отмечается развитие аллергических реакции организма с формированием токсико-аллергических реакций в виде экзантемы.

**Общие патоморфологические изменения при ОРВИ:**

- цитоплазматическая и внутриядерная деструкция эпителиальных клеток;
- нарушение функциональной активности и целостности ресничек и, следовательно, мукоцилиарного клиренса, который также является местным защитным фактором;
- в ряде случаев дистрофические изменения эпителия и возможное появление серозного или серозно-геморрагического экссудата в просвете альвеол.

В течение и после перенесенной ОРВИ происходит истощение местного и общего иммунитета, формируется иммуносупрессия, и ослабленный организм становится

уязвимым для других патогенов – вирусов и бактерий.

**Эпидемиология.** ОРВИ занимают значительную долю (90-95%) в общей структуре заболеваемости населения инфекционными болезнями. В Российской Федерации (РФ) число ежегодно болеющих достигает более 30 млн. человек. В среднем взрослые переносят от 2 до 4 эпизодов повторных ОРВИ ежегодно. Тяжёлое течение и летальные исходы наблюдаются при различных ОРВИ, в большей степени в исходе ADV, PIVи RSV-инфекций), протекавших как в виде моно-, так и микст-инфекции. С ОРВИ сопряжено 30-50% случаев внебольничных пневмоний. Подъём сезонной заболеваемости приходится на период с сентября по май. ОРВИ относятся к аэрогенным антропонозам. Источник – больные с клинически выраженными, стертыми формами болезни, а также в продромальный период. Основной механизм передачи – аэрозольный, в ряде случаев вероятны контактно-бытовой и фекально-оральный.

**Клиническая картина.** Инкубационный период при ОРВИ составляет от 1 до 14 суток (при наиболее распространённых вирусах – от 1 до 5 дней).

Заболевание, как правило, начинается постепенно с появления синдрома умеренной интоксикации (повышения температуры тела до субфебрильных или фебрильных цифр, общей слабости, головной боли, боли в мышцах и суставах), а также катарального (катарально-респираторного) синдрома – появление першения в горле, кашля, насморка, в некоторых случаях конъюнктивита. Возможно развитие лимфопролиферативного синдрома, который проявляется лимфоаденопатией, реже развивается гепатомегалия (аденовирусная инфекция).

При всем сходстве клинической картины различные возбудители имеют разный тропизм к отделам респираторного тракта, что определяет особенности симптоматики.

Осложнения при острых респираторных вирусных инфекциях подразделяются на специфические и вторичные, вызванные активизацией вторичной микрофлоры.

Специфические осложнения: менингизм, острая дыхательная недостаточность, энцефалопатия, инфекционно-токсический шок – острая сосудистая недостаточность, респираторный дистресс-синдром взрослых, острая сердечно-сосудистая недостаточность, миокардит, тромбоэмболия.

Осложнения, вызванные активацией вторичной бактериальной микрофлоры: острый синусит, острый отит, острый бронхит, обострение хронических бронхолегочных заболеваний, пневмония.

**Диагностика заболевания**

**Критерии установления диагноза**

Диагностика ОРВИ у взрослых проводится на основании жалоб, данных анамнеза, клинического осмотра, лабораторных, инструментальных и специальных методов обследования и направлена на определение нозологии и клинической формы, тяжести состояния, выявление осложнений и показаний к терапии.

**Жалобы и анамнез.** Рекомендуется у всех пациентов обратить внимание на общее недомогание, повышение температуры тела, утомляемость, слабость, снижение аппетита,

головные боли, боли в горле, затруднение носового дыхания, насморк (ринорея), осиплость голоса, кашель (сухой и влажный), увеличение лимфоузлов, боли в животе, появление одышки, затруднение вдоха, рвоту, судороги и потерю сознания. УУР С (УДД – 5).

Рекомендуется всем пациентам при сборе анамнеза определить длительность заболевания, а также факторы, которые препятствуют немедленному началу лечения или требуют коррекции лечения в зависимости от сопутствующих заболеваний для определения тактики терапии. УУР С (УДД – 5).

**Комментарии:** такими факторами могут быть наличие непереносимости лекарственных препаратов; неадекватное психоэмоциональное состояние пациента перед лечением; угрожающие жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания, требующее привлечения врача – специалиста по профилю; отказ от лечения.

Рекомендуется у всех пациентов обратить внимание на сведения эпидемиологического анамнеза о пребывании в очаге (контакте с больным ОРВИ в период, соответствующий инкубационному) для установления источ-

ника инфекции и путей передачи. УУР С (УДД – 5).

Рекомендовано обратить внимание на наличие эпидемического подъёма заболеваемости ОРВИ для клинической диагностики заболевания. УУР С (УДД – 5).

Рекомендовано обратить внимание на контакты с больными ОРВИ, наличие вспышек ОРВИ в организованных коллективах в эпидсезон для клинической диагностики заболевания. УУР С (УДД – 5).

Рекомендуется обратить внимание на наличие вакцинации от гриппа у пациента для выявления риска развития данного заболевания. УУР С (УДД – 5).

Рекомендуется обратить внимание на наличие сопутствующих хронических заболеваний лёгких, сердечно-сосудистой системы, нарушения обмена веществ, хроническую болезнь почек, печени, неврологические состояния, гемоглобинопатии, иммунодефициты (ВИЧ-инфекция, приём иммуносупрессорных медикаментов и т.п.), злокачественные новообразования; или иных состояний: возраст старше 65 лет, – беременность для выявления факторов риска развития тяжёлого и осложнённого течения заболевания. УУР С (УДД – 5).

**Физикальное обследование.** Рекомендовано у всех пациентов начать с общего осмотра с оценкой состояния кожных покровов и видимых слизистых оболочек: цвет (гиперемия, бледность, цианоз), влажность, отечность, инъекция сосудов склер, конъюнктивит, оценить носовое дыхание, проявления ринита, провести осмотр ротоглотки с целью выявления гиперемии небных дужек и/или задней стенки ротоглотки, миндалин, рыхлости и зернистости слизистой задней стенки, наличие слизистого налёта, увеличения лимфоидных фолликулов на задней стенке глотки, реже миндалин для диагностики степени тяжести и характера течения заболевания. УУР С (УДД – 5).

**Комментарии:** выявление катаральных симптомов обязательно на начальном этапе диагностики ОРВИ. Однако вышеуказанные симптомы могут быть также проявлением некоторых бактериальных инфекций, в частности стрептококкового или менингококкового назофарингита.

Рекомендован всем пациентам общий осмотр и пальпация лимфоузлов головы и шеи для выявления увеличения, болезненности. УУР С (УДД – 5).

Рекомендованы физикальные методы исследования лёгких всем пациентам для диагностики степени тяжести и характера течения заболевания:

- пальпация грудной клетки – оценка подвижности грудной клетки и голосового дрожания;
- перкуссия лёгких – выявление возможного изменения перкуторного звука, оценка экскурсии грудной клетки;
- аускультация лёгких – оценка частоты дыхательных движений, выявление патологических дыхательных шумов, оценка проводимости дыхания в различные отделы лёгких, выявление сухих и влажных хрипов, крепитации (при возникновении осложнения в виде пневмонии). УУР С (УДД – 5).

Рекомендованы физикальные методы исследования сердца: измерение пульса и артериального давления, аускультация (вы-

явление тахикардии, сердечных шумов и др.) для определения степени тяжести заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний. УУР С (УДД – 5).

**Лабораторные диагностические исследования**

**Неспецифическая лабораторная диагностика**

Рекомендовано всем пациентам выполнение общего (клинического) анализа крови с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы для комплексной оценки степени тяжести болезни, своевременного выявления осложнений и неотложных состояний, исключения осложнений, вызванных бактериальной флорой пациентам с симптомами ОРВИ. УУР С (УДД – 5).

**Комментарии:** при вирусных инфекциях в клиническом анализе крови характерны лейкопения или нормоцитоз, лимфоцитоз и моноцитоз.

Рекомендовано всем пациентам выполнение общего (клинического) анализа мочи для выявления наличия почечной дисфункции, декомпенсации сопутствующих заболеваний

для исключения инфекции мочевыводящих путей, нефропатии. УУР С (УДД – 5).

**Комментарии:** при неосложнённом течении ОРВИ патологических изменений нет; при выраженной лихорадке, интоксикационном синдроме – увеличение плотности мочи, невыраженные лейкоцитурия, протеинурия, цилиндурия, носящие транзиторный характер, исчезают при нормализации температуры тела и купировании проявлений общей инфекционной интоксикации.

Рекомендуется провести анализ крови биохимический общетерапевтический с определением активности аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, амилазы, исследованием уровня мочевины, исследованием электролитного состава крови (натрий, калий, общий кальций, общий магний, неорганический фосфор, хлориды) пациентам при средне-тяжёлой и тяжёлой форме для выявления наличия и степени нарушения функции внутренних органов, осложнений и сопутствующих заболевании. УУР С (УДД – 5).

**Специфическая лабораторная диагностика.** Рекомендовано пациентам с симптомами респираторной инфекции использование экспресс-методов диагностики для идентификации возбудителя ОРВИ с целью своевременного назначения этиотропной терапии. УУР С (УДД – 5).

**Комментарии:** использование экспресс-метода иммунохроматографии (ИХА) на наличие антигенов вирусов гриппа А и В, респираторно-синциального вируса, аденовируса и коронавируса SARS-CoV-2 в мазках со слизистой оболочки носоглотки больным, обратившимся за медицинской помощью, не позднее 2 суток с момента появления симптомов.

Рекомендовано пациентам с симптомами респираторной инфекции проведение этиологической лабораторной диагностики методами амплификации нуклеиновых кислот (ПЦР, LAMP и др.) на наличие нуклеиновых кислот возбудителей ОРВИ, гриппа и SARS-CoV-2 в мазках со слизистой оболочки носоглотки и ротоглотки для идентификации возбудителя ОРВИ. УУР С (УДД – 5).

**Комментарии:** молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки и ротоглотки на коронавирус SARS-CoV-2, молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки на вирус гриппа (Influenzavirus), определение РНК вируса гриппа А (Influenzavirus A) и вируса гриппа В (Influenzavirus B) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР, определение РНК вирусов парагриппа (Human Parainfluenzavirus), риновирусов (Human Rhinovirus), респираторно-синциального вируса (Human Respiratory Syncytialvirus), метапневмовируса (Human Metapneumovirus) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР, определение РНК риновирусов (Human Rhinovirus) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР, определение ДНК аденовируса (Human Adenovirus) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР, молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки ротоглотки на коронавирусы 229E, OC43, NL63, HKUI (Human Coronaviruses), бокавирус (Human Bocavirus) – определение вирусов, наиболее часто вызывающих инфекции верхних

(Продолжение на стр. 8-9.)



(Продолжение. Начало на стр. 7.)

и нижних дыхательных путей для дифференциальной диагностики, с целью назначения этиотропной терапии для своевременной профилактики развития тяжёлого течения болезни и осложнений. При подозрении на заболевание нижних дыхательных путей проводится исследование мокроты, аспиратов из трахеи или зева, жидкости бронхоальвеолярного лаважа. Это наиболее эффективный метод, который позволяет обнаружить нуклеиновые кислоты вирусов в среднем до 7 дней, и максимум – до 2 недель от начала заболевания (при условии сохранения признаков поражения верхних дыхательных путей). Результаты получают в течение 4-6 часов после предоставления образца.

Рекомендовано обследование пациентов с симптомами тонзиллита и пневмонии проводить согласно утверждённым клиническим рекомендациям по данным нозологическим формам. УУР С (УДД – 5).

**Инструментальные диагностические исследования**

Рекомендовано выполнение пульсоксиметрии с измерением SpO<sub>2</sub> пациентам с ОРВИ для ранней диагностики дыхательной недостаточности.

**Комментарии:** пульсоксиметрия является простым и надёжным скрининговым методом, позволяющим выявлять пациентов с гипоксемией, нуждающихся в респираторной поддержке, и оценивать её эффективность. УУР С (УДД – 5).

Рекомендовано выполнение прицельной рентгенографии органов грудной клетки или спиральной компьютерной томографии лёгких всем пациентам с явлениями бронхита при длительности болезни более 3-5 дней (для исключения очаговой пневмонии) и наличии физикальных признаков поражения лёгочной ткани (верификация пневмонии). УУР С (УДД – 5).

Рекомендуется рентгенография или спиральная компьютерная томография придаточных пазух носа пациентам с затруднением носового дыхания в течение более чем 3-5 дней болезни при подозрении на синусит, вызванный присоединением бактериальной флоры для своевременной консультации отоларинголога и оказания специализированной помощи. УУР С (УДД – 5).

**Комментарии:** согласно наблюдениям, данное осложнение наблюдается в 0,5-2% случаев ОРВИ у взрослых. При этом наличие патологических изменений придаточных пазух носа не всегда является подтверждением развития их бактериального поражения.

Рекомендована регистрация электрокардиограммы пациентам со среднетяжёлым и тяжёлым течением ОРВИ (особенно лицам пожилого и старческого возраста) для оценки сердечной деятельности, диагностики нарушений ритма сердца на фоне интоксикационного синдрома. УУР С (УДД – 5).

**Иные диагностические исследования**

Рекомендуется консультация смежных специалистов пациентам в случаях подозрения на осложнение: отоларинголога (при наличии синусита, отита), невролога (при развитии энцефалопатии), пульмонолога (при наличии признаков пневмонии), гематолога (при выраженных гематологических изменениях и геморрагическом синдроме), кардиолога (при присоединении симптомов миокардита, острой сердечно-сосудистой недостаточности), акушера-гинеколога (при развитии ОРВИ на фоне беременности) для определения дальнейшей тактики ведения. УУР С (УДД – 5).

Рекомендуется консультация анестезиолога-реаниматолога пациентам с наличием быстропрогрессирующей ОДН (ЧД > 25 в мин, SpO<sub>2</sub> < 92%, а также другой органной недостаточностью (2 и более балла по шкале SOFA) для перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). УУР С (УДД – 5).

**Дифференциальная диагностика**

Необходимо проводить дифференциальный диагноз респираторной вирусной и ОРЗ бактериальной этиологии, в т.ч. вирусной и бактериальной пневмонии.

**Лечение.** Принципы лечения больных с ОРВИ предусматривают решение следующих задач:

- подавление репликации вирусов на ранних сроках болезни (противовирусная терапия);
- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса, обусловленного заболеванием, достижение полного и стойкого выздоровления;
- профилактика развития возможных осложнений заболевания.

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы: период заболевания; тяжесть заболевания; клиническая форма заболевания; ведущие клинические проявления и особенности течения заболевания с учётом признаков иммунодефицита (хронический алкоголизм, истощение, тяжёлая сопутствующая патология, пожилой возраст); возраст больного; наличие и характер осложнений; доступность и возможность выполнения лечения в соответствии с необходимым видом оказания медицинской помощи.

# Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у взрослых

Информация, касающаяся доз, показаний к применению и способов применения лекарственных средств, содержащаяся в данных рекомендациях, может отличаться от информации, указанной в инструкции по медицинскому применению (ИМП). Для получения полной информации о применении того или иного ЛС следует ознакомиться с ИМП.

Персональная ответственность за интерпретацию и использование настоящих рекомендаций лежит на лечащем враче.

**Консервативное лечение**

**Этиотропная (противовирусная терапия)**

Рекомендовано назначение пациентам с симптомами ОРВИ противовирусных препаратов не позднее 48 часов после начала болезни для прекращения репликации вирусов: первой линией являются препараты с прямым противовирусным действием, второй – иммуномодулирующие препараты с опосредованным противовирусным действием (L03AB – интерфероны, L03AX – другие иммуностимуляторы, A13A-общетонизирующие препараты). УУР В (УДД – 3).

**Комментарии:** назначается в зависимости от этиологии. Ранее назначение противовирусных препаратов при ОРВИ с целью подавления репликации вирусов является профилактикой развития тяжёлого течения заболевания и риска развития осложнений. Целесообразность назначения противовирусных препаратов определяется врачом индивидуально для каждого пациента. Схемы назначения и дозы подробно указаны в разделе «лечение» клинических рекомендаций: «Грипп у взрослых» и временных методических рекомендаций «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», 18-я версия.

Рекомендовано пациентам с симптомами ОРВИ назначение препаратов с прямым противовирусным действием как препаратов первой линии: риамилловир. УУР С (УДД – 1).

**Комментарии:** риамилловир обладает широким спектром противовирусной активности в отношении РНК-содержащих вирусов благодаря подавлению синтеза вирусных РНК и репликации геномных фрагментов. Активное вещество является синтетическим аналогом оснований пуриновых нуклеозидов (гуанина). Лечение необходимо начать не позднее 2-го дня от появления клинических симптомов болезни: внутрь независимо от приема пищи по 1 капсуле (250 мг) 3 раза в день (суточная доза – 750 мг) в течение 5 дней.

– умифеновир. УУР С (УДД – 3).

**Комментарии:** умифеновир специфически подавляет *in vitro* вирусы гриппа А и В (Influenzavirus A, B), включая высокопатогенные подтипы A(H1N1) pdm09 и A(H5N1), а также другие вирусы ОРВИ (коронавирус (Coronavirus), ассоциированный с тяжёлым острым респираторным синдромом (ТОРС), риновирус (Rhinovirus), аденовирус (Adenovirus), респираторно-синциальный вирус (Pneumovirus) и вирус парагриппа (Paramyxovirus). В исследованиях *in vitro* специфически подавляет вирус SARS-CoV-2, вызывающий новую коронавирусную инфекцию (COVID-19). Рекомендованная схема назначения препарата в разовой дозе (200 мг) 4 раза в сутки (каждые 6 часов) в течение 5 суток.

Противопоказан при гиперчувствительности к компонентам препарата, в первом триместре беременности. Возможно применение умифеновира при ОРВИ до получения лабораторного подтверждения диагноза при подозрении на COVID-19, согласно временным методическим рекомендациям «Лекарственная терапия острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) в амбулаторной практике в период эпидемии COVID-19» (версия 2). После подтверждения диагноза лечение проводится в соответствии с настоящими клиническими рекомендациями по лечению ОРВИ или временными методическими рекомендациями по лечению COVID-19, согласно которым умифеновир применяется для лечения лёгких форм COVID-19 (200 мг 4 р/сут в течение 5-7 дней). – энисамия йодид. УУР С (УДД – 2).

**Комментарии:** подавляет действие вирусов гриппа и других возбудителей ОРВИ за счёт непосредственного (ингибирующего) влияния на процесс проникновения вирусов через клеточную мембрану. Обладает интерферогенными свойствами, способствует повышению концентрации эндогенного интерферона (интерферона альфа и интерферона гамма) в плазме крови в 3-4 раза.

Рекомендованная схема назначения препарата по 500 мг 3 раза в сутки перорально, курс 5-7 дней. Противопоказан при повышенной чувствительности к компонентам препарата,

дефиците лактазы, непереносимости лактозы, глюкозно-галактозной мальабсорбции, дефиците сахаразы/изомальтазы, непереносимости фруктозы, беременности и периоде грудного вскармливания, аллергических реакциях в анамнезе, тяжёлых органических поражениях печени и почек.

Рекомендовано использование иммуномодулирующих препаратов с опосредованным противовирусным действием пациентам с симптомами ОРВИ как препаратов второй линии.

– имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты. УУР С (УДД – 5).

**Комментарии:** механизм действия имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты реализуется на уровне инфицированных клеток за счёт стимуляции факторов врождённого иммунитета, подавляемых вирусными белками. Препарат усиливает экспрессию интерфероновых рецепторов на клеточной мембране. Вызывает повышение уровня интерферона в крови до физиологической нормы, обладает противовоспалительной активностью.

Рекомендованная схема применения по 90 мг один раз в день вне зависимости от приёма пищи, длительность лечения 5-7 дней в зависимости от тяжести состояния. Желательно начать приём препарата не позднее двух суток с момента начала заболевания. Противопоказан при гиперчувствительности к компонентам препарата, беременности, в периоде лактации, дефиците лактазы, непереносимости лактозы, глюкозно-галактозной мальабсорбции.

– меглюмина акридонацетат. УУР В (УДД – 1).

**Комментарии:** является индуктором интерферона, что определяет широкий спектр его биологической активности (противовирусной, иммуномодулирующей, противовоспалительной и др.). Эффективен в отношении вируса гриппа и других возбудителей острых респираторных заболеваний. Обладает прямым противовирусным действием, подавляя репродукцию вируса на ранних сроках (1-5-е сутки) инфекционного процесса, снижая инфекционность вирусного потомства, приводя к образованию дефектных вирусных частиц. Повышает неспецифическую резистентность организма в отношении вирусных и бактериальных инфекций. Рекомендованная схема применения для лечения ОРВИ по 4 таблетки однократно на 1, 2, 4, 6, 8 сутки (20 таблеток). Противопоказан при повышенной чувствительности к компонентам препарата, беременности, в периоде лактации.

– оксиэтиламмония метилфеноксиацетат. УУР С (УДД – 5).

**Комментарии:** обладает иммуномодулирующим, противовирусным и адаптогенным эффектом. Индуктор интерферонов. Стимулирует образование в организме интерферонов (альфа, гамма), оказывает прямое стимулирующее влияние на пролиферацию В-лимфоцитов и усиление продукции лимфокинов и монокинов, стимулирует фагоцитарную активность макрофагов, активизирует синтез иммуноглобулина А (IgA). Адаптогенный эффект связан с оптимизацией энергопродукции и энерготрат, усилением синтеза РНК и белков в основных органах и системах организма, повышает выносливость при физических и умственных нагрузках, уменьшает действие различных токсинов, повышает устойчивость организма к гипоксии, низким и высоким температурам и другим неблагоприятным факторам окружающей среды. Не входит в перечень ЛС, рекомендуемых международными клиническими рекомендациями по лечению и профилактике гриппа. Применяется перорально: для лечения в первый день по 200 мг 3 раза в сутки, в последующие 7 дней по 200 мг 1 раз в сутки (курсовая доза 2000 мг); для профилактики: по 200 мг в сутки (курсовая доза 2800 мг). Противопоказан при гиперчувствительности к компонентам препарата, беременности, в периоде лактации, детском возрасте до 12 лет, при наследственной непереносимости лактозы, недостаточности лактазы или нарушении всасывания глюкозы и галактозы.

– азоксимера бромид. УУР С (УДД – 5).

**Комментарии:** обладает выраженной иммуномодулирующей активностью (приводит к усилению пролиферации Т-клеток, а также к стимуляции созревания дендритных клеток с экспрессией ко-стимулирующих молекул и повышением продукции антител, обеспечивает активацию продукции цитокинов, усиливает продукцию интерлейкинов, интерферона альфа, усиливает показатели цитотоксичности NK-клеток), оказывает неспецифическое защитное действие в отношении широкого спектра патогенов, основанное на регуляции иммунитета макроорганизма. Кроме того,

препарат проявляет антиоксидантное и антиоксидантное свойства.

Таблетки: по 1 таблетке сублингвально 2 раза в день в течение 7 дней.

Раствор: парентерально по 6 мг ежедневно в течение 3 дней, далее через день общим курсом 10 инъекций или интраназально или сублингвально по 6 мг в сутки, суточная доза препарата (6 мг) вводится за 2-3 приёма в сутки.

Суппозитории: суппозитории по 12 мг 1 раз в сутки ежедневно. Курс лечения – 10 суппозиторияев.

Противопоказан при повышенной чувствительности к компонентам препарата, беременности, в периоде грудного вскармливания. – тилорон. УУР С (УДД – 5).

**Комментарии:** индуктор интерферонов. Стимулирует образование в организме интерферонов всех типов (альфа, бета, гамма и лямбда), усиливает антителообразование, уменьшает степень иммунодепрессии, восстанавливает соотношения Т-супрессоров и Т-хелперов. Обладает иммуномодулирующим и противовирусным эффектом. Применяется в составе комплексной терапии. Рекомендованная схема применения для лечения гриппа и ОРВИ – по 125 мг в сутки в первые 2 дня лечения, затем по 125 мг через 48 часов. На курс – 750 мг (6 таблеток). Противопоказан при гиперчувствительности к компонентам препарата, беременности, в периоде лактации, детском возрасте до 18 лет.

– эргоферон (антитела к гамма-интерферону человека, аффинно очищенные – 10 000 ЕМД, антитела к гистамину, аффинно очищенные – 10 000 ЕМД, антитела к CD4, аффинно очищенные – 10 000 ЕМД). УУР С (УДД – 2).

**Комментарии:** препарат обладает противовирусным, иммуномодулирующим, противовоспалительным и антигистаминным действием, может быть назначен в виде монотерапии либо в сочетании с другими средствами противовирусного, антибактериального, патогенетического и симптоматического действия.

В 1-й день лечения принимают 8 таблеток по следующей схеме: по 1 таблетке каждые 30 минут в первые 2 часа (всего 5 таблеток за 2 часа), затем в течение этого же дня принимают ещё по 1 таблетке 3 раза через равные промежутки времени. На 2-й день и далее принимают по 1 таблетке 3 раза в день до полного выздоровления.

Не применим при врождённой галактоземии, синдроме мальабсорбции глюкозы или галактозы, при врождённой лактазной недостаточности. У беременных и в периоде лактации эффективность и безопасность препарата не изучались.

– рафамин (антитела к гамма-интерферону человека, аффинно очищенные – 10000 ЕМД1, антитела к CD4, аффинно очищенные – 10000 ЕМД, антитела к β<sub>2</sub>-микроглобулину МНС класса I, аффинно очищенные – 10000 ЕМД, антитела к β<sub>1</sub> – домену МНС класса II, аффинно очищенные – 10000 ЕМД). УУР В (УДД – 2).

**Комментарии:** препарат обладает противовирусной, антибактериальной и противовоспалительной активностью. При совместном применении с антибиотиками повышает эффективность антибиотикотерапии, в том числе в отношении резистентных штаммов возбудителей, а также способствует сохранению нормальной микрофлоры кишечника. Может применяться в виде монотерапии либо в сочетании с другими средствами противовирусного, антибактериального, патогенетического и симптоматического действия у пациентов с ОРВИ старше 18 лет.

Внутри по схеме: в 1-й день лечения – 8 таблеток – по 1 таблетке каждые 30 минут в первые 2 часа (всего 5 таблеток за 2 часа), затем в течение этого же дня принимают еще по 1 таблетке 3 раза через равные промежутки времени. На 2-й день и далее принимают по 1 таблетке 3 раза в день. Длительность лечения составляет 5 дней. Не применим при врождённой галактоземии, синдроме мальабсорбции глюкозы или галактозы, при врождённой лактазной недостаточности. У беременных и в периоде лактации эффективность и безопасность препарата не изучались.

Рекомендуется использование препаратов интерферона – интерферон альфа-2b или интерферон гамма человеческого рекомбинантный. УУР С (УДД – 5).

**Комментарии:** интерферон альфа-2b и интерферон гамма человеческий рекомбинантный, вводимые интраназально, обладают опосредованным противовирусным действием на вирусы ОРВИ. При интраназальном применении концентрация действующего вещества, достигаемая в крови, не имеет



клинической значимости. Используются в схемах комплексной терапии ОРВИ при первых признаках заболевания. Не входят в перечень ЛС, рекомендуемых международными клиническими рекомендациями по лечению и профилактике ОРВИ.

Интерферон альфа-2b назначают интраназально по 3 капли/дозы в каждый носовой ход 5-6 раз в день (разовая доза – 3000 МЕ, суточная доза – 15000-18000 МЕ) в течение 5 дней.

Интерферон гамма человеческий рекомбинантный. Назначают интраназально по 2 капли в каждый носовой ход после туалета носовых ходов 5 раз в день в течение 5-7 дней.

Рекомендовано применение лизатов бактерий (Haemophilus influenzae+Klebsiella ozae-nae+Klebsiella pneumoniae+Moraxella catarrhalis+Staphylococcus aureus+Streptococcus pneumoniae+Streptococcus pyogenes+Streptococcus viridans) пациентам с неосложнёнными ОРВИ, а также пациентам с частыми и/или тяжёлыми и/или затяжными респираторными инфекциями в анамнезе в составе комплексного лечения острой респираторной вирусной инфекции с иммуностимулирующей целью. УУР А (УДД – 2).

**Комментарии:** лизаты бактерий (Haemophilus influenzae+Klebsiella ozae-nae+Klebsiella pneumoniae+Moraxella catarrhalis+Staphylococcus aureus+Streptococcus pneumoniae+Streptococcus pyogenes+Streptococcus viridans) – системно действующий препарат, усиливающий мукозальный иммунный ответ как на вирусную, так и на бактериальную инфекцию в респираторном тракте посредством повышения эффективности механизмов врождённого и адаптивного иммунитета. Применение Лизатов бактерий (Haemophilus influenzae+Klebsiella ozae-nae+Klebsiella pneumoniae+Moraxella catarrhalis+Staphylococcus aureus+Streptococcus pneumoniae+Streptococcus pyogenes+Streptococcus viridans) в комплексной терапии ОРВИ способствует снижению продолжительности заболевания и тяжести симптомов. Назначается с первых дней заболевания: 1 капсула в сутки утром натощак за 30 минут до еды до исчезновения симптомов, но не менее 10 дней.

**Патогенетическая и симптоматическая терапия.** Рекомендуются обязательное проведение базисной терапии всем пациентам независимо от тяжести течения заболевания. УУР С (УДД – 5).

**Комментарии:** базисная терапия включает в себя постельный режим, диету и обильное питьё. В рацион включают легко усвояемые продукты, богатые витаминами. Запрещается алкоголь в любых видах.

Организация диетического лечебного питания пациентов с ОРВИ при стационарном лечении в медицинских учреждениях проводится в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации № 330 от 05.08.2003 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации», № 395н от 21.06.2013 «Об утверждении норм лечебного питания» и № 1008н от 23.09.2020 «Об утверждении порядка обеспечения пациентов лечебным питанием».

Рекомендуется проведение дезинтоксикационной терапии всем пациентам с симптомами ОРВИ без признаков поражения лёгких для купирования синдрома интоксикации. УУР С (УДД – 5).

**Комментарии:** объём зависит от степени тяжести пациента.

Лёгкая и средняя степень тяжести на амбулаторном этапе лечения – пероральная дезинтоксикация в объёме 2-3 литров жидкости в сутки (некрепко заваренного чая с молоком, мёдом, вареньем, а также отвара шиповника, свежеприготовленных фруктовых и ягодных соков, компотов, щелочных минеральных вод).

Средняя степень тяжести при лечении больного в условиях стационара – пероральная дезинтоксикация и/или инфузионная терапия: 800-2000 мл с использованием B05BB Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс.

Длительность определяется выраженностью синдрома интоксикации.

При осложнённом и тяжёлом течении ОРВИ – внутривенная дезинтоксикация с восполнением электролитных нарушений: с использованием комплексных растворов B05BB Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс. Объём и длительность зависит от степени тяжести пациента.

Рекомендовано назначение меглюмина натрия сукцината пациентам со среднетяжёлым и тяжёлым течением, а также пациентам с наличием поражения лёгких с антигипоксической и антиоксидантной целью для купирования синдрома интоксикации. УУР С (УДД – 2).

**Комментарии:** вводят внутривенно капельно со скоростью 1-4,5 мл/мин (до 90 капель в минуту). Средняя суточная доза – 10 мл/кг. Курс терапии – до 11 дней. Объём и длительность зависит от степени тяжести пациента.

Рекомендовано назначение нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов пациентам с гипертермией выше 38°C, мышечными и суставными болями – с жаропонижающей, болеутоляющей и противовоспалительной целью. УУР С (УДД – 5).

**Комментарий:** применение НПВС возможно только с симптоматической целью для достижения жаропонижающего и анальгетического эффектов. Назначение их длительным курсом нецелесообразно. Кроме того, с практической точки зрения следует помнить о том, что назначение НПВС может дезориентировать врача в оценке эффективности проводимой терапии.

Препараты выбора: парацетамол по 1-2 таблетки (500-1000 мг) каждые 4-6 часов, по мере необходимости. Максимальная суточная доза: 4 000 мг (8 таблеток), ибупрофен 400 мг 3 раза в сутки (максимальная суточная доза – 1200 мг), комбинированные лекарственные формы: парацетамол в комбинации с другими препаратами, кроме психолептиков: ибупрофен + парацетамол (200 мг + 500 мг). парацетамол + фенилэфрин + фенирамин.

Рекомендуется введение натрия хлорида (физиологического раствора) интраназально 2-3 раза в день для разжижения секрета, удаления слизи и восстановления работы мерцательного эпителия. УУР С (УДД – 2).

Рекомендуется местное применение R01A деконгестантов и других назальных препаратов для местного применения пациентам с выраженным затруднением носового дыхания в комплексной терапии ринита, риносинусита для облегчения заложенности носа и восстановления проходимость слуховой трубы. УУР С (УДД – 4).

**Комментарии:** ксилометазолин. Интраназально. Рекомендованная доза: 1-2 кап. (по 1 впрыскиванию) – 3 раза в день, нафазолин – интраназально (в каждый носовой ход) по 1-3 кап. 0,05-0,1%-го раствора 3-4 раза в сутки;

При избыточной ринорее возможно использование фиксированной комбинации ипратропия бромид+ксилометазолин;

Оксиметазолин – интраназально (в каждый носовой ход), по 1-2 капли 0,05% раствора по 1-2 впрыскивания в каждый носовой ход 2 раза в сутки. УУР С (УДД – 4).

Рекомендовано назначение лекарственных препаратов растительного происхождения из группы средств для лечения простудных заболеваний (код АТХ: R05X, R07AX Прочие препараты для лечения заболеваний дыхательной системы) пациентам с назофарингитом и/или неосложнённым риносинуситом с симптомами: заложенность носа, ринорея, синдром постназального затёка для улучшения работы мукоцилиарного аппарата и оттока экссудата с целью ускорения разрешения симптомов заболевания, предупреждения развития осложнений и ускорения клинического выздоровления. УУР В (УДД – 3).

**Комментарии:** с целью лечения с первого дня заболевания в качестве базовой терапии с выраженным секретолитическим, секретомоторным и противовоспалительным действием всем пациентам с симптомами назофарингита и/или риносинусита могут быть назначены комбинированные препараты растительного происхождения, имеющие в своём составе корни горечавки, цветки первоцвета, траву щавеля, цветки бузины, траву вербены лекарственной (код АТХ: R05X, R07AX).

Комбинированные препараты растительного происхождения, имеющие в своём составе корни горечавки, цветки первоцвета, траву щавеля, цветки бузины, траву вербены лекарственной (код АТХ: R05X, R07AX): сухой нативный экстракт, (синупрет экстракт) 160 мг. (1 таб.) 3 раза в день 7-14 дней; измельчённое лекарственное растительное сырьё (синупрет таблетки) 156 мг. (2 таб.) 3 раза в день 7-14 дней; водно-спиртовой экстракт, (синупрет капли) 50 кап. 3 раза в день 7-14 дней.

Беременным пациентам с симптомами насморка/назофарингита и острого риносинусита после консультации врача могут быть назначены комбинированные препараты растительного происхождения, имеющие в своём составе корни горечавки, цветки первоцвета, траву щавеля, цветки бузины, траву вербены лекарственной (код АТХ: R05X).

Рекомендуется терапия R02 препаратами для лечения заболеваний горла, D08A – антисептиками и дезинфицирующими средствами в виде полосканий, инсуляций, ингаляций, таблеток и пастилок для рассасывания с целью уменьшения местного воспаления, выраженности болевого синдрома, профилактики вторичного инфицирования повреждённой слизистой ротоглотки. УУР С (УДД – 5).

**Комментарии:** применяются местные антисептики: грамицидин С+цетилапиридиния хлорид, грамицидин С+оксипрокаи́н+цетилапиридиния хлорид, бензидамин+цетилапиридиния хлорид, флурибпрофен+цетилапиридиния хлорид, гексетидин, лизоцим+пиридоксин, хлоргексидин, бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний, биклотимол, препараты йода, бензилдиметил (3-миристоиламино) пропил) аммоний хлорид моногидрат.

Рекомендовано применение лекарственных препаратов природного происхождения из группы антисептиков (код АТХ: R02AA20, прочие антисептики) пациентам с симптомами фарингита и/или тонзиллита (боль в горле в покое и при глотании, гиперемия слизистой и миндалин, гипертрофия миндалин) с целью уменьшения болевого синдрома и воспалительных реакций слизистой, профилактики развития осложнений и новых эпизодов ОРВИ. УУР С (УДД – 4).

**Комментарии:** лекарственное средство, имеющее в своём составе корень алтея, цветки ромашки аптечной, траву тысячелистника, кору дуба, листья грецкого ореха, траву хвоща и траву одуванчика лекарственного (код АТХ: R02AA20) (тонзилгон Н, код АТХ: R02AA20) продемонстрировало высокую фармакологическую эффективность у пациентов с фарингитом и тонзиллитом, так как обладает доказанным иммуномодулирующим, антисептическим, антибактериальным, противовирусным и противовоспалительным действием.

Лекарственное средство, имеющее в своём составе корень алтея, цветки ромашки аптечной, траву тысячелистника, кору дуба, листья грецкого ореха, траву хвоща и траву одуванчика лекарственного (код АТХ: R02AA20).

Измельчённое лекарственное растительное сырьё, (тонзилгон Н, таблетки) 96 мг (2 таб.) 5-6 раз день до исчезновения острых симптомов (боль в горле), далее ещё 1 неделю 96 мг. (2 таб.) 3 раза в день (возможен курсовой длительный приём).

Жидкий экстракт (тонзилгон Н капли) 25 кап. 5-6 раз день до исчезновения острых симптомов (боль в горле), далее ещё 1 неделю 25 кап. 3 раза в день (возможен курсовой длительный приём).

Также данное растительное лекарственное средство может быть назначено беременным и пациентам с соматическими заболеваниями после консультации врача.

Рекомендуется назначение противокашлевых средств (код АТХ R05) при лечении ОРВИ пациентам с сухим непродуктивным надсадным кашлем, значительно ухудшающим качество жизни пациента (болевого синдром, нарушение сна) с симптоматической целью (бутами́рат, леводропропи́зин, комбинация антител к брадикинину, морфину и гистамину – ренгалин или декстрометорфан (в составе комбинированных ЛС). УУР В (УДД – 3).

**Комментарии:** препаратами выбора являются: декстрометорфан (входит в состав многокомпонентных препаратов); (декстрометорфан+парацетамол + фенилэфрин + хлорфенамин декстрометорфан + парацетамол + псевдоэфедрин декстрометорфан + терпингидрат + (левоментол) декстрометорфан + фенилэфрин + хлорфенамин. аскорбиновая кислота + декстрометорфан + парацетамол + псевдоэфедрин) бутами́рат – внутрь по 15 мл 4 раза в сутки (сироп). Леводропропи́зин – внутрь, в перерывах между едой, взрослым и детям старше 12 лет – 60 мг (10 мл сиропа или 20 капель, желательно разведённых в половине стакана воды) 1-3 раза в сут с промежутками не менее 6 ч. Ренгалин по 1-2 таблетке или по 5-10 мл раствора для приёма внутрь 3 раза в сутки вне приёма пищи. В зависимости от тяжести состояния в первые три дня частота приёма может быть увеличена до 4-6 раз в сутки. Длительность терапии зависит от тяжести заболевания и определяется лечащим врачом. Не применим при наследственной непереносимости фруктозы. У беременных и в период лактации эффективность и безопасность препарата не изучались.

Рекомендовано пациентам с острым бронхитом и трахеитом, обусловленным респираторными вирусами, сопровождающихся влажным кашлем, а также явлениями бронхообструкции назначение муколитических и отхаркивающих препаратов, кроме комбинаций с противокашлевыми средствами для разжижения и улучшения отхождения мокроты. УУР С (УДД – 5).

**Комментарии:** возможно применение различных муколитических средств, в том числе и растительных лекарственных препаратов только при наличии продуктивного кашля.

**Синтетические муколитические средства:** ацетилцистеин – внутрь 600 мг/сут, перорально, курс до 5 – 7 дней; бромгексин – внутрь по 8 мг 3 (1-2 таблетки) 3-4 раза в сутки; амброксол – внутрь 90 мг/сут, капсулы с пролонгированным высвобождением, 75 мг/сут курс до 14 дней; амброксол + натрия глицирризинат + тимьяна ползучего травы экстракт – внутрь 40 мл/сут (10 мл в 4 приёма); амброксол + натрия гидрокарбонат + натрия глицирризинат + термописа ланцетного травы экстракт по 1 таблетке 3 раза в сут.

**Муколитические средства природного происхождения:** комбинированные растительные лекарственные средства из группы отхаркивающих препаратов (код АТХ R05CA10, отхаркивающие препараты в комбинации), содержащие фиксированные комбинации жидких экстрактов тимьяна и плюща (плюща обыкновенного листьев экстракт + тимьяна травы экстракт, сироп, код АТХ R05CA10), сухих

экстрактов тимьяна и первоцвета (первоцвета корней экстракт + тимьяна травы экстракт, код АТХ R05CA10). Данные комбинации имеют доказанную эффективность в лечении острого бронхита, обладают комплексным эффектом: отхаркивающим, противовоспалительным, секретолитическим, бронхолитическим, способствуют снижению вязкости мокроты и ускорению ее эвакуации так же, как и синтетические муколитические средства, обладая при этом лучшей переносимостью лечения. Плюща обыкновенного листьев экстракт + тимьяна травы экстракт (сироп) – 5,4 мл 3 раза в сут после еды 10-14 дней; первоцвета корней экстракт + тимьяна травы экстракт по 1 таблетке 3 раза в день перед едой 10-14 дней.

Рекомендованы пациентам с острым бронхитом, обусловленным респираторными вирусами, сопровождающимся влажным кашлем, ингаляции с гипертоническим стерильным раствором ингасалин для ускорения отхождения вязкого секрета (мокроты) в дыхательных путях. УУР С (УДД – 5).

**Комментарии:** ингаляции через небулайзер: ингасалин 3%: гипертонического раствора (натрия хлорид – 30 мг) с гиалуронатом натрия (0,1 мг) или ингасалин форте 7%: гипертонического раствора (натрия хлорид – 70 мг) с гиалуронатом натрия (1,0 мг) по одной ампуле (5 мл) 2 раза в день или соответственно предписанию врача. Лечение можно начать с меньшего количества и увеличивать дозу постепенно.

Не рекомендовано одновременное применение отхаркивающих и противокашлевых средств пациентам с кашлем, что может способствовать застою мокроты за счёт подавления кашлевого рефлекса. УУР С (УДД – 5).

Рекомендовано назначение комбинации коротко действующего бета-2-агониста (КДБА) и коротко действующего антихолинергика (КДАХ) у пациентов с бронхообструктивным синдромом, связанным с бронхоспазмом. УУР С (УДД – 5).

**Комментарии:** комбинация ипратропия бромид + фенотерол в форме дозированного аэрозольного ингалятора (ДАИ) в дозе 20 мкг/доза + 50 мкг/доза – 1-2 вдоха до 3-4 раз в сут или в форме раствора для ингаляций через небулайзер в дозе 0,25 мг/мл + 0,5 мг/мл (1-2 мл) до 3-4 раз в сут.

Рекомендовано назначение у взрослых комбинированного препарата, содержащего амброксол + гвайфенезин + левосальбутамол, для симптоматической терапии продуктивного кашля, особенно при наличии признаков бронхиальной обструкции. УУР С (УДД – 5).

**Комментарии:** применяется в виде раствора для приема внутрь по 10 мл 3 раза в день в течение 2 недель.

**Антибактериальные препараты.** Не рекомендуется применение антибактериальных препаратов при неосложнённых ОРВИ, в том числе при наличии ринита, конъюнктивита, затемнения синусов при рентгенографии, ларингита, крупы, бронхита и бронхообструктивного синдрома в течение до 10-14 дней во взрослой и детской практике. УУР С (УДД – 5).

Рекомендовано применение антибактериальной терапии при возможной сопутствующей бактериальной инфекции, в случае неэффективности проводимой патогенетической, симптоматической и противовирусной терапии, при развитии осложнений (при среднетяжёлом и тяжёлом течении ОРВИ), вызванных присоединением бактериальной флоры (бронхиты, пневмонии и др.). УУР С (УДД – 5).

**Комментарий:** препаратами выбора при бактериальных риносинуситах являются: амоксицилин – 500-1000 мг 3 раза в сутки, перорально, курс 7-10 дней; амоксицилин + (клавулановая кислота по 1 таблетке (500 мг + 125 мг) 3 раза в сутки или по 1 таблетке (875 мг + 125 мг) 2 раза в сутки перорально, курс 7-10 дней; азитромицин – 500 мг, 1 раз в сутки перорально, курс 3 дня; кларитромицин – 500 мг (1 раз в сутки), курс 7-10 дней; левофлоксацин – 500 мг, перорально, курс до 5-7 дней (при бактериальной инфекции, вызванной устойчивой к другим антибиотикам микрофлорой, при неэффективности лечения другими антибактериальными средствами, и при проявлениях экзантемы или лекарственной аллергии в анамнезе на другие антибиотики).

Лечение пневмонии в данных рекомендациях не рассматривается, проводится в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению внебольничной пневмонии у взрослых!

Рекомендовано назначение гормональных препаратов системного действия, кроме половых гормонов и инсулинов при тяжёлом течении ОРВИ с осложнениями (инфекционно-токсический шок, отёк головного мозга). УУР С (УДД – 5).

**Комментарии:** лечение в данном случае будет осуществляться по клиническим рекомендациям по неотложным состояниям в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии!

(Продолжение следует).



(Окончание. Начало на стр. 1.)

### Автобиография

Вспоминает В.Яменсков: «12 апреля 1961 г. во всех классах нашей средней школы неожиданно прекратились уроки и нас построили на школьную линейку. Нам объявили: «Впервые в космос полетел советский космонавт Юрий Алексеевич Гагарин». Все мальчишки-одноклассники сразу загорелись желанием стать космонавтами. Они усиленно занимались физической подготовкой, по утрам обливались холодной водой и постепенно почувствовали, как тело становится крепче, а дух – сильнее. Весь класс хотел поступить в Качинское военное авиационное училище».

Владимир Вениаминович тоже страстно мечтал стать лётчиком. Но в семье Яменсковых неожиданно заболела мама. В возрасте 31 год ей диагностировали порок сердца и провели, по тем временам, сложную операцию. В течение трёх лет она лежала в больницах и лечилась в санаториях. Именно тогда мама сказала сыну, что хотела бы видеть его доктором. Она настоятельно советовала выбрать эту нужную людям профессию, чтобы заниматься здоровьем близких и пациентов, подчеркнув, как это важно и для страны. В семье Яменсковых с уважением относились к мнению старших. И в 1970 г. Владимир поступил в Волгоградский государственный медицинский институт (ВГМИ). Но школьная мечта не оставляла его. Когда настало время занятий на военной кафедре в институте, он окончательно утвердился в решении выбрать траекторию военного врача.

Случай для этого вскоре представился. В вуз приехали представители военного ведомства, чтобы отобрать студентов для учёбы в Саратов на военно-медицинский факультет. С первого раза Владимира зачислили в курсанты. По-другому и быть не могло. На кафедре организации и тактики медицинской службы Волгоградского мединститута он считался одним из лучших студентов.

По прибытии на факультет в Саратов сразу пошёл к начальнику курса майору А.Н.Гурину и попросил направить его в группу, в которой осуществляется подготовка авиационных врачей. Его зачислили в первый взвод.

### На пути к цели

«В памяти отложилось следующее. Как только мы прибыли на военно-медицинский факультет, нам выдали полевую форму, заставили пришивать погоны, военную атрибутику и знаки различия», – вспоминает Владимир Вениаминович. – Для нас, мальчишек, которые учились в гражданском вузе и не служили в армии, это было не только новое, но и достаточно трудное занятие... Но лиха беда начало. Из 250 человек шестеро были отчислены сразу после курса молодого бойца. Они психологически не были готовы к трудностям. А этот курс проводится по установленной программе достаточно жёстко, бескомпромиссно: подъём, зарядка, приличная физическая нагрузка весь день, отбой. Важнейшей задачей считалось формирование у слушателей дисциплины, чувства ответственности и долга, беззаветной любви к Родине. Именно эти принципы закреплены в общевоинских уставах. Ломка проходила тяжело, некоторые не выдерживали, их отчисляли в вузы, из которых они прибыли на медицинский факультет».

Запись из дневника В.Яменскова: «Постепенно пришла уверенность в правильности выбора. Этому предшествовало болезненное чувство ошибки, горечь, грусть и острое желание увидеть лица дорогих друзей. Улицы города оставались чужими, заползающее за забор ощущение солнышко нагнетало необъяснимую тоску и равнодушие.

Ночь не приносила облегчения, сны переполнялись картинками милого прошлого. Началась учёба, к удивлению, наступил период мнимого облегчения... Груз души не то чтобы стал легче, просто она перестала стонать. Каждый новый день убеждал: ошибки не будет, это именно то, что ты ждал, для чего создан. Первые новые радости, успехи, появление товарищей. И вот первый праздник с необычной новой экипировкой и совершенно противоположным направлением веселья. Сколько их ещё впереди, и все они – наши красные дни календаря, и я не

### Защитники Отечества

# Путёвка в небо



В.Яменсков

ошибусь, праздники победы над собой».

Вспомним известное выражение русского полководца Александра Суворова: «Победи себя – и ты будешь непобедим».

### Первые учения, первый командир

После окончания военного факультета Владимира Вениаминовича назначили врачом роты аэродромного обеспечения в вертолётной эскадрилье. Отметим, на раскату времени не было. Нужно было «встраиваться» в новый коллектив. Вскоре объявили о проведении учений. В памяти у В.Яменскова отложилось, как поднимали часть по тревоге...

«Вдруг неожиданно останавливают, выстраивают в боевую колонну и начинают проверять экипировку, наличие карты, компаса, дозиметров...», – говорит Яменсков. – У большинства офицеров, хотя они были профессионалы и прослужили по три-пять лет, всей обязательной экипировки не было. А у меня всё в порядке. Тогда генерал по боевой подготовке спрашивает: «Вон там ваша машина санитарная стоит?» «Да, моя». «Пройдёмте, посмотрим на ваших подчинённых». А там была одна медсестра в белом халате с противогазом. Он посмотрел: да, говорит, экипирована. Но ему не понравился, несмотря на обмундирование, её не армейский вид: «А у вас есть карточка по боевой тревоге?» Она: «Да, есть». Я накануне всем выдал... Удивился генерал. Проверил. Мне сразу объявили благодарность. Вскоре последовало назначение начмедом авиационного полка на Север.

Мой первый командир в Заполярье, подполковник Николай Жуплатов, не только ярко и образно выражал свои мысли, но и все его поступки заслуживали глубокого уважения. Мы осваивали новую реактивную технику третьего поколения, и в полк начали поступать современные МиГ-25. Любкой вылет требовал полной самоотдачи и максимальной психоэмоциональной нагрузки. Каждый лётчик находил поэтому свой способ полноценного отдыха, и это рас-

слабление надо было держать на контроле. В полку все, в том числе и технические специалисты, были фанатично преданы авиации.

Я знал, что полёты связаны с определёнными рисками. Особенно в тех суровых климатических условиях, где базировалась наша часть. Иногда с Хибинских гор внезапно опускалась дымка, а взлётно-посадочная полоса окутывалась туманом. Тогда приходилось взлетать, пробивать облака и садиться на спрятанный за белой дымкой аэродром. Это было весьма опасно, но считалось своего рода шиком. Высокая мотивация и мастерство

лётчиков всегда сводили риски к минимуму. Оценивалась их работа в небе исключительно по достигнутым результатам. Без учёта усилий, затраченных на выполнение задания. После ночного полёта в сложных погодных условиях, когда нужно не только долететь до цели, но и сделать качественные снимки (ведь мы были разведчиками), все спешили проявить плёнку, надеясь увидеть удачный кадр. А сам лётчик, весь в поту, терпеливо ждал, будет ли его хвалить начальство за полёт или, наоборот, объявит выговор. Мне такое отношение порой казалось несправедливым, однако сами лётчики воспринимали такую шкалу оценок как естественный порядок. Они испытывали радость от личной свободы в небе, где многое зависело только от них самих. В этом и заключалась их особая лётная харизма.

Забавно вспомнить, как в первый день пребывания в авиационном полку меня привели в мой кабинет, который оказался обычной комнатой для предполётного осмотра. Я просидел там весь вечер до полуночи, изучая лётные книги с фотографиями и медицинскими данными. На следующее утро, проводя медосмотр, вёл себя так, словно знал лётчиков уже много лет. Обращался к ним по имени-отчеству, справлялся о здоровье согласно диагнозам (узнавая только по фотографиям из лётных книг). Это вызывало их неподдельное удивление и одновременно создавало доверительные отношения. Безусловно, я уже был осведомлён об особенностях в состоянии их здоровья по медицинским книжкам.

Будучи частью «лётного коллектива» и одновременно занимая должность того, кто отвечает за безопасность полётов, я часто сталкивался с этическими дилеммами, которые противоречили правилам лётной службы. Например, обнаружив у пилота состояние посталкогольного опьянения, отстранял его от полётов, но в документации указывал, что он заболел. Я не стремился быть бесстрастным и этаким контролёром-машинной. Считал, что моя задача состояла в защите интересов лётчиков. Если обстоятельства складывались так, что мне необходимо было запретить полёты, делал это, но надеялся, что офицер быстро поправится. Так усиливалось взаимопонимание между нами. Они доверяли мне, не скрывали каких-то проблем с самочувствием. Не случайно, даже спустя 30 лет, я продолжаю дружить с теми, кто остался в живых, помогаю им получать путёвки в санатории, консультирую их семьи и организовываю лечение в госпиталях».

### Лётная работа. Врач всегда рядом

«Как начальник медицинской службы лётного полка, я всегда находился рядом с лётным составом: участвовал в тактических учениях, играл с пилотами в волейбол, отмечал получение очередных лётных

квалификаций, поддерживал в трудные моменты. А в реальной жизни проблемы со здоровьем не раз возникали не только у лётчиков, но и членов их семей. Тем не менее главное – сопровождение полётов. Нередко приходилось проводить по три лётные смены в день, начиная рабочий день в пять утра, а заканчивать его в десять вечера.

Примером отношения к службе был, безусловно, командир полка. Я никогда не видел, чтобы он кричал на лётчика, находясь на командном пункте. Чем сложнее становились условия полёта и возникало больше неожиданностей,

тем мягче звучали команды с земли и выше ценилась роль лётчика в полёте. Командир всегда проявлял такт в общении с пилотами.

Посадка с минимальным количеством топлива – это экстренная ситуация. Но когда ты маневрируешь в сложных погодных условиях или при минимальных показателях видимости, то полоса обязательно отклонится на 20-30 градусов и придётся делать дополнительные круги для захода на посадку. А если это взлёт по тревоге, то посадка с остатками топлива неизбежна, причём не на резервный аэродром, а на основной, зачастую в условиях ниже установленных норм, а иногда и ниже разумного предела.

Для лётчиков моего полка не было огорчением, когда из-за выработки топлива на рулинии останавливался двигатель. Парадоксально, но именно такая опасная практика стимулировала лётчиков и командиров стремиться к повышению профессионального мастерства, учиться принимать обоснованные риски, воспринимая опасность не как стресс, а как рубеж мастерства.

Эти слова они не произносили вслух, но их глаза говорили всё.



Подгонка высотного снаряжения лётчика для выполнения полёта в стратосферу

Они не просто знали цену полёта, но и умели искренне оценить мужество, которое лётчик проявлял в небе, оставаясь один на один с собой. Ещё могу утверждать, что на нашем отдалённом аэродроме, находящемся вдали от цивилизации, встречалась настоящая человеческая доброта, бескорыстие, чувство юмора и понимание настоящего смысла жизни. Меня восхищала интеллектуальная активность офицеров, их готовность отстаивать право на нестандартные подходы к решению тактических задач, учитывая возможности самолёта.

Осваивая новую технику, лётчики испытывали невероятную гордость, впервые поднимаясь в воздух на новом типе летательного аппарата. Когда возникали неисправности в полёте, каждый считал своим долгом вернуть машину на землю. Жизнь не была для них «дешёвой». Скорее, наоборот, – слишком

драгоценной и счастливой, чтобы легко её потерять. Всё дело было в вере в благополучный исход и уверенности в собственных силах», – вспоминает В.Яменсков.

### Служить Отчизне – особая профессия

Военному врачу приходится досконально осваивать военно-полевую хирургию, военно-полевую терапию, эпидемиологию, санитарно-гигиенические мероприятия...

Авиационная медицина требует ещё проводить последние мероприятия, позволяющие поднять боевую готовность и работоспособность в воздухе, оказать неотложную своевременную помощь при военных действиях, реабилитировать и вылечить раненых и вернуть их как можно быстрее в строй.

Следующая важная деталь: чем отличаются военные врачи от гражданских. С призыва на воинскую службу слушателю военного факультета или академии прививают любовь к Родине. Для всех нас святая обязанность – до последней капли крови защищать Отчизну и помогать раненым снова вернуться в подразделения.

Владимир Вениаминович 40 лет служил в армии. Он не помнит такого прецедента, чтобы у врача, или бойца, или офицера возникло малодушие – не выполнить приказ в боевой обстановке.

Какие же поворотные точки в судьбе определили профессиональную траекторию и позволили Владимиру Вениаминовичу дослужиться до полковника и завершить службу начальником медицинской службы военно-воздушных сил Российской Федерации?

В медицинской службе в ВВС имеются две ключевые должности – начмед авиационного полка и армии. Они остаются главными соединительными моментами, скажем так, которые определяют вектор совершенствования медицинской службы. В феврале 1992 г. В.Яменсков назначили начальником медицинской службы ВВС Северо-Кавказского военного округа в г. Ростове-на-Дону. Следующая ступень карьеры – начмед военно-воздушных сил,

генерал-лейтенантская должность. Уточним, что в будущем Владимиру Вениаминовичу удастся послужить не только главным авиационным врачом Вооружённых сил, но и начмедом московского округа ВВС и ПВО. Эти должности отвечают за всё, что происходит на аэродромах и что касается их медицинского обеспечения.

### Чеченская операция. От мирной жизни к военной

Перейдём к событиям в Чечне. В августе на закрытом совещании руководства четвёртой Воздушной армии командующий генерал-лейтенант Владимир Михайлов, не называя места, приказал проводить скрытую подготовку к предстоящим боевым действиям. В ноябре 1994 г. начальник Главного военного медицинского управления Министерства обороны РФ, в то время генерал-лейтенант меди-



цинской службы Иван Чиж провёл сборы руководящего состава медицинской службы Министерства обороны на Сестрорецком полигоне в Ленинградском военном округе. Там были показаны основные этапы медицинской эвакуации при боевых действиях, начиная с поля боя, выноса раненых, заканчивая эвакуацией на вертолётах в госпитальную базу. В октябре командующий после возвращения из города Назрань объявил о непримиримых противоречиях с новым руководством Чечни и отдал приказ о подготовке к боевым действиям в горной республике.

В середине декабря он приказал сформировать оперативную группу во главе с ним, начальником штаба, начальником оперативного отдела. А также в неё вошли должностные лица воздушной Армии, включая и В.Яменского. Эта команда вылетела в Моздок. Приземлились на аэродром, на котором раньше базировалась дальняя авиация. Её уже передислоцировали на другие аэродромы, и началась подготовка к полномасштабным военным действиям. Были осмотрены блиндажи и все закрытые помещения. Намечено, где расположится медицинский пункт Воздушной армии. Следующий шаг – определили, как проводить авиационную сортировку раненых. Решено, что они будут доставляться вертолётами сразу из района боевых действий. Проанализировали, сколько санитарных автомобилей в наличии и запросили у начмеда военно-воздушных сил дополнительные. Вскоре из Краснодарского училища приехали две машины.

Кроме того, следовало принять организационные решения об отправке раненых воздушным транспортом во все госпитали Северо-Кавказского округа: Ростовский окружной № 1602, Волгоградский, Краснодарский, Ставропольский. О возможностях каждого были проинформированы все военные врачи. Им также сообщили, куда нужно звонить, чтобы определить существующую загрузку. Разрешено было отправлять по одному борту в неделю в Москву, но с посадкой в Ростове-на-Дону, где тоже принимали дополнительное количество раненых. А дальше самолёт летел уже в центральные госпитали. То есть чётко была продумана эвакуация по назначению.

Подготовка к военным действиям шла полным ходом. В.Яменсков запрашивал у своего заместителя, который находился в Ростове, необходимые перевязочные средства. Их и медикаменты складировали в небольшом медицинском «депо» на аэродроме. Ближайшие госпитали находились в регионе, но «плечо» до них достигало 60-70 км.

В принципе, было всё готово для оказания медицинской помощи. Назначены офицеры, которые должны работать на сортировочном посту, при эвакуации, кому следует заниматься сортировкой в лазарете, реабилитацией и восстановлением лётного состава.

Обеспечение лекарствами и расходными материалами – важная составляющая успешного оказания медпомощи. На тот момент имелся избыток материальных средств, перевязочных материалов, медикаментов, йода, спирта, но не было наркотиков. Все это анализировалось и учитывалось.

## Дождь, туман, грязь, полёты. И первые раненые

24 декабря началось выдвижение войск в Чечню. Была мерзопакостная погода. Метеорологические условия не позволяли плановые полёты. Поэтому на аэродромах самолёты неделями не могли взлететь и прикрывать войска с воздуха, обеспечивать караваны с топливом, боеприпасами, проводить воздушную разведку. В Чечне – горы, ущелья и каспийский вынос, соответственно, разница температуры моря и горных ущелий. Стояла относительно тёплая погода, но воздух, соприкасаясь с «подстилкой» холод-

ных гор, образовывал сплошной туман.

Такая сложная погода означает повышенные требования к лётному составу. Поступила команда: усилить все предполётные медосмотры с привлечением дополнительных исследований.

Прошло несколько дней, и во время полёта из Ростова во Владикавказ В.Яменсков обратил внимание, что все дороги, которые ведут в сторону Чечни, были забиты техникой. С высоты, словно игрушечные, колонны двигались по большому шоссе и даже по обочинам.

«Поздно вечером мне звонит командующий: доктор, срочно на командный пункт, – рассказывает В.Яменсков. – Прибываю. Сколько у тебя санитарок? Отвечаю: сейчас пять. Он говорит, давай выдвигай их на аэродром. К нам летят вер-



Развёртывание медицинского пункта авиационной базы в Арктике

тушки с ранеными бойцами, и дай команду, чтобы в госпитале были готовы к приёму раненых...

...Аэродром тем временем уже был подготовлен. Хотя все происходящее казалось невероятным. Кошмарно тёмные ночи и далёкие звёзды на небе. Такие явления, считается, связаны с тем, что в этом районе чернозём, снега нет и невероятный ветер.

Вот на горизонте показались маячки вертолётов, причём шли они по кругу. Прозвучала команда по рации, чтобы все были в боевой готовности. Правда, автоматов у нас не было, только пистолеты. Не дай Бог нападение. Машины включили моторы. Садится первый вертолёт...

Санитары несут десантника, метра два ростом, а женщина-фельдшер держит капельницу с физраствором. В венту вставлен катетер и зафиксированная рука интенсивно трясётся. Что-то более эпическое трудно и придумать, словно картинка из военного фильма... Между тем садится третий, четвёртый. С каждого из них выносятся раненых. Так у нас произошёл переход в Чеченскую кампанию от мирной жизни к боевой. Приходило и осознание, что мы начали по-настоящему воевать, а потому неизбежны потери. Только представьте, 10 или 8 вертолётов приземлилось одновременно и каждый из них доставил несколько раненых. Одним из последних вышел солдат с огнестрельной раной нижней конечности, опираясь на своего товарища, тоже десантника.

...Декабрь. Моздок. Все дни идут непрекращающиеся дожди. Вертолёты садились на грунт, затем передвигались на бетонку, переноса за собой огромные «лапти» грязи.

Это превратило аэропорт в подбодье размытой дождями полевой дороги. Чтобы добраться до столовой, нужно было идти по сплошной жиже. Два раза в день устанавливалась деревянная дорожка – настил, которая в конечном счёте утопала в грязи. Пол в лётной столовой был покрыт 30-сантиметровым слоем чернозёма, который периодически приходилось убирать, и он опять накапливался. Столовая рассчитана на 80 человек, в день принимает 600-800. Столы перекрывают по 10-12 раз за смену. Бригады поваров меняются каждые 4 часа и тут же падают от усталости и спят

на месте. А надо следить за чистотой, маркировкой инструментария, качеством продуктов и блюд».

По воспоминаниям В.Яменского, под его началом было более 100 врачей. Все участвовали в боевых действиях в Чечне. Они приобрели опыт и реально осуществляли медицинское обеспечение боевых действий. Из них 39 человек награждены правительственными наградами: медалями «За отвагу» и «Боевые заслуги». Это тоже показатели роли авиационной медицинской службы в Чеченской операции.

## Выгорание за девять дней боевых вылетов

...В осеннее-зимний период для Северо-Кавказского региона характерны сложные метеорологические условия, особенно в

Напряжённые полёты в условиях огневого воздействия противника предъявляли повышенные требования к физическому и психофизиологическому состоянию лётного состава. Поэтому медицинское обеспечение их являлось наиболее важным в работе авиационных врачей. Они были обеспечены полевыми укладками для организации предполётного медицинского осмотра и оказания неотложной помощи. Ещё в первые месяцы контртеррористической операции Владимиру Вениаминовичу стало ясно, что у лётчиков профессиональное выгорание наступает на 9-12 день начала полётов в условиях боевых действий. Чтобы избежать снижения работоспособности в названные сроки, по согласованию с командованием, лётчиков решено было отправлять в профилакторий госпиталя в город Ейск. С ними проводились профилактические и реабилитационные мероприятия (всего здесь восстановилось 1260 пилотов). После пребывания в профилактории лётный состав выполнял задачи боевого применения ещё 40 дней. Именно в это время наступала срабатанность, слётанность, устойчивая, стабильная работоспособность экипажей.

На аэродроме Грозный (Северный) был организован эвакуприёмник с пунктом сортировки раненых. В его состав входило 3 авиационных врача, которые определяли способность раненого перенести длительный перелёт на самолёте; оказывалась неотложная помощь. Воздушная эвакуация была целевой по профилю поражения в Военно-медицинскую академию им. С.М.Кирова и центральные госпитали города Москвы. Всего за этот период было эвакуировано 6080 человек. За сортировку, воздушное сопровождение отвечал старший авиационный врач при аэродромном эвакуприёмнике. В случае большого потока раненых привлекались врачи медицинского отряда специального назначения, который дислоцировался в 300 метрах от эвакуприёмника. Снабжение медицинским имуществом осуществлялось по заявкам авиационных врачей.

## Крылья победы. Творчество и надёжность

В мирной жизни военный врач зависел от командира, старшего медицинского начальника и начальника тыла. В сложной ситуации, когда он впервые обеспечивает реальные боевые действия, чтобы чётко выполнять обязанности, нужно быть более самостоятельным. «Я всегда поддерживал тех врачей, которые в трудных условиях реализовывали своё право на творчество и надёжность. В сложных ситуациях всегда необходим риск, не побоясь сказать по отношению к офицеру: определённая независимость. Но обязательным её условием, как и в других важных вещах, является любовь к своей специальности, профессионализм, культура образа жизни, самосовершенствование. Воспитание независимости военных врачей начинается ещё в высшем военно-медицинском образовательном учреждении», – отметил В.Яменсков.

Владимир Вениаминович вспоминает об одном случае с командиром полка. Его сбили, пострадал во время катапультирования. Лётчикам в те времена выдавали на боевые вылеты укороченные автоматы. Он при катапультировании и травмировал руку. После спасения лётчика доставили в авиационный госпиталь на реабилитацию. Доложили командующему, что через три месяца врачи вернут его в строй. Но в беседах с ним в этот период приходило осознание того, что автомат в кабине самолёта – это лишнее. Вряд ли удастся им отбиться от группы преследователей, если самолёт всё-таки сойдёт. А вот травмировать лётчика он может серьёзно. Особенно, если придётся покидать сбитую машину. Все вместе написали официальное письмо. Казалось бы, проявили

излишнюю активность. Военных врачей никто не спрашивал. Не медицинское дело. Дело врачей проводить лечение и реабилитацию, а не давать рекомендации, в какой экипировке должен быть боевой лётчик в истребителе или фронтовом бомбардировщике. Однако вскоре последовал приказ, чтобы в полёты лётчики брали двенадцатизарядные пистолеты марки Марголина...

Или другой случай. Из Москвы отправили самолёт-разведчик, чтобы проверить радиационный фон на старых урановых рудниках. Его сбили. Тогда подняли по тревоге группу, которая должна была оказать пилотам медицинскую помощь. В неё попал и В.Яменсков. МИ-8 долго летал над районом падения. У пилота разбившегося самолёта был включён поисково-спасательный маячок. Он свидетельствовал о том, что после огневого поражения боевой машины хотя бы один из лётчиков выжил и ждёт помощи. Об этом явно знала не только спешившая на помощь группа, но и боевики. На горном плато следов падения самолёта и куполов парашютов не было видно. Тем не менее группа приземлилась. Когда намечали место посадки вертолёта, увидели, что из селения у подножия горы вверх по грунтовой дороге выехали два Камаза с боевиками.

«Мы видим их движение, – вспоминает Владимир Вениаминович. – И понимаем, что должны опередить противника. Или отказаться от спасения экипажа, иначе погибнем вместе с ними. Надо спешить. Ищем следы не только на земле, но и на деревьях. После взрыва или авиакатастрофы очень часто именно ветки хранят остатки человеческого тела. Наконец на одном из деревьев видим страшные фрагменты... Внизу гермошлем. Но где второй пилот? Его не видно. Догадываемся заглянуть за скалу. Оказывается, он там – родимый. Парашют у него зацепился за кустарник, а дальше обрыв. И он висел над ним на парашюте, на стропах. Его можно было увидеть только из ущелья, но в этот момент вершины гор накрывал туман. После спасения он рассказал, что решил для себя, если боевики начнут подходить и потащат за стропы, ничего не останется, как застрелиться. Не стрелять же в чеченцев, потому что они захватили бы его в любом случае...».

Конечно, спасение экипажа сбитого самолёта заслуга не только группы, в которую входил В.Яменсков. Пока она искала место падения, штурмовые самолёты буквально боевыми каруселями летали и стреляли по боевикам, чтобы задержать их продвижение. Добрым словом вспоминает Владимир Вениаминович своего первого командира полка. Он навсегда остался в сердцах подчинённых, вдохновил пилотов на развитие лётного патриотизма. Его духовное воздействие на лётчика заключалось «не столько в проповедях о любви к небу, сколько в личном примере и преданности своему лётному делу».

Многие из управленческих приёмов, которые Владимир Вениаминович применял в боевой обстановке, использовал в мирное время. Отличное, безупречное исполнение обязанностей начальника медицинской службы Военно-воздушных сил по достоинству оценено руководством страны. Владимир Вениаминович награждён орденами «За военные заслуги», «Почёта», медалями «Боевые заслуги» и медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени с мечами, ему присвоено звание заслуженного врача.

**Владимир РЕШЕТНИКОВ,**  
заведующий кафедрой  
общественного здоровья  
и здравоохранения им. Н.А.Семашко  
Сеченовского университета,  
заслуженный врач  
Российской Федерации,  
доктор медицинских  
наук, профессор,  
генерал-майор  
медицинской службы  
в отставке.





Ну и ну!

# Риски из-за «вирусных» челленджей растут

**«Вирусные» челленджи – это тренды в социальных сетях, которые побуждают пользователей совершать необычные, рискованные или экстремальные действия, чтобы привлечь внимание. Ярким примером является «Синий кит», который стал вирусным в период с 2016 по 2017 гг. Он включал в себя ряд заданий, в том числе самоповреждение, социальную изоляцию и даже подстрекательство к самоубийству. «Синий кит» был связан с несколькими смертями подростков по всему миру, что подчёркивает разрушительное воздействие такого контента на молодёжь.**

Один из последних «вирусных» челленджей – с самым сильным лекарством, которое есть у тебя дома – набрал популярность на таких платформах, как TikTok и Instagram. Он привлёк внимание СМИ после истории девочки-подростка из Валенсии (Испания), которая была госпитализирована в отделение интенсивной терапии из-за отравления карбамазепином – препаратом, используемым для лечения эпилепсии. Чтобы поучаствовать в испытании, девочка приняла максимально возможное количество самых сильных лекарств, доступных дома. По прибытии в больницу она находилась в коме. Хотя врачам удалось её спасти, состояние было признано «опасным для жизни». Врачи представили этот случай на 71-м конгрессе Испанской ассоциации педиатрии в июне на сессии под названием «Обратная сторона социальных сетей: вирусные вызовы, фатальные последствия».

Во время пребывания в больнице у пациентки развилась аспирационная пневмония, которая хорошо поддавалась лечению внутривенными антибиотиками. Придя в сознание, она призналась, что добровольно приняла карбамазепин в рамках

совместного с ровесниками вирусного провокационного теста. Пациентку осмотрел детский и подростковый психиатр, который подтвердил, что девочка осознавала произошедшее и что её намерением было не самоубийство, а участие в тесте. Она продолжает наблюдаться у социальных работников и детского и подросткового психиатра, новых проявлений рискованного поведения не выявлено. «Необходимо подчеркнуть опасность подобных вирусных заболеваний, особенно для детей. Необходимость одобрения со стороны общества часто провоцирует подобное опасное поведение», – предупредили врачи в ходе своей презентации.

Ещё один «вирусный» челлендж, циркулирующий в TikTok и Instagram, – это «парацетамоловый», в котором подростки бросают друг другу вызов, чтобы принять чрезмерные дозы лекарственного средства. Цель – выяснить, кто дольше продержится в больнице или проявит наибольшую «стойкость». Этот челлендж впервые был зарегистрирован в США, где в начале этого года трагически погиб 11-летний ребёнок, участвовавший в нём. Однако, по данным органов здравоохранения и фармацевтических компаний, аналогичные случаи были зарегистрированы также в Великобритании, Франции, Бельгии, Швейцарии и Испании.

Ранее в этом году Национальное агентство по безопасности лекарственных средств и изделий медицинского назначения Франции выпустило предупреждение для медицинских работников и родителей, в котором говорится, что передозировка парацетамола может вызвать серьёзное, иногда необратимое, повреждение печени, которое может потребовать её трансплантации. Более того, отравление парацетамолом является основной причиной трансплантации печени во Франции. Передозировка также может

серьёзно повлиять на почки и поджелудочную железу.

«Сонная курица», также известная как курица NyQuil, – ещё один «вирусный» челлендж, распространяющийся в социальных сетях. Он предполагает приготовление куриных грудок в сиропе от кашля, например, в NyQuil, лекарстве от гриппа и простуды. Оно содержит ацетаминофен, декстрометорфан (противокашлевое средство) и доксиламин (антигистаминный препарат). В некоторых видео показано, как люди едят приготовленную курицу, но главная цель челленджа – вдыхать пары, выделяющиеся при приготовлении, чтобы вызвать сонливость.

Органы здравоохранения, включая Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA), в 2020 г. предупреждали, что кипячение лекарств может привести к концентрации активных ингредиентов, изменению их химических свойств и выделению токсичных паров. Их неконтролируемое воздействие на человека может привести к серьёзному повреждению лёгких, печени, угнетению центральной нервной системы и даже смерти.

Один из самых распространённых челленджей в социальных сетях называется «Победитель – последний заснувший». В нём участники принимают седативные препараты, например, клоназепам, чтобы соревноваться за то, кто сможет дольше не заснуть. Этот челлендж стал особенно распространённым в странах Латинской Америки. Он привёл к тому, что подростки испытывали сильную сонливость, головокружение, тошноту, нарушения дыхания, во многих случаях это приводило к госпитализации. В 2023 г. 15 детей в возрасте 10-11 лет были госпитализированы в Гуанахуато (Мексика) после участия в этом челлендже в местной начальной школе. По данным влас-

тей, несовершеннолетние безответственно приняли анксиолитик без медицинского наблюдения, пытаясь не заснуть, несмотря на седативный эффект препарата. Четверым детям потребовалось серьёзное лечение в больнице, остальные были переведены в различные медицинские центры вместе с семьями.

Еще один челлендж предполагает приём чрезмерных доз дифенгидрамина, безрецептурного антигистаминного препарата, для вызова галлюцинаций и регистрации их эффектов. Эта практика привела к многочисленным госпитализациям и смертям с 2020 г. Один из самых трагичных случаев произошёл в апреле 2023 г., когда 13-летний мальчик из Огайо умер, приняв 12-14 таблеток – примерно в шесть раз больше рекомендуемой дозы, и впал в кому на 6 дней. В 2020 г. 15-летняя девочка в Оклахоме также умерла от передозировки, связанной с этим челленджем. Кроме того, в Техасе по аналогичным причинам были госпитализированы ещё трое несовершеннолетних. В высоких дозах дифенгидрамин действует как депрессант центральной нервной системы, что приводит к судорогам, делирию, аритмии, коме и даже смерти. FDA выпустило официальные предупреждения о смертельно опасных рисках, связанных с этим челленджем. Социальные сети заблокировали хэштег, хотя эксперты предупреждают, что контент может всё ещё распространяться под другими названиями.

С этической и юридической точки зрения эта проблема сложна. Некоторые из упомянутых веществ отпускаются без рецепта. Это требует тщательного просмотра протоколов назначения лекарств, правил их хранения в домашних условиях и клинического наблюдения, особенно за пациентами детского и подросткового возраста. Также растёт необходимость обсуждения совместной ответственности медицинских работников, лиц, осуществляющих уход, и цифровых платформ в предотвращении подобных видов поведения, которые подвергают риску здоровье молодых людей.

Бывает и такое

**Запуск первого в Канаде журнала для чернокожих медицинских работников был встречен ими с одобрением. Нигерийско-канадское издание будет выпускать Канадская ассоциация нигерийских врачей и стоматологов (CANPAD).**

«Новый журнал может сыграть значительную роль в решении медицинских и социальных проблем, с которыми сталкиваются чернокожие канадцы, – заявил доктор медицины Хадал Эль-Хади, основатель организации Black Physicians of Canada. – Предоставляя специализированную платформу для научных исследований и диалога, он может усилить позиции чернокожих учёных и практиков».

По его словам, журнал может сыграть свою роль в выявлении критических различий в состоянии здоровья, продвижении культурно значимых исследований, содействии междисциплинарному сотрудничеству и послужить ресурсом для разработки эффективных мер и стратегий, отвечающих уникальным потребностям чернокожих сообществ.

Главный редактор, доктор медицинских наук Мозес Адемола, объяснил, что цель состояла в

# Журнал для чернокожих медработников

том, чтобы создать рецензируемое, открытое издание, предлагающее свежие идеи и новую глобальную перспективу, которая будет интересна читателям как внутри, так и за пределами нигерийского сообщества. «Работая с разными людьми, мы знаем, что разнообразная команда улучшает результаты для наших пациентов, которые всё чаще обращаются к нам с разными проблемами», – говорит Адемола.

«Журнал CANPAD был создан для обогащения медицинской дискуссии, предоставления наставничества и содействия совместным исследованиям. Хотя он издаётся чернокожим комитетом, ориентирован на широкую международную аудиторию. Мы будем стремиться к тому, чтобы журнал отражал мультикультурные и инклюзивные ценности Канады», – пояснил Адемола.

Исследование Агентства общественного здравоохранения правительства Канады, опубликованное

в 2020 г., показало, что расизм всё чаще признаётся важным фактором несправедливых результатов в области здравоохранения для представителей видимых меньшинств Канады.

«Проблемы здравоохранения, с которыми сталкиваются чернокожие канадцы, обусловлены историческими факторами, включая наследие колониализма и системный расизм, которые создают особые барьеры для получения медицинской помощи, – сказал Эль-Хади. – Чернокожие пациенты могут сталкиваться с дискриминацией в медицинских учреждениях, что приводит к недоверию и неадекватному лечению. Кроме того, культурные различия в восприятии здоровья и стресс, вызванный продолжающимся расизмом, способствуют неравенству в результатах лечения».

Отсутствие инклюзивности и разнообразия продолжает вызывать обеспокоенность у черно-

кожего сообщества и организаций общественного здравоохранения.

Эль-Хади заявил, что необходимы целенаправленные исследования хронических заболеваний в чернокожих общинах, особенно с учётом влияния расизма и стресса.

«Медицинскому сообществу придётся приложить больше усилий, чтобы избежать непреднамеренной расовой предвзятости. Правительство должно целенаправленно добиваться устранения неравенства. Учёные всего мира должны учитывать эту «слепую зону». Нам необходимо работать сообща, чтобы показатели здоровья всего нашего населения были одинаковыми», – сказал Адемола.

Совет по исследованиям в области социальных и гуманитарных наук Канады в 2020 г. разработал план по борьбе с расизмом в отношении чернокожих в исследованиях, что привело к созданию внешнего консультативного комитета.

Перспективы

# Генная терапия

**Однократное внутривенное введение дозы генной терапии препаратом этранакогеном дезапарвокеом поддерживало активность фактора IX (FIX) на уровне 45,7 МЕ/дл в течение 5 лет у пациентов с гемофилией В, устраняя необходимость в профилактике без поздних событий, связанных с безопасностью.**

Исследователи под руководством доктора Аннетт фон Дригальски провели открытое, неслепое, многоцентровое исследование фазы 2b, в котором оценивалась однократная внутривенная доза этранакогена дезапарвокеа у трёх взрослых участников с тяжёлой или умеренно тяжёлой формой гемофилии В (FIX ≤ 2%).

Первичная конечная точка оценивалась по активности FIX ≥ 5 МЕ/дл через 6 недель, тогда как вторичные включали частоту кровотечений, использование концентрата FIX и нежелательные явления в течение 5 лет наблюдения. У участников были обнаружены нейтрализующие антитела к аденоассоциированному вирусу серотипа 5, со средним титром 25 на момент введения дозы, и перед введением им была проведена оценка восстановления FIX. Анализ включал еженедельную оценку уровня FIX в течение 6 недель, затем раз в две недели до 26-й недели, ежемесячно до 12-го месяца и дважды в год до 60-го месяца, а также оценку качества жизни с использованием Hem-A-QoL.

Средняя активность FIX увеличилась до 40,8 МЕ/дл (диапазон 31,3-50,2) на 1-м году и поддерживалась на уровне 45,7 МЕ/дл (диапазон 39,0-51,2) на 5-м году, при этом у двух участников показатели достигли уровня, не соответствующего гемофилии (≥ 40 МЕ/дл). Среднегодовая частота кровотечений снизилась до 0,14 за кумулятивный период наблюдения в течение 5 лет, при этом у двух участников не было кровотечений на протяжении всего периода исследования. Все пациенты прекратили участие в программе и не нуждались в профилактике FIX после лечения, и только одному потребовалась эпизодическая заместительная терапия FIX для плановых операций и двух эпизодов кровотечения. За пятилетний период ни у одного из участников не наблюдалось клинически значимого повышения уровня печёночных ферментов, потребности в стероидах, развития ингибиторов FIX, тромботических осложнений или поздних событий, связанных с безопасностью.

«Через пять лет после введения этранакогена дезапарвокеа продемонстрировано устойчивую эффективность и безопасность, небольшой размер выборки, состоящей всего из трёх участников, ограничивает обобщаемость результатов. Учёные отметили необходимость проведения более долгосрочной работы, и все участники были включены в расширенное исследование ещё на 10 лет для дальнейшей оценки длительности и безопасности лечения».

По их словам, хотя исследование продемонстрировало устойчивую эффективность и безопасность, небольшой размер выборки, состоящей всего из трёх участников, ограничивает обобщаемость результатов. Учёные отметили необходимость проведения более долгосрочной работы, и все участники были включены в расширенное исследование ещё на 10 лет для дальнейшей оценки длительности и безопасности лечения».

Игорь НАУМОВ.

По материалам JAMA, El Medico Interactivo, Medscape.



## Новые подходы

Результаты остеопластики могут стать значительно выше, если совершенствовать состав материала. Хорошая новость для травматологов-ортопедов: учёные Института металлургии и материаловедения им. А.А.Байкова РАН разработали инъекционные костные цементы на основе фосфатов магния и кальция, модифицированные гиалуронатом натрия. Это открывает новые возможности в создании изделий для малоинвазивной реконструктивно-восстановительной хирургии костной ткани.

# Новое качество костного цемента

Как пояснили авторы научного проекта, разработанные ими материалы обладают высокими механическими свойствами, улучшенной инъекционностью и биосовместимостью, они максимально приближены к нативной костной ткани человека. Учёные предложили кальций-фосфатные цементы с магниевым содержанием 20%, 40% и 60% и с добавлением гиалуроната натрия.

– Добавление гиалуроната натрия не только улучшило инъекционность материала, но и увеличило его механическую прочность. Разработанный нами костный цемент на основе фосфатов магния и кальция может стать альтернативой

классическому материалу из полиметилметакрилата, – говорит директор ИМЕТ, член-корреспондент РАН Владимир Комлев.

Экспериментальные исследования in vivo, в ходе которых моделировали закрытые костного дефекта и оценивали цитотоксичность нового состава, показали, что введение катионов магния увеличивает способность поддерживать адгезию и пролиферацию клеток, а также остеогенную дифференцировку мезенхимальных стволовых клеток. Это в свою очередь стимулирует экспрессию генов, которые играют ключевую роль в минерализации костной ткани.

Следующий шаг, по словам В.Комлева, – организация клинических исследований. Учитывая, что научное исследование проводилось при финансовой поддержке не только Российского фонда науки, но также Министерства здравоохранения РФ, можно надеяться на то, что «клиника» будет организована в ближайшее время и новая технология изготовления костных цементов окажется быстро внедрена в клиническую практику. Это важно, учитывая, что восстановление костной ткани – эффективный метод лечения при травмах, онкологических заболеваниях и дегенеративно-дистрофических патологиях.

Елена ЮРИНА.



## Особый случай

# Шанс на спасение

Тюменские врачи выполнили сложную операцию. Долгое время Владимир болел дегенеративным пороком сердца. В 60 лет ему выполнили биопротезирование аортального клапана и коронарное шунтирование. Казалось – всё позади. Но спустя время сообщили о его дисфункции. Здоровье мужчины стало ухудшаться с каждым месяцем.

«Я не мог пройти и 5 метров – задыхался. Я всё тянул и тянул...», – вспоминает Владимир. – А когда в очередной раз меня увезла скорая помощь в первую областную, я даже не подозревал, что проведу в больнице больше 4 месяцев».

В Тюменскую ОКБ № 1 пациента привезли в тяжёлом состоянии. Врачи отделения кардиологии № 2 лечили и готовили его к операции. «У Владимира длительное время сохранялась пневмония, что значительно отягощало его состояние. Такое инфекционное осложнение не позволяло его оперировать. Наша задача была привести все органы и системы в оптимальное состояние, чтобы организм мог перенести операцию», – пояснила заведующая кардиологическим отделением № 2 Валентина Балина.

Мужчине требовалась сложная операция – репротезирование аортального клапана. Учитывая

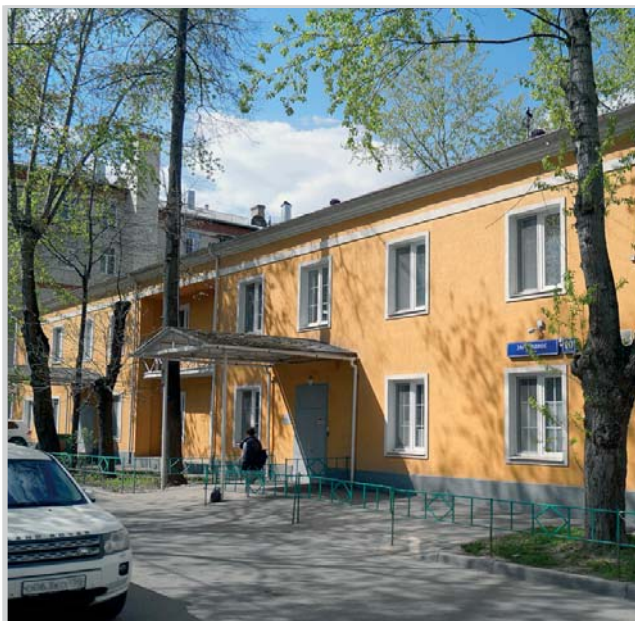
сложный коморбидный фон и высокий риск открытого оперативного вмешательства, потребовалось экспертное мнение от врачей федеральных центров.

«Несмотря на все усилия предоперационной подготовки, его состояние было настолько тяжёлым, что могло привести к неблагоприятному исходу после операции. Поэтому мы направили его эпикриз для согласования дальнейшей тактики. Нам ответили, что пациент толерантен к хирургическому лечению, а риск оперативного вмешательства крайне высокий и предложили рассмотреть консервативную терапию. Но изо дня в день его состояние ухудшалось. Мы понимали, что, несмотря на все риски, хирургическое вмешательство неизбежно. Операция прошла успешно», – рассказала заведующая кардиохирургическим отделением № 1 ОКБ № 1 Лусине Арутюнян.

Владимир уже настроен на возвращение к полноценной жизни, о которой раньше мог только мечтать. Он больше не зависит от кислорода, проходит реабилитацию и благодарит врачей, которые вселили в него надежду на лучшее и подарили шанс на спасение.

Мария ЗАВОДОВСКАЯ.

Тюмень.



## АРЕНДА от собственника Здание реконструировано под медицинский центр

- 8 лет успешной эксплуатации
- 2 операционные
- система вентиляции

Площадь: 642 м<sup>2</sup>

Москва,  
Загородное шоссе, 10 к.8,  
ст. м. «Крымская», 6 мин. пешком.

8 (915) 064-48-06

## В клиниках и лабораториях

# Обыкновенные чудеса

## Их умеют осуществлять свердловские онкохирурги

**В Свердловском областном онкологическом диспансере постоянно выполняются операции, которые не только обывателям, но и медикам иногда кажутся почти что чудом. Мы расскажем о некоторых из них.**

### «Вырастили» печень

Специалисты диспансера применили передовую методику лечения, чтобы помочь 60-летнему пациенту со злокачественным новообразованием печени. У мужчины удалили почти 50% поражённого органа, при этом врачи закупорили ветви воротной вены, идущие к этой части печени, и помогли здоровым сегментам увеличиться в объёме.

«На сегодняшний день приоритетным выбором лечения гепатоцеллюлярных карцином, наиболее распространённых первичных злокачественных опухолей печени, является хирургическое вмешательство: радикальное удаление части печени с опухолью открытым способом или с использованием лапароскопических технологий. Выполняя это, хирурги должны быть уверены, что оставшиеся сегменты возьмут на себя компенсаторную функцию, и тогда медики буквально помогают печени вырасти заново. Однако возможность выполнения такой операции напрямую зависит от сопутствующих заболеваний органа, которым в абсолютном большинстве случаев подвержены наши пациенты: это гепатиты В и С, цирроз и другие», – объяснил заместитель главного врача по хирургии Свердловского областного онкологического диспансера Глеб Кичигин.

Помочь 60-летнему мужчине удалось благодаря этой технологии, а также слаженной работе абдоминальных и рентгендоваскулярных хирургов, анестезиологов-реаниматологов. «Выращенная» часть печени справляется с работой, каждые три месяца пациент приходит в онкоцентр для динамического наблюдения и чувствует себя хорошо.

Согласно статистике, рак печени ежегодно выявляют примерно у 500 свердловчан. Он входит в первую десятку самых распространённых онкопатологий в мире и крайне редко развивается в здоровых тканях, то есть появление злокачественной опухоли в печени напрямую связано с образом жизни человека. По словам специалистов, выявить новообразование можно при УЗИ брюшной полости, в дальнейшем проводится уточняющая диагностика (КТ, МРТ) с использованием внутривенных контрастных препаратов. При подтверждении диагноза врачи применяют ком-

плексный мультидисциплинарный подход: лечение в динамике контролируют не только онкологи, но и гастроэнтерологи. Если выполнить традиционную операцию невозможно, рассматривается вариант разрушения опухолевого очага с использованием радиочастотной абляции под УЗИ-контролем или применения методики селективной химиоэмболизации под рентген-контролем, когда блокируется кровоток в опухоли.

### Можно дышать!

Специалисты отделения торакальной онкологии помогли свердловчанину Дмитрию, у которого опухоль полностью перекрыла бронх. Профессионально выполненная операция вернула мужчине возможность дышать полной грудью, при этом весь объём лёгкого удалось сохранить.

Пациент поступил в СООД с жалобами на выраженную одышку примерно через полгода после

оборудование, опыт и мастерство бригады хирургов и анестезиологов позволили прибегнуть к выбору органосохранной операции и избежать инвалидизации пациента: была удалена часть левого главного бронха с последующим соединением оставшихся здоровых участков. Таким образом удалось сохранить весь объём левого лёгкого», – пояснил заведующий отделением торакальной онкологии Свердловского областного онкологического диспансера Максим Руденко.

Дмитрий почувствовал улучшение сразу после операции.

Отделение торакальной онкологии открыто в 2017 г. Врачи выполняют всё больше операций: в первый год работы провели 335 вмешательств, а в 2024 г. – уже около тысячи.

Национальный проект «Здравоохранение» позволил закупить в отделение современную торакоскопическую стойку, а в рамках действующего Нацпроекта «Продолжительная и активная



первых признаков заболевания: ему стало тяжело дышать сначала при физической нагрузке, а затем и в покое. Обследование выявило опухоль, которая полностью перекрывала бронх, отвечающий за дыхание левым лёгким. Отсутствие адекватной вентиляции приводило к его воспалению. Единственным способом лечения данной патологии является хирургическое вмешательство.

«В абсолютном большинстве случаев при данной локализации опухоли удаляется всё лёгкое. Однако особенности новообразования, высокотехнологичное

жизнь» второй операционный зал торакальных хирургов укомплектовали ещё одной стойкой с 3D-визуализацией, помогающей ювелирно выполнять даже самые сложные вмешательства. Также закуплен и медиастиноскоп, который позволяет исследовать средостение, поверхность трахеи и бронхов, выполнять диагностику и удаление лимфатических узлов для правильного определения стадии заболевания и профилактики рецидива.

Алёна ЖУКОВА.

Екатеринбург.



Два чувства дивно близки нам.  
В них обретает сердце пищу:  
Любовь к родному пепелищу,  
Любовь к отеческим гробам...  
(А.С. Пушкин)

**Заслуженный врач РФ, профессор Вениамин Лирцман (25.09.1925 – 26.12.2016) с честью служил медицине, воспитав достойных последователей. Его учениками считают себя многие травматологи и ортопеды. Благодаря разработанным им методам лечения переломов и повреждений сухожилий и связок было восстановлено здоровье тысяч людей. Столетию со дня рождения незабвенного Вениамина Михайловича была посвящена Международная научно-образовательная конференция «Теория и практика современной травматологии и ортопедии: от университета в клинику», состоявшаяся в рамках мероприятий юбилейного X Международного Пироговского форума травматологов-ортопедов на базе НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского.**

Попробуем представить мальчишку 16 лет. Отец ушёл добровольцем на войну, мама работает, а он по ночам обезвреживает зажигательные бомбы на крышах домов. Таким был девятиклассник Венья Лирцман. Впоследствии он добился призыва в армию для защиты Родины от фашистов. Его направили сначала в пулемётно-миномётное училище (Челябинск), где он научился стрелять из всех видов стрелкового оружия. Но в это время была крайняя необходимость в медиках, и поэтому следующее место его учебы – Военно-медицинское училище им. Н.А.Щорса (Пермь), по окончании которого в 1943 г. его направили на Ленинградский фронт. Там молодой офицер командовал санитарным взводом, был на передовой, вытаскивал раненых с поля боя и оказывал им неотложную медицинскую помощь. За спасение 15 раненых бойцов в битве за Выборг младший лейтенант В.Лирцман был удостоен первого ордена Красного Знамени. Второй получил за спасение группы бойцов в посёлке Гвардейский. Именно в этот период проявились его творческие способности в решении проблем. Многие солдаты страдали цингой из-за

дефицита витаминов. Он собирал в лесу различные травы, ягоды и делал из них отвар, которым поил бойцов и излечивал их от этого коварного заболевания. Тяжёлыми дорогами войны вместе с другими прошёл Вениамин Михайлович и завершил её в звании старшего лейтенанта. За участие в Великой Отечественной войне он был награждён тремя боевыми орденами и 12 медалями.

Вся дальнейшая его жизнь посвящена медицине. Однако сразу после демобилизации документы для поступления в Первый и Второй Московские медицинские институты не приняли из-за отсутствия аттестата об окончании средней шко-

## Былое

# Лоцман в травматологии и ортопедии К 100-летию профессора Вениамина Лирцмана

лы. И будущий учёный-клиницист поступил в Третий медицинский институт, который в дальнейшем перевели в Рязань (ныне РязГМУ им. И.П.Павлова). Фронтовик учился на «отлично», был избран старостой группы, а затем секретарём комсомольской организации факультета. В 1953 г., после окончания института, Вениамин Михайлович направлен в Путятинскую ЦРБ Рязанской области, где в течение трёх лет работал одновременно главным врачом и хирургом. Он и его жена акушер-гинеколог Изабелла Баранович, жили в больнице, поэтому для них не существовало такого понятия, как рабочее время.

Поступив в клиническую ординатуру Центрального института травматологии и ортопедии (ЦИТО) (ныне НМИЦ травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова) в 1956 г., Вениамин Михайлович учился и работал под руководством легендарного травматолога, родоначальника хирургии переломов в Советском Союзе, профессора А.Каплана, где осваивал все передовые методы оперативного и консервативного лечения. После окончания ординатуры он становится аспирантом ЦИТО у А.Каплана и начинает изучать, а в последствии успешно развивать одно из самых сложных направлений

– гериатрическую травматологию, науку о диагностике и особенностях лечения травм у лиц пожилого и старческого возраста. Переломы шейки бедра были огромной проблемой для медицины, а ложные суставы шейки бедра – неразрешимым вопросом. Большинство пациентов с подобной травмой лишались возможности нормально передвигаться или даже совсем не могли ходить. В 1962 г. Вениамин Михайлович защитил кандидатскую диссертацию «Несросшиеся переломы и ложные суставы шейки бедра и их лечение». Многие его пациенты вернулись к полноценной жизни.

День защиты докторской диссертации В.Лирцманом на тему «Переломы бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста (в 1972 г.) стал праздником для московских коллег. Большой актовый зал ЦИТО был переполнен – явление редчайшее. Специалистам было важно знать научные и практические выводы диссертанта по применению однополюсных эндопротезов Мура-ЦИТО для замены головки и шейки бедренной кости. До сих пор не утратили значение публикации В.Лирцмана. Особенно ценят практические врачи книгу, изданную совместно с профессором-терапевтом М.Маловой «Предоперационная

подготовка и послеоперационное лечение больных пожилого и старческого возраста с переломами костей» (М., 1980).

За 27 лет работы в ЦИТО Вениамин Михайлович прошёл все ступени клинического и научного становления высококлассного хирурга и учёного: клиническая ординатура, аспирантура, младший научный сотрудник, старший научный сотрудник. Он много раз выступал с докладами на съездах травматологов-ортопедов, научно-практических конференциях, симпозиумах и других мероприятиях.

С 1983 г. В.Лирцман становится профессором кафедры травмато-

Несмотря на наполненную событиями жизнь врача, учёного, Вениамин Михайлович много времени проводил с семьёй. Он жил в скромной квартире недалеко от станции Лосиноостровская в городе Бабушкин, впоследствии ставший одним из окраинных районов Москвы. Вместе с супругой они воспитали 2 детей и 3 внуков, успев понаблюдать и 4 правнуков.

Он начинал день с утренней зарядки, после чего обязательно уделял время чтению профессиональной литературы, среди которой всегда был свежий выпуск «Медицинской газеты». При этом находил время поинтересоваться делами

своих детей и внуков, особенно тех, кто пошёл в медицину. Его советы и мудрое наставничество явились путеводной звездой для дочери, ставшей реаниматологом, внука – невролога и внучки – стоматолога.

Врач, учёный высокой эрудиции, человек большой душевности и отзывчивости, профессор В.Лирцман стал для современников лоцманом в море травматологии и ортопедии.

**Магомед АБДУЛХАБИРОВ, доцент кафедры травматологии и ортопедии Медицинского института РУДН им. П.Лумумбы, кандидат медицинских наук.**

**Николай ЯРЫГИН, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и медицины катастроф РосУниМед, член-корреспондент РАН.**

**Михаил ПАРШИКОВ, профессор кафедры травматологии, ортопедии и медицины катастроф РосУниМед.**

**Пётр ЕЛДЗАРОВ, доктор медицинских наук.**

**Михаил СИНКИН, ведущий научный сотрудник НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, доктор медицинских наук.**

## Ракурс

# Этим летом в Ялте

**Вся моя долгая жизнь связана с Крымом. Я родился за 10 лет до войны в Севастополе. Ялту знаю очень давно, где жил с 1944 г., после её освобождения. Помню мрачные доты на набережной, все входы и выходы к ней и морю с улиц были заблокированы толстыми железобетонными стенами с узкими извилистыми проходами и колючей проволокой над ними. Здесь окончил среднюю школу. Крымская конференция трёх великих держав, перестроившая послевоенный мир, и победные майские дни 1945-го – всё проходило на моих глазах.**

Потом учился в Крымском медицинском институте. Работал на целине в Казахстане. Затем постигал неврологию и нейрохирургию в Московском институте им. Н.Н.Бурденко (ныне Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии). После столичной аспирантуры 22 года трудился на Волге в Нижнем Новгороде (тогда Горьком), где создал с коллегами межобластную 100-копечный нейрохирургический центр. В 1984 г. главный нейрохирург СССР академик Александр Коновалов позвал в Москву – руководить вместе с ним 5-летней Всесоюзной научно-технической программой по черепно-мозговой травме. Её совместно успешно выполнили все республики бывшего Советского Союза. Она существенно обогатила наши знания и улучшила ситуацию с диагностикой и лечением этой беды цивилизации.

Полученные результаты были удостоены Государственной премии России в 1995 г. И вот уже пятый десяток тружусь в Институте нейрохирургии главным научным сотрудником.

Перечисляю этапы пройденного пути только потому, чтобы сказать, что каждое лето я с семьёй провожу в Ялте и могу судить обо всех изменениях города-курорта в

разные периоды: военный, сталинский послевоенный, хрущёвский, когда своеобразно подарили Крым соседнему государству, долгий украинский, наконец путинский со сложным возвращением его на Родину и, наконец, в годы специальной военной операции.

Мне кажется, я могу довольно объективно судить о динамике, которую проделал Крым, а в особенности Ялта. Сюда всегда стремились на сезон начиная со времён чеховской «Дамы с собачкой». Ялта стала крупнейшей всесоюзной здравницей. Большинство санаториев, особенно ведомственные, работали круглогодично. Но в летние месяцы не могли справиться с наплывом отдыхающих. Расцвела сдача квартир, что существенно влияло на благополучие ялтинцев во внекурортные месяцы.

Россия и ряд других республик были главными строителями новых современных домов отдыха и санаториев.

После распада СССР наступил длительный период стагнации в развитии курортного дела и необходимой сопутствующей инфраструктуры полуострова.

Вслед за событиями 2014 г. постепенно, но радикально ситуация в Крыму изменилась. Перечислю лишь некоторые явные крупные

новации первого десятилетия российского Крыма. Построен новый аэропорт, о котором лишь могут мечтать многие страны мира. Проложена современная магистраль через весь полуостров от Керчи до Севастополя. Главное – возведён масштабный мост через Керченский пролив, надёжно связавший Крым с материковой Россией. Появилась новая и современно оборудованная Республиканская клиническая больница на 1,2 тыс. коек.

Это, конечно, далеко не всё. Но цель статьи не перечислить достигнутое и восхититься пусть заслуженными стратегическими переменами за короткий срок, а сравнить, как Ялта в этом году выглядит в сопоставлении с предыдущим временем.

Свидетельствую, Ялта – её пляжи, парки, набережные, улицы, рынки и магазины полны отдыхающих со всей России. Может быть, в этом году их даже побольше, поскольку мазутные выбросы на северокавказском побережье ограничили там бывшие пляжные возможности. А поток мазута, к счастью, благодаря морскому течению пронёсся мимо Южного берега Крыма к Севастополю.

На бесплатных общедоступных пляжах порой скученность ком-

мунальных квартир. Много детей и мало тени. Публика говорлива. Но, насколько я слышу разговоры соседей, о войне и её опасностях не судачат. Сознательно или, вернее, подсознательно. Опасность постоянно и над тобой, и в море. Нет гарантий, что внезапно не появятся украинские беспилотные летательные аппараты в небе или беспилотные катера на море. Очевидно, следящие за ними службы бдительны и предотвращают трагедии на пляжах и улицах, о которых мы нередко слышим в новостях из других мест.

Идёт обычная курортная жизнь, но не проявляемое внешне предощущение смертельной опасности невольно присутствует.

Надо быть объективным – никогда ещё за долгие годы советской и потом украинской власти Ялта не была так чиста и ухожена, как этим летом.

Испытываешь ощущение полной гармонии между неотразимыми природными красотами Южного берега и рукотворными созданиями архитектуры и декоративного паркового искусства в неповторимых крымских ароматах. Никогда не думал, что таким притягательным станет мой любимый город в условиях специальной военной операции. Никому не хочу навязывать мнение старого ялтинца, но из всех курортных мест, которые мне довелось поведать в Европе и в США, в Азии и в Австралии, Ялта выделяется своим замечательным обликом.

Билеты на поезд в Крым – огромный дефицит. Автоочереди на Крымском мосту бьют рекорды. Все ждут когда откроется долгожданное авиасообщение.

**Леонид ЛИХТЕРМАН, профессор.**

Ялта.

## Сокровенное

### Август, 32-е число...



Август дарит остатки лета, Разливая по банкам мёд. Я шагаю, до мышц раздетый, Зная: солнце завтра уйдёт В сентябриную робкую осень, Где прописку получит грусть, Где ореховой чуткой тростью Я в кленовые листья упрусь. Пожалей меня, август, – немного, Хотя на день увеличь свой срок! 32! Неужели много? Дай мне лета ещё Лоскуток!

**Владимир КОРОЛЁВ**



Так получилось, что материал по итогам интервью, которое мы провели на днях с ректором Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н.Бурденко Игорем Есауленко, мы публикуем уже после его скоропостижной кончины. Он ушёл из жизни 19 августа – видный научный, политический и общественный деятель региона, человек, посвятивший жизнь воспитанию медицинских кадров, развитию научно-инновационного потенциала вуза, подготовке не только профессионалов своего дела, но и активных граждан страны.

### Всегда будет примером

Игорь Эдуардович родился 18 марта 1956 г. в городе Жигулёвске Куйбышевской области. В 1979 г. с отличием окончил Воронежский ГМУ, с которым связал всю дальнейшую трудовую жизнь. Получил специальность «Лечебное дело», затем обучался в аспирантуре на кафедре нормальной физиологии.

Служа науке, он совмещал научную и преподавательскую деятельность с общественной работой: был председателем профсоюзного комитета сотрудников мединститута, с 1993 г. – проректором по социально-экономическим вопросам, а с 2000-го возглавил университет. За годы работы ректором усилиями Игоря Эдуардовича были созданы новые структурные подразделения: три института, три факультета, новые кафедры и центры. В сферу его научной деятельности входили нормальная физиология, вопросы экологической безопасности жизнедеятельности, а в организационном плане он занимался вопросами оптимизации деятельности высшей медицинской школы, теории и практики применения информационных технологий в управлении здравоохранением.

Результатом многолетней работы стали свыше 400 научных публикаций, включая 17 монографий и 7 учебников, официально утверждённых Минздравом России. Под его руководством успешно защищены 15 кандидатских и 4 докторских диссертации. Игорь Эдуардович также возглавлял специализированный диссертационный совет по специальности «Системный анализ, управление и обработка информации», был главным редактором и членом редколлегий ряда признанных научных журналов.

Наряду с преподавательской и научной деятельностью он вёл активную общественную и организационную работу. С 1986 по 1993 гг. занимал должность председателя профсоюза сотрудников медицинского института, был членом президиума Воронежского отделения партии «Единая Россия», ответственным секретарём Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов РФ, членом Совета ректоров Воронежа, избирательной комиссии Воронежской области, Общественного совета при ГУВД области, Общественной палаты Воронежской области. Много работал в качестве депутата областной Думы, выступал инициатором многих законодательных инициатив.

О масштабе его профессиональных и общественных заслуг говорят звания – ректор ВГМУ, академик Российской экологической академии, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный работник высшей школы РФ, Почётный гражданин Воронежа. И многочисленные награды, среди которых медаль СССР «За доблестный труд», медаль РФ им. Г.К.Жукова, почётная медаль Международного медицинского общества им. А.Швейцера, значок «Отличник здравоохранения РФ», медаль Сергея Радонежского второй степени, ведомственные грамоты, медали и многочисленные награды.

Он был не только выдающимся учёным, опытным руководителем, общественным деятелем, но и прекрасным человеком. Вот почему коллеги, ученики, все, кто знал Игоря Эдуардовича, восприняли известие о его уходе с искренним сожалением и скорбью. Слова соболезнования поступают из разных уголков страны. Его вклад в развитие медицины, выс-

шего образования и общественной жизни региона всегда будет служить примером и вдохновением для будущих поколений специалистов.

### Высокие позиции

С Игорем Эдуардовичем мы неоднократно встречались, беседовали. Это происходило в разные годы, и неизменно от встречи к встрече я узнавал много нового, что произошло в университете, потому что под его руководством вуз постоянно развивался, совершенствовался, шёл вперёд. Ректор был открыт для встреч с прессой, увлечённо расска-

з ВГМУ широко вовлечён в международную научную деятельность: его представители выступают на конференциях с результатами собственных исследований, участвуют совместно с иностранными коллегами в многоцентровых научных проектах. Здесь регулярно проводят международные и всероссийские конференции, симпозиумы и научные форумы. Активно вовлекают в научно-исследовательскую деятельность студентов, ординаторов и аспирантов, которые участвуют в инновационных разработках, получают гранты на исследования, что способствует коммерциализации научных проектов.

опыт, врач в дальнейшем сможет оптимизировать время, общаясь с пациентами в первичном звене. Ещё одна технология – геймификация, то есть использование игровых элементов в учебном процессе для повышения мотивации и вовлечённости учащихся. Интерактивное обучение подразумевает активное взаимодействие между студентами и преподавателями, что позволяет лучше усваивать материал, развивать коммуникативные навыки.

Образовательный процесс включает и воспитательные функции. Необходимо формировать такую личность выпускника, такого про-

зовского образования и работы с выпускниками участвуют в организации и проведении карьерных мероприятий, на которых учащихся информируют и мотивируют с учётом потребности в медицинских специалистах.

Воронежскому ГМУ удаётся менять картину с медицинскими кадрами в регионе.

И.Есауленко шёл к созданию прогрессивного, современного университета, способного участвовать в социально-экономическом развитии не только субъекта, но и всей страны. Всегда стоял на позиции, что медицинские вузы должны участвовать,

### Память

# Последняя встреча

## Не стало профессора И.Есауленко, четверть века возглавлявшего Воронежский медицинский университет

зывал о достижениях вуза, обсуждал перспективы развития. И всегда меня восхищали его профессионализм, преданность делу, широкий кругозор, энциклопедическая эрудированность, доброжелательность. Он считал, что возглавляемый им университет по качеству образования не уступает лучшим высшим учебным заведениям России. И это чистая правда, подтверждённая высокими позициями в рейтингах, – ВГМУ входит в сотню лучших вузов России, причём в этот рейтинг включены не только медицинские, но и технические, экономические, педагогические университеты – более тысячи учреждений образования.

Во время нашей недавней встречи (как оказалось, последней) я спросил, как прошла приёмная кампания 2025 г. «В штатном режиме. Количество поданных заявлений – 4843, на 176 больше, чем в прошлом году, – сообщил он. – Самым высоким оказался бал на стоматологический факультет – 293, отмечен абитуриент лечебного факультета с баллом 304. Заметно, что в этом году поступающие более осознанно использовали квоты целевого приёма, учитывая, что им дополнительно начислялось 5 баллов за целевые индивидуальные достижения».

Я также поинтересовался, какие изменения ожидают студентов и преподавателей в новом учебном году. Известно, что университет осуществляет подготовку специалистов от среднего звена до научных работников, сейчас в нём реализуются 3 программы среднего профессионального образования, программа бакалавриата, 6 программ специалитета и 46 программ ординатуры. И узнал, что в новом учебном году впервые произведён набор на программы ординатуры по специальностям «Аллергология, иммунология», «Генетика».

Ключевым звеном качественной подготовки специалистов в вузе считают практикоориентированное медицинское образование, невозможное без современных технологий симуляционного обучения. В университете действует федеральный мультипрофильный аккредитационно-симуляционный центр, на базе которого ежегодно проходят обучение более 6 тыс. врачей. Однако его мощности уже явно недостаточно, поэтому в 2025-2026 гг. планируют расширить площади. С 1 сентября откроется Центр практической подготовки, который будет обеспечивать взаимодействие университета с базами практической подготовки учащихся.

Сегодня много говорится о необходимости встраивать вузы в систему научно-инновационной деятельности. ВГМУ активно осуществляет процесс интеграции. Это подтверждается высокой публикационной активностью сотрудников и учащихся вуза в ведущих научных журналах России и зарубежья, в том числе это совместные статьи с зарубежными коллегами. Кроме того, университет издаёт шесть научных журналов.

Что касается трендов в области научно-исследовательских изысканий, то ВГМУ ведёт разработки по двум ключевым направлениям – внедрение искусственного интеллекта в практическую медицину, а также создание устройств, позволяющих повысить эффективность используемых методов диагностики заболеваний.

фессиионала, который будет восстанавливать и сможет достойно представлять вуз в лечебных учреждениях не только Воронежской области, но и по всей стране, был убеждён И.Есауленко. И воплощал это на практике. По индексу эффективности воспитательной деятельности в рамках студенческого проекта «Твой

помимо образовательного процесса, в научно-исследовательской работе, активно развивать те направления исследований, которые отвечают потребностям практического здравоохранения. Эта концепция совпадает с целями федеральной программы государственной поддержки «Приоритет-2030», и Во-



И.Есауленко (в центре) во время встречи в Бутурлиновском районе (2023 г.)

Инновационные образовательные технологии – это важная составляющая образовательной деятельности в ВГМУ. Здесь стремятся создать интерактивную, гибкую и индивидуализированную образовательную среду, которая бы способствовала развитию критического мышления и творческих навыков учащихся. Один из таких методов – проектное обучение, то есть создание и реализация проектов, которые развивают навыки самостоятельного решения задач, командной работы. Другой метод – обучение с использованием информационных технологий. Это когда применяются электронные учебники, онлайн-курсы, видео-конференции, что делает процесс обучения интерактивным, более доступным. В частности, на кафедрах поликлинической терапии, пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии используется медицинская информационная система «Квазар», в которой студенты совершенствуют навыки работы в первичном звене здравоохранения. Доступна работа с амбулаторной картой пациента, диагностическим и лечебным блоком, а также выдача медицинской документации. Получив такой

ход» в 2024 г. ВГМУ занял 2-е место среди вузов, подведомственных Минздраву России, и 15-е место среди всех российских (в этом индексе участвовало 156 высших учебных заведений страны).

Важным элементом воспитательной работы является деятельность Студенческих советов. В 2024 г. более 2,5 тыс. студентов приняли участие в добровольческой деятельности, а также в спортивных и культурных мероприятиях, что способствует формированию у них активной жизненной позиции и патриотического сознания. В университете активно развивается студенческое отрядное движение.

Вопрос трудоустройства выпускников всегда оставался в зоне внимания руководства университета. И предметом особой гордости является высокий процент трудоустройства обучающихся и выпускников в медицинские организации Воронежской и соседних областей. С 2024 г. здесь функционирует Центр карьеры, который постоянно мониторит процесс целевого обучения, обеспечивает эффективное взаимодействие сторон, развивает сотрудничество с заказчиками. Центр карьеры и деканат дову-

ронежский ГМУ борется за право участвовать в ней. Как сказал мой собеседник, вуз имеет для этого серьёзные перспективы – занимает высокие позиции в рейтингах образовательных организаций, проводит практико-ориентированное обучение с использованием симуляционных и цифровых технологий, а также принимает участие в международных научно-образовательных инициативах. «Чтобы укрепить конкурентные позиции университета в программе «Приоритет-2030», мы будем усиливать коммерческий потенциал собственных разработок, развивать сотрудничество с промышленными предприятиями и ИТ-организациями, а также привлекать дополнительные источники финансирования», – делился он планами.

За годы работы Игорь Эдуардович воспитал множество учёных, врачей, педагогов. Им предстоит стать продолжателями его дела – двигаться дальше, развивать Воронежский ГМУ, реализовывать планы, воплощать в жизнь идеи, намеченные выдающимся предшественником.

Алексей ПАПЫРИН,  
главный редактор  
«Медицинской газеты».



На страницах «МГ» мы не раз рассказывали о военной медицине, успешных операциях в полевых условиях, но одна тема оставалась не закрытой – это то, как спасают раненых под огнём противника, когда кругом летают дроны, а оказать первую помощь и доставить пострадавшего живым к врачам в госпиталь нужно максимально быстро.

Об этой стороне работы на передовой мы попросили рассказать командира медицинского взвода, ветерана боевых действий, блогера, общественного деятеля Игоря ШУМИЛИНА.

– Игорь Дмитриевич, вы по профессии не медицинский работник, но командовали медвзводом. Как оказались на этой службе?

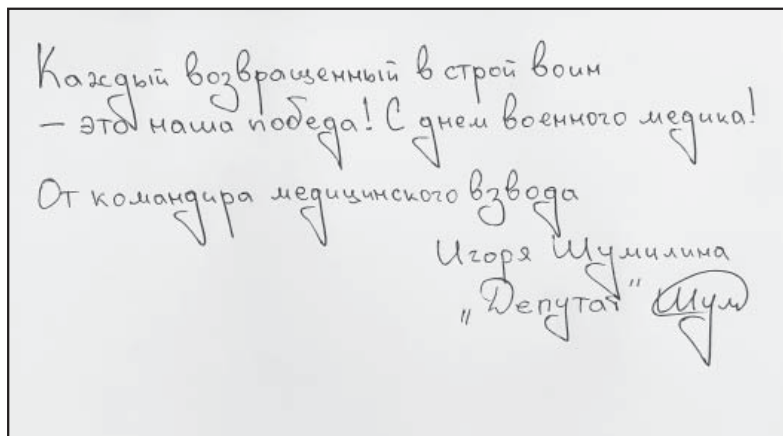
– Вообще я спасатель. После срочной службы подписал контракт с воинским формированием МЧС России в Невском спасательном центре. Пять лет получал специальность, ездил на ликвидации ЧС – наводнения, пожары. Постоянно обучались и практиковались в оказании первой медицинской помощи. А на фронте тактическая медицина оказалась востребованной. Поначалу врачей ставили на соответствующие должности в штурмовые и мотострелковые батальоны. Но на «передке» они долго не находились. Кого-то переводили в госпитали, кто-то, к сожалению, погибал... Эвакуация – это работа спасателей.

Так я и стал командиром медицинского взвода, у меня даже в должности была приставка врач, но её убрали специально для меня.

– Защита Родины для многих мужчин, да и представительниц прекрасного пола тоже, – священное понятие. И для тех, кто находится в зоне СВО, вопрос зачем они отправились на передовую вызывает улыбку, ведь для них ответ очевиден. Но всё же спросу у вас, а как вы приняли это решение?

– Когда началась СВО, я в качестве пиар-менеджера и блогера работал с футболистами Российской премьер-лиги. И в первые же дни спецоперации стал одним из тех, кто поддержал наших бойцов в медийном пространстве. Вышел даже ролик, где были известные люди, например, Плющенко, Валуев, Тимати. Вместе с ними оказался и я.

Далее до объявления мобилизации помогали со сбором и доставкой гуманитарной помощи. Появились среди моих бывших коллег – сотрудников МЧС первые погибшие и раненые. Затем увидел список специальностей, которые нужны на СВО. Отправился обычным санинструктором, правда, в санитары меня не взяли, а стал я инструктором. Впоследствии оказалось, что у нас в батальоне было два парня, один на медбрата учился, второй – на фельдшера. Но, к сожалению, они оказались не готовы к работе в таких условиях, первым раненым оказывал помощь я. Да



# Вытащить с поля боя

и командирских навыков у них не было.

Меня сделали сначала начальником медицинского пункта, а потом, после реформирования, поставили на должность командира медицинского взвода. В подчинение дали 14 парней, которые никак не связаны с медициной. Мне предстояло за две недели их научить оказывать первую помощь. Наш медвзвод с августа 2023 г. по февраль 2024 г. вытащил чуть более 1,5 тыс. бойцов.

Но под Курском большая часть моих подчинённых погибла... В строю остались двое. Я получил ранение во время эвакуации в декабре 2023 г. Дрон-камикадзе попал в нашу «буханку» – меня взрывной волной выкинуло, осколки попали в ногу, остальные ребята погибли.

– Как проходили эвакуация раненых бойцов с поля боя и оказание первой помощи?

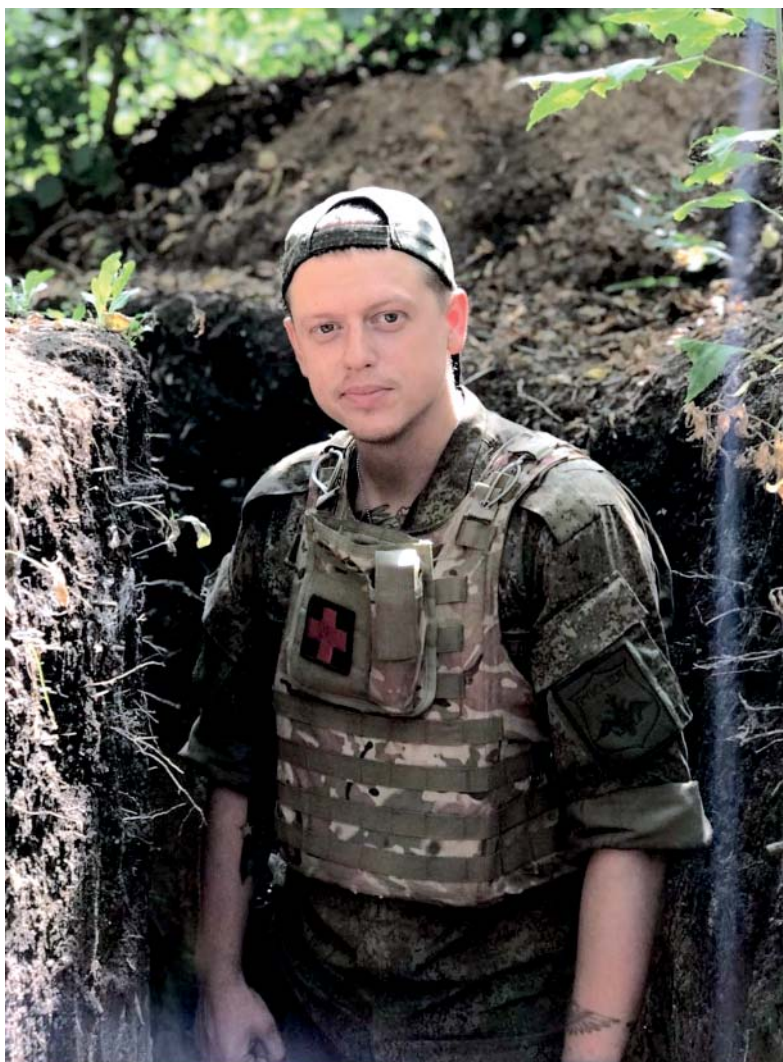
– Один расчёт заступал непосредственно в «красную зону» на линию боевого соприкосновения. Его задача – вытаскивать раненых, оказывать первую помощь. Обязанности 2-го расчёта – принять и, так сказать, поддерживать в ребятах жизнь до прибытия следующих. Третий расчёт приезжал на автомобиле, грузил пострадавших и вёз их в госпиталь. Но дорога у нас занимала порой не менее 4 часов. Соответственно, поставить капельницу, залить плазму и прочее мы умели. Многое поначалу подсказывали врачи по телефону или с помощью интернета. Четвёртый расчёт в это время отдыхал.

– История, ставшая примером самоотверженного труда санинструкторов на передовой. Как вам удалось с товарищем вытащить более 100 пострадавших?

– Это был конец октября – начало ноября 2023 г. Мы зашли на позиции, рядом три бригады. Перед нами минное поле, река,

ют ему жизнь, восстанавливают здоровье.

У нас другой профиль. И поначалу, конечно, даже были недопонимания с врачами. Скрывать не буду, мне они поначалу представлялись какими-то слишком правильными, всегда опрятными, чистыми, элегантными. Мы же возвращались грязные, уставшие. Но со временем, конечно, пришло понимание, что это наша общая работа. Мы тесно взаимодействуем друг с другом, и всё ради спасения наших бойцов.



очень неудобный ландшафт для эвакуации... В итоге мы с санинструктором, который ранее не был связан с медициной, остаёмся одни из трёх подразделений. В это время идёт наступление, и мы с Пашкой за сутки вытащили более 100 парней. 26 я вынес на себе через речку, минное поле...

– Вы себя ассоциируете с медицинскими работниками?

– У нас другая работа, хотя и очень близкая. Нам важно вытащить человека и доставить его живым. Врачи уже потом спаса-

ют ему жизнь, восстанавливают здоровье. Да и видим, какие чудеса творят врачи. Я встречался с нейрохирургом, который в полуполевых условиях пулю из головы доставал.

– Но в вашей практике за 16 месяцев нахождения в зоне СВО наверняка, тоже были чудеса спасения?

– Нас уже мало чем можно впечатлить. Хотя были случаи, когда пришлось приложить немало усилий для спасения. Так, к нам прикомандировали парня из другой бригады. Он неправильно «затампонировал» бойца с от-

крытым переломом и снял жгут. Мы начали транспортировать его под капельницами в госпиталь. Раненый просто «вытекал», а мы этого не видели, так как он был укрыт. Когда спохватились, пришлось «качать» его прямо до госпиталя. Экстренно передали раненого врачам. Его реанимировали. Тогда нам впервые сказали: «Можете собой гордиться. Вы спасли человека».

Интересная встреча произошла уже в Санкт-Петербурге. Ко мне подошёл военнослужащий. Он обнимал и благодарил меня. Я поначалу даже подумал, что он меня с кем-то спутал. Оказывается, мы уже встречались. Вытаскивал его, раненого, с поля боя. После того он восстановился, стал героем, удостоен государственных наград.

– Вы стали участником проекта, который инициировал Президент России – «Время Героев»...

– Да, я прошёл отбор, чему очень сильно рад. Обучение начнётся с 1 сентября. Пока что есть время выдохнуть. Я как раз оканчиваю последний семестр магистратуры. Сейчас производственная практика начнётся, а после неё – написание выпускной работы и обучение на «Время Героев».

– Давайте завершим наше интервью на блогерской ноте. У вас есть страницы в соцсетях с достаточно большим количеством подписчиков: [https://instagram.com/shumilin\\_charming](https://instagram.com/shumilin_charming) (деятельность Meta (соцсеть Instagram) запрещена в России как экстремистская – Ред.) и [https://vk.com/shumilin\\_charming](https://vk.com/shumilin_charming). Когда и как решили стать блогером и какая направленность будет в дальнейшем?

– Начинать с развлекательного контента и думал, что моей аудитории нравится, как мы дурачимся с футболистами. За время моего нахождения в зоне СВО я потерял порядка 400 тыс. подписчиков, но остались те люди – и их достаточно много, которые переживали за меня, радуются моим достижениям. Они всегда будут рядом. Понимание этого дало мне определённую свободу.

Я двигаюсь к тому, что дальнейшая моя работа и контент будут связаны с молодёжью. Как отец троих детей, как отчасти лидер молодого поколения, буду помогать юношам и девушкам реализоваться.

Если человек искренне хочет добиться поставленной цели, то я в меру своих сил помогу ему.

– Как я понял, решения вы принимаете чётко и быстро, а хотелось бы что-то изменить в прошлом?

– Мне кажется, я прошёл неплохую школу жизни. Если бы вернуться в прошлое, то не отказался бы ни от чего. Ошибки и трудности делают нас опытнее и устойчивее. Главное, что я уже успел принести пользу обществу. Но впереди будет ещё очень много дел!



Беседу вёл  
Сергей БУДАЧЕНКОВ,  
обозреватель «МГ».

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

Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов.

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

Главный редактор А.ПАПЫРИН.

Редакционная коллегия: С.БУДАЧЕНКОВ (ответственный секретарь), Е.БУШ, В.ЕВЛАНОВА, Д.ГЛАЗКОВ, А.ЖУКОВА, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, А.КРУГЛЯКОВА, Б.ЛИХТЕРМАН, Ф.СМИРНОВ (редактор сайта).

Дежурный член редколлегии – В.ЕВЛАНОВА.

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

Материалы, помеченные знаком , публикуются на правах рекламы.

За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Отпечатано в ОАО «Московская

газетная типография».

Адрес: 123022, Москва,

ул. 1905 года, д. 7, стр. 1

Заказ № 1611

Тираж 10 500 экз.

Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

