

Медицинская

14 августа 2024 г.
среда
№ 32 (8152)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

www.mgzt.ru



Национальный проект «Продолжительная и активная жизнь» обсудили на заседании ОНФ.

Стр. 5

В Якутии придумали и реализовали новую модель организации первичной специализированной помощи.

Стр. 6-7

Нормой жизни стало то, что 20 лет назад казалось нереальным.

Стр. 10

Ориентиры

Призвание быть смелыми

Специалисты из Приангарья покорили очередную профессиональную вершину



Лидер отечественной детской роботизированной хирургии, главный врач Иркутской государственной областной детской клинической больницы, член-корреспондент РАН Юрий Козлов и его коллеги достигли очередной профессиональной вершины. Впервые в России здесь выполнили робот-ассистированную операцию по удалению камня из мочеточника у ребёнка.

Особую клиническую и эмоциональную значимость этому событию придаёт тот факт, что мочекаменная болезнь развилась и дошла до крайней формы у маленького пациента, страдающего детским церебральным параличом. Конкремент большого размера в моче-

точнике мальчика блокировал отток мочи из левой почки. У ребёнка уже начались острые боли, присоединились инфекции. Малыш, который и без того с рождения страдает, начал испытывать дополнительные мучения. И неизвестно, чем бы всё завершилось, не возмись за его лечение доктор Козлов.

– Мы приняли решение о проведении уретеролитотомии. Сложность извлечения камня путём хирургического вмешательства заключалась в том, что был риск повредить детский мочеточник небольшого размера. Нам удалось избежать такого осложнения благодаря совмещению двух новейших технологий: робот-ассистированной хирургии и интраоперационной ультразвуковой навигации, которые вместе применены впервые в нашей стране в

детской хирургической практике, – рассказал Ю.Козлов.

Проведение интраоперационного контактного ультразвукового исследования во время хирургического вмешательства позволяет обеспечивать его качество и безопасность. Ультразвуковой микродатчик был размещён над мочеточником. С его помощью хирурги точно определили место, где находился камень. Затем роботическими ножницами они рассекли переднюю стенку мочеточника непосредственно над конкрементом и извлекли его атравматичным захватом.

В итоге операция прошла без осложнений. Пациент чувствует себя хорошо.

Елена БУШ,
спец. корр. «МГ».

Иркутск.

Ситуация

Всё ради спасения...

Варварский рейд Вооружённых сил Украины в Курскую область привёл к тому, что пострадало и мирное население. В такой ситуации оперативные службы, в том числе и медицинский персонал, незамедлительно выдвинулись на помощь пострадавшим.

Одними из первых к раненым направились, конечно же, скорпомощные бригады. К сожалению, спасая жизни людей, одна из «скорых» сама стала целью дрона. В результате атаки погибли водитель и фельдшер, врач получила ранения. Пострадавшую в ходе визита в регион навестил министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко. «Спасибо большое. Доктора на сегодняшний день, как всегда, на передовой очень нужны. Это важный гражданский долг», – отметил М.Мурашко. Кроме того, министр сообщил, что весь экипаж будет представлен к наградам.

На помощь курским коллегам в первый же день атаки выехали и коллеги из других регионов страны. В настоящее время сводная бригада специалистов Федерального центра медицины катастроф продолжает работу в пострадавшей области. Ведущие специалисты ежедневно оказывают медицинскую помощь раненым. Кроме того, всероссийская служба медицины катастроф координирует в медицинской части работу ФМБА, Роспотребнадзора и других ведомств в условиях ЧС. «В Курской области сейчас объявлен режим ЧС федерального характера. Проводятся все медицинские мероприятия, с первых минут организованные в формате реагирования на чрезвычайную ситуацию. ФЦМК осуществляет оперативное руководство, в первые минуты и часы сюда были направлены группы медицинских работников, предоставлены

дополнительные мощности», – уточнил М.Мурашко.

В результате обстрелов области вооружёнными формированиями Украины пострадали десятки человек. На стационарном лечении находятся 69 человек, в том числе 8 детей, 17 пострадавших – в тяжёлом состоянии. Амбулаторная помощь оказана 29, в том числе двум детям, выписаны 8 человек. Некоторые пациенты были эвакуированы в столичные клиники, 11 из них, в том числе четверо детей, продолжают лечение в федеральных медицинских центрах и больницах Москвы. Министр здравоохранения РФ отметил: «Пациенты получают всю необходимую медицинскую помощь. Её оказывает координирует Федеральный центр медицины катастроф Минздрава России. Лекарственные препараты, кровь и её компоненты есть в медицинских организациях в необходимом объёме. С целью оказания медицинской помощи пострадавшим организована работа сводной бригады специалистов ФЦМК Минздрава России, федеральных медицинских учреждений Белгородской области, Москвы и Подмосковья. В настоящее время специалисты распределены по медицинским организациям Курска и района области. Всего оказана консультативная медицинская помощь более чем 50 пациентам».

Помощь оказывается и удалённо. Проведён ряд телемедицинских консультаций со специалистами Российской детской клинической больницы, НМИЦ травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова и с сотрудниками московских медуниверситетов по пяти пострадавшим детям и одному взрослому, находящемуся в тяжёлом состоянии.

Юрий ГЛИНКИН.

НАШИ ИНТЕРВЬЮ

Игорь САМАТОВ

Заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии ожоговой травмы Новосибирской областной больницы, кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ:

Порог курабельности тяжёлых ожоговых пациентов вырос.

Стр. 4



Новости

Проект «Петровский доктор» шагает по Смоленщине

Губернатор Смоленской области Василий Анохин удовлетворён первыми шагами пилотного образовательного проекта «Петровский доктор», инициированного лечебно-реабилитационным центром Минздрава России. Об этом глава региона В.Анохин заявил в ходе видеоконференции, в которой приняли участие заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Семёнова, директор лечебно-реабилитационного центра и главный специалист по анестезиологии-реаниматологии Минздрава России Сергей Царенко, а также представители Общественной палаты РФ.

– В рамках проекта первые три анестезиолога-реаниматолога области уже прошли очное обучение в лечебно-реабилитационном центре Минздрава России. Обучение помогло им расширить знания о новых методах анестезии и тактике ведения пациентов после операций, что способствует снижению срока пребывания в реанимации. Кстати, в прошлом году на базе центра высокотехнологичную помощь получили 49 смолян, в этом – уже 33 жителя региона, – подчеркнул губернатор.

Проект «Петровский доктор» включает модернизацию материально-технической базы отделений реанимации в Смоленской областной клинической больнице и клинической больнице скорой медицинской помощи города-героя.

Уже проведено дооснащение отделений ЛПУ ультразвуковой техникой экспертного класса и внедрён новый протокол УЗИ-диагностики сочетанной травмы. Приобретены портативные аппараты для определения кислотно-основного состояния, что позволяет врачу быстро реагировать на изменения гомеостаза послеоперационных пациентов.

В проекте «Петровский доктор» предусмотрены и две модели наставничества: классическое – для помощи молодым специалистам в отработке профессиональных навыков, а также курсы усовершенствования для медиков с большим стажем.

Владимир КОРОЛЁВ.

Смоленская область.

Спасение возможно!

В отделение анестезиологии-реанимации № 2 Нижневартковской окружной клинической больницы поступил мужчина с резко прогрессирующей дыхательной недостаточностью. Он занимался ремонтом техники в неотапливаемом гараже при низких температурах. Утром у него поднялась температура до 39-40 градусов, появился кашель с мокротой и чувство тяжести при дыхании. Самостоятельные попытки лечения в течение трёх дней не принесли улучшения.

«Длительное переохлаждение на фоне сниженного иммунитета вызвало осложнение в форме двусторонней пневмонии. Учитывая состояние пациента, быстрое нарастание дыхательной недостаточности, результаты лабораторных методов исследования, пациент был переведён на искусственную вентиляцию лёгких с максимальной фракцией кислорода – 100%», – рассказала анестезиолог-реаниматолог Екатерина Ершова.

Очень быстро у мужчины развился острый респираторный дистресс-синдром, характеризующийся быстрым началом широкого воспалительного процесса в лёгких. Врачи назначили массивную антибактериальную терапию, но ситуация осложнялась ещё и устойчивостью микроорганизмов к антибактериальным препаратам, полиорганной недостаточностью.

Через несколько сеансов экстракорпоральных методов детоксикации, позволяющих разделять кровь на компоненты для её очищения и последующего возврата пациенту, дыхательная функция начала восстанавливаться. Врачи выполнили трахеостомию, тем самым вывели пациента в сознание.

Постепенно все системы организма пришли в норму, через 24 дня мужчину отлучили от аппарата искусственной вентиляции лёгких и перевели в пульмонологическое отделение.

Реабилитация в пульмонологическом отделении заняла ещё неделю. После контрольной компьютерной томографии мужчину выписали.

Алёна КСЕНИНА.

Нижневартковск.

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

Перспективы

Совершенствуя
комплексный подход

ФМБА России и Госкорпорация «Росатом» обсудили ключевые вопросы

Руководитель ФМБА России Вероника Скворцова и генеральный директор Госкорпорации «Росатом» Алексей Лихачёв приняли участие в заседании Управляющего совета по проекту «Совершенствование качества и доступности медицинской помощи в городах присутствия предприятий Госкорпорации «Росатом». Основными темами обсуждения стали обеспечение высокотехнологичной медицинской помощью жителей атомных городов, модернизация инфраструктуры, а также внедрение инновационных медицинских технологий.



«ФМБА России осуществляет комплексный подход к сохранению и укреплению здоровья наших граждан, проживающих и работающих на территории атомных городов. Благодаря совместным усилиям ФМБА России и Госкорпорации «Росатом» абсолютно все наши территории вошли в национальные и федеральные проекты по здравоохранению, что позволило не только обновить инфраструктуру и переоснастить учреждения современным оборудованием, но и комплексно подойти к решению кадровых вопросов. Были приняты серьёзные нормативные и законодательные решения для привлечения специалистов высокого уровня в атомные города», – сообщила руководитель ФМБА России В.Скворцова.

Генеральный директор Госкорпорации «Росатом» А.Лихачёв выразил благодарность ФМБА за системную работу по развитию медицины в атомных городах: «Важно отметить всесторонний комплексный подход ФМБА России к обеспечению доступной медицинской помощи жителям атомных городов. Обращаясь даже в небольшую поликлинику, жители атомградов обращаются ко всему огромному медицинскому и научному потенциалу ФМБА России. Сегодня перед нашими организациями стоят два вызова: обеспечить суверенитет страны и создать все возможные условия для работы

и развития жителей России. И ключевым моментом здесь является сохранение и укрепление здоровья, которое обеспечивает именно ФМБА России».

В целях реализации концепции комплексного развития медицины в атомных городах ФМБА России открывает инновационные комплексные центры здоровья работающих, которые включают в себя центр когнитивного здоровья, клиничко-диагностическое отделение, центр профпатологии, реабилитационный центр, отделение медико-социальной экспертизы. Сейчас таких центров 29, к 2027 г. планируется открытие ещё 33.

В формировании комплексного подхода к укреплению здоровья жителей атомных городов активно используются современные цифровые технологии, в том числе искусственный интеллект. Формируется единый регистр измеряемых факторов риска с аккумуляцией баз больших данных. На основании всех данных формируется «цифровой двойник» работника, а также «цифровой паспорт» предприятия. С помощью искусственного интеллекта «проигрываются» варианты прогнозов и рисков как для самого человека, так и для предприятий.

Значимость, функции и полномочия агентства, которое выполняет важнейшую государственную миссию по охране здоровья не только работающих

на предприятиях стратегически значимых отраслей с особо опасными условиями труда, но и населения страны в целом, неуклонно расширяются. Как мы информировали читателей «МГ», в июне ФМБА перешло из подчинения правительству в ведение Президента РФ. В.Скворцова сохранила пост руководителя.

Когда этот материал готовился к выпуску, стало известно, что Указом Президента РФ от 08.08.2024 утверждён обновлённый состав заместителей руководителя Федерального медико-биологического агентства. Текущие посты сохранили первый заместитель экс-замминистра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева, отвечающая за финансовые и имущественные вопросы экс-глава Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко, курирующая управление инвестиционной и контрактной деятельности Наталья Михайлова и отвечающий за научные исследования и работу территориальных управлений ФМБА Игорь Борисевич. Из прежнего состава исчез пришедший в 2021 г. из Минпромторга Андрей Дыдыкин. Напомним, что на созданный в июле пост статс-секретаря – заместителя руководителя агентства назначен Николай Солнцев, возглавлявший ранее Управление правового обеспечения и имущественных отношений ФМБА.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Конкурсы

Наука и технологии

В год 300-летия Российской академии наук профессиональное врачебное издание «Медицинская газета» объявляет конкурс на лучшую публикацию о перспективных разработках и достижениях отечественных врачей и учёных в травматологии.

Материалы в рубриках «Наука и практика» и «Пульс науки» – одни из самых читаемых в «Медицинской газете». И это объяснимо: технологический уровень завтрашней медицины, обеспечение лекарственной безопасности страны напрямую зависят от того, в какой мере организовано проведение фундаментальных и прикладных научных исследований, масштабирование их результатов и последующая трансляция в клиническую практику.

Мы считаем необходимым ещё более активно информировать врачебное сообщество о дости-

жениях науки. Один из механизмов привлечения новых авторов, экспертов и собеседников из числа учёных – конкурс публикаций в «МГ», популяризирующих медицинскую науку. Травматология – нужная и востребованная специализация. И редколлегия решила начать проведение такого конкурса с раздела медицины, изучающего травматические повреждения органов и тканей, их лечение и предупреждение.

Конкурс открывает интервью с пионером применения аддитивных технологий в травматологии и ортопедии доктором медицинских наук Александром Кулешовым. Материалы, присланные на конкурс, будут оценивать жюри, включающее учёных, врачей и медицинских журналистов. Итоги конкурса будут подведены в декабре 2024 г.

Алексей ПАПЫРИН,
главный редактор «Медицинской газеты».

Подписка на «МГ» продолжается

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

Оставить заявку на оформление подписки можно по адресам электронной почты:

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

Контакты

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

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

Отсканируйте
этот QR-код
для оплаты



Начало

Президент открыл современный медкомплекс

Президент РФ Владимир Путин по видеосвязи открыл инфекционную больницу в Перми, детский сад в Симферополе и школу в Нижегородской области. Мероприятие прошло в рамках совещания главы государства с членами правительства.

Краевая клиническая инфекционная больница в Перми является одним из самых крупных медицинских объектов в регионе: она занимает территорию более 64 тыс. м² и рассчитана на 232 койки. Палаты представляют собой изолированные боксы со входом через уличные галереи. В больнице также есть собственная электроподстанция,

кислородная станция, оборудовано водоснабжение и тепло-снабжение.

В ходе совещания глава государства подчеркнул, что работа по развитию российских регионов идёт непрерывно. «Особое внимание уделяем созданию социальных учреждений, востребованных больниц, школ, детских садов», – отметил В.Путин.

Больница в Пермском крае уже начала приём пациентов, и, по словам президента, для региона это «приятное и важное событие», ведь у него появился дополнительный ресурс для борьбы с инфекционными заболеваниями. В.Путин подчеркнул, что медицинский комплекс организован по всем правилам – со стациона-

ром, реанимацией, амбулаторно-диагностическим отделением и профильной научной кафедрой. «Я хочу поблагодарить всех, кто участвовал в реализации такого значимого для региона проекта», – сказал президент.

Он отметил, что строители постарались и выполнили свои обязательства, завершив эти и другие важные объекты. «Конечно, это далеко не единственные объекты, не единственные стройки – это только конкретные примеры колоссальных работ, которые ведутся на местах», – резюмировал глава государства, перечислив, что в стране открываются и другие школы, детские сады, поликлиники, фельдшерско-акушерские пункты, наращивается социальная инфраструктура.

«И подобные усилия мы, безусловно, будем прилагать дальше. Только в этом году в России в рамках нацпроектов планируется построить около 370 школ и детских садов. И порядка 340 учреждений здравоохранения», – добавил президент.

Павел БАЛАГИН.

Официально

Ещё один федеральный проект

Президент России Владимир Путин дал поручение правительству страны предусмотреть формирование и реализацию федерального проекта по развитию детского здравоохранения.

Перечень поручений по итогам расширенного заседания Совета при президенте по стратегиче-

скому развитию и национальным проектам и комиссий Государственного Совета по направлениям социально-экономического развития РФ опубликован на сайте Кремля.

«Правительству Российской Федерации совместно с комиссиями Государственного Совета Российской Федерации по направлениям

«Продолжительная и активная жизнь» и «Семья»... предусмотреть формирование и реализацию федерального проекта по развитию детского здравоохранения», – говорится в документе.

Доклад следует подготовить до 1 сентября 2024 г.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Решения

Утверждён новый состав правления ФОМС

Правительство России утвердило новый состав правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Из него исключили ушедшего из жизни вице-президента Всероссийского союза страховщиков (ВСС) Дмитрия Кузнецова и члена

Комитета Совета Федерации по бюджету и финансовым рынкам Диану Оюн. В состав правления ФОМС включены член Комитета Совета Федерации по бюджету и финансовым рынкам Дмитрий Горичкий и президент ВСС Евгений Уфимцев.

Председателем правления ФОМС остался министр здраво-

охранения РФ Михаил Мурашко. Всего в составе 10 членов, в том числе председатель фонда Илья Баланин, представители ВСС, Минфина, профсоюзов, членов Госдумы и Совета Федерации, Российского союза промышленников и предпринимателей.

Игорь НАУМОВ.

Сотрудничество

Расширение границ

Министр здравоохранения Российской Федерации Михаил Мурашко и исполняющий обязанности министра здравоохранения Республики Узбекистан Асилбек Худаяров обсудили возможности развития сотрудничества в медицинской и образовательной сферах.

Одной из ключевых тем встречи стало открытие филиала Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова России в Ташкенте. Сейчас по договорённости глав двух государств ведутся ремонтные и строительные работы зданий, в которых расположится новый филиал.

«Во время государственного визита Президента России Владимира Путина в Узбекистан мы посетили площадку, посмотрели,

как идут ремонтные работы, всё движется очень хорошо», – сказал министр здравоохранения РФ.

Комплекс зданий филиала будет включать в себя учебный корпус, симуляционный центр, общежитие для обучающихся и профессорско-преподавательского состава.

«На сегодняшний момент ведутся активные строительные работы симуляционно-аккредитационного центра и уже построено четыре этажа из шести. В конце июля А.Худаяров с делегацией посетил аккредитационный центр, расположенный на базе РНИМУ им. Н.И.Пирогова, и симуляционный центр и остался в восторге. Наша идея – строительство в Узбекистане на базе филиала именно симуляционно-аккредитационного центра (а не просто симуляционного) – нашла отклик у господина Худаярова, так как системной ак-

кредитации медицинских кадров в Узбекистане нет. Здесь бы филиал стал хорошим пилотом для развития института аккредитации в республике», – поделился Дмитрий Шагин, кандидат биологических наук, проректор по инновационной деятельности, директор Ташкентского филиала РНИМУ им. Н.И.Пирогова.

В качестве клинических баз для практической подготовки предполагается использовать ведущие медицинские организации столицы Узбекистана.

Планируется, что филиал примет первых студентов в сентябре 2025 г. Открытие филиала одного из ведущих российских медицинских вузов в Узбекистане станет дополнительным стимулом к укреплению академических и научных связей между нашими странами.

Иван ГЕОРГИЕВ.

Накануне

Холдинг «Нацимбио» (входит в Госкорпорацию «Ростех») приступил к отгрузкам в российские регионы препаратов против гриппа. До 1 сентября в медицинские учреждения будут переданы отечественные трёхвалентные вакцины, а также четырёхвалентный препарат «Ультрикс Квадри». Всего до конца ноября планируется поставить 70,6 млн доз вакцин. Поставки ведутся для проведения общенациональной прививочной кампании. Препараты будут поступать на аптечные склады и в клиники по всей стране в три этапа.

Готовь вакцины летом...

«К 1 сентября для обеспечения готовности регионов к старту вакцинальной кампании против гриппа мы поставим 21,2 млн доз препаратов, что составляет более 30% от всего запланированного на этот год объёма. Вакцины содержат актуальный набор штаммов, рекомендованный ВОЗ для эпидемического сезона 2024-2025 гг. Общий график поставок вакцин предусматривает поэтапное снабжение всех субъектов с августа до конца ноября. Все поставляемые препараты производятся в России по технологии полного цикла», – рассказал генеральный директор «Нацимбио» Андрей Загорский.

По данным ВОЗ, по сравнению с 2023-2024 гг. в текущем эпидемическом сезоне ожидается смена штамма вируса A/Darwin (H3N2) на вирус A/Thailand (H3N2). С учётом прогноза в состав трёхвалентных вакцин, предназначенных для применения в Северном полушарии, вошли штаммы A/Victoria (H1N1), A/Thailand (H3N2) и B/Austria (линия B/Victoria). В четырёхвалентную вакцину «Ультрикс Квадри» включён дополнительный штамм B/Phuket/3073/2013 (линия B/Yamagata).

Обновление штаммового состава противогриппозных вакцин происходит на регулярной основе в связи с частой мутацией вирусов гриппа. Известно, что среди циркулирующих штаммов, способных инфицировать человека, особенно опасны вирусы гриппа А. Именно они были ответственны за возникавшие в прошлом пандемии гриппа.

Владимир ЧЕРНОВ.

Криминал

Дело против главврача онкоцентра

Главный врач Челябинского областного центра онкологии и ядерной медицины Дмитрий Ростовцев и его подчинённые подозреваются в махинациях с «мёртвыми душами» на сумму более 2,6 млн руб. Об этом сообщили в региональном управлении Следственного комитета.

– По версии следствия, с 2021 по 2024 г. подозреваемые, действуя группой лиц по предварительному сговору, совершили хищение средств федерального бюджета в размере более 2,6 млн руб., поступивших в учреждение здравоохранения в качестве заработной платы, под видом

фиктивного трудоустройства на должностных рабочих по комплексному обслуживанию и ремонту зданий административно-хозяйственной части больницы, – говорится в пресс-релизе СК.

В отношении подозреваемых возбуждено уголовное дело о мошенничестве в особо крупном размере, по ч. 4 ст. 159 УК РФ им грозит максимально до 10 лет колонии.

Ранее Д.Ростовцева, а также главного бухгалтера и начальника административно-хозяйственной части онкоцентра задержали сотрудники ФСБ.

Юрий ДАНИЛОВ.

Трагедия как стимул

– Игорь Юрьевич, за те тридцать с лишним лет, что существует Новосибирский региональный ожоговый центр, вы наверняка пришли к чёткому выводу, есть ли разница между лечением больных в специализированном центре или на общехирургических койках. Может, правы те регионы, кто не спешит создавать такие центры?

– Разница есть, и она огромная. Причём к такому выводу мы пришли не через тридцать лет, а практически сразу же.

До 1986 г. оказание помощи пациентам с ожоговой травмой в нашей области было организовано следующим образом: городские жители поступали в Больницу скорой помощи № 34, где в общехирургическом отделении было выделено несколько ожоговых коек. Учитывая, то у абдоминальных хирургов нет комбустиологического опыта, нет специфического оснащения для лечения ожоговой травмы, всё заканчивалось в большинстве случаев тем, что больных транспортировали во Всесоюзный ожоговый центр в город Горький, ныне Нижний Новгород.

Жители сельских районов лечились в Новосибирской областной больнице, тоже на выделенных койках, но уже в отделении торакальной хирургии. Здесь же появились первые 3 койки интенсивного наблюдения. Как таковой ожоговой реанимации не было.

Именно 1986 г. стал началом формирования специализированной ожоговой службы: был назначен главный комбустиолог области, им стал торакальный хирург Сергей Христо. Пять лет потребовалось ему, чтобы убедить руководство облздрава создать ожоговое отделение на базе областной больницы и централизовать всю комбустиологическую помощь как территориально, так и методологически.

А ещё через два года стало понятно, что применять при ожоговой травме активную хирургическую тактику невозможно, не имея отделения ожоговой реанимации. В итоге в 1993 г. появился полноценный ожоговый центр, в составе которого круглосуточный травм-пункт, хирургическое отделение, отделение реанимации и интенсивной терапии. При этом в лечении «наших» больных принимают участие и другие подразделения службы анестезиологии-реаниматологии больницы: отделение гравитационной хирургии, переливания крови, гемодиализа. Специалисты проводят все виды заместительной терапии ожоговым пациентам, а анестезиолог-реаниматолог отделения ожоговой реанимации не отрывается от своих непосредственных обязанностей. На наш взгляд, это оптимальная модель.

– Почему до сих пор далеко не все субъекты РФ пришли к такому же организационному решению? Нет лидера, готового пробивать идею? Или нет потока пациентов, ради которого стоит затевать хлопоты?

– Думаю, у всех территорий разные причины. Роль лидера действительно велика в решении такого рода задач. И территорий, полностью свободных от ожоговой травмы, к сожалению, не существует. Возможно, регионы, которые до сих пор не пришли к организации комбустиологической помощи по оптимальной модели, пока не столкнулись с обстоятельствами, резко меняющими устоявшееся представление.

Для нашей области и ещё ряда регионов страны таким решающим обстоятельством в своё время стала трагедия на железнодорожном перегоне в Башкирии в ночь с 4 на 5 июня 1989 г. Напомню: в тот момент, когда поравнялись два встречных поезда «Новосибирск-Адлер» и «Адлер-Новосибирск», произошёл взрыв из-за утечки газа на трубопроводе рядом с железной дорогой. Пожар охватил оба пассажирских состава. Погибли, по разным данным, от 575

Наши интервью

Модель спасения

Есть ли предел возможностей в лечении ожоговых больных?

В июне в Екатеринбурге состоялась Всероссийская конференция «Ожоги у детей и взрослых». Вообще надо сказать, профессиональное сообщество комбустиологов проводит свои научные и образовательные форумы с завидной регулярностью. И самое удивительное – программа каждой такой встречи имеет новое содержание. Даже по тем разделам ожоговой хирургии и реанимации, которые, казалось бы, давно и досконально обсуждены, регионы всякий раз представляют новые результаты своей работы.

К огромному сожалению, у специалистов в этой области медицины постоянно есть возможность накапливать опыт. Девиз, он же название общественного объединения комбустиологов «Мир без ожогов», скорее всего, навсегда останется лишь мечтой. Хотя за последние двадцать лет и произошло снижение ожогового травматизма с 363 тыс. случаев до 204 тыс. в год, нельзя сказать, что ситуация благополучная. Тем важнее непрерывное технологическое



развитие комбустиологической службы, а также увеличение её мощностей. На конференции в Екатеринбурге было сказано, что в 2023 г. в РФ специализированное лечение пострадавших проводилось в 71 ожоговом отделении или центре. В остальных случаях пациентов госпитализировали на профилированные ожоговые койки в хирургических и травматологических отделениях. Это объясняется тем, что более 30 регионов не имеют специализированных ожоговых отделений, не говоря о центрах.

А что оптимальнее в плане организации оказания противоожоговой помощи с точки зрения результатов – центр, отделение

или несколько коек, арендованных у соседей? С таким вопросом корреспондент «МГ» обратилась к одному из участников конференции, заведующему отделением реанимации и интенсивной терапии ожоговой травмы Новосибирской областной больницы кандидату медицинских наук, заслуженному врачу России Игорю САМАТОВУ.

до 645 человек, ещё 623 получили ранения. В истории Советского Союза это была крупнейшая катастрофа, связанная с ожоговой травмой. Она подтолкнула к тому, что в начале 90-х годов начали создаваться ожоговые отделения и центры в ряде крупных городов страны, включая Новосибирск. И если изначально мы открывались как межтерриториальный центр, то со временем необходимость в переводе ожоговых больных из соседних регионов отпала. Сегодня в Сибирском федеральном округе только в двух субъектах нет ожоговых центров – в Республике Алтай и Республике Хакасия. Зато в Кемеровской области их три.

Наука эвакуации

– Чем можно обосновать утверждение про оптимальную модель ожогового центра – положительной динамикой летальности?

– Да, это наиболее убедительный аргумент. С появлением новых технологий и накоплением опыта летальность в ожоговой реанимации постепенно снижается. Мы, например, начинали в 1993 г. с показателя 25-27%. Сейчас он колеблется в пределах 7,8-9%. Сокращение в три с лишним раза за 30 лет, по моей оценке, – весомый довод в пользу ожоговых центров с собственной ожоговой реанимацией в их структуре.

Что касается уровня летальности по ожоговому центру в целом, то есть с учётом работы хирургов, в течение последних трёх лет она находится в пределах 5,6-7%. Это чуть ниже, чем общероссийские показатели. В тех стационарах, где пациентов с тяжёлой ожоговой травмой по-прежнему лечат на общехирургических койках и где нет палат интенсивной терапии ожоговой травмы, результаты хуже.

Когда оказание комбустиологической помощи организовано по модели ожогового центра с «правильной» структурой, появляется значительно больше возможностей для раннего начала хирургического лечения и интенсивной терапии. Соответственно, статистика неблагоприятных исходов меняется к лучшему.

– Ожоговая травма, наверное, самая тяжёлая из всех видов травм. И здесь исход лечения зависит не только от применения супертехнологий, но и от доступности помощи. Именно поэтому в отдельных субъектах РФ – Москве, Санкт-Петербурге, Кузбассе – не один, а несколько ожоговых центров?

– Это объясняется несколькими причинами. В столичных городах ожоговые центры работают как межтерриториальные, сюда направляются наиболее тяжёлые ожоговые больные из других регионов страны. В Кемеровской области необходимо иметь три таких центра обусловлена промышленной спецификой территории, высокими рисками ЧП с большим числом пострадавших. Плечо доставки раненых в ожоговый центр должно быть максимально коротким.

Новосибирская область тоже имеет большую площадь, тем не менее у нас ожоговый центр один. Справляемся благодаря тому, что организована система эвакуации пострадавших. Я всегда рассказываю на конференциях и лекциях, что ранняя эвакуация ожогового больного в специализированное учреждение, ранняя хирургическая тактика и интенсивная терапия – залог успеха. В срок до трёх суток мы должны забрать пострадавшего в ожоговый центр, потому что у него может очень быстро развиться синдром полиорганной недостаточности. Возможностей для спасения таких пациентов в районных больницах просто нет.

До эвакуации пациента надо стабилизировать, вывести из ожогового шока, поскольку в таком состоянии транспортировать нежелательно, это неоправданный риск. При этом коллеги на местах выводят больного из ожогового шока под нашим круглосуточным консультативным контролем до того момента, когда службе медицинской эвакуации остаётся только транспортировать его из района в областную больницу. Если расстояние более 100 км, поднимаем санитарный борт, на меньшие расстояния едет реанимобиль. Транспортировка ожогового пациента, который подключён к аппарату искусственной вентиляции лёгких, всегда проводится только с участием врачей ожоговой реанимации, потому что есть специфика, которой другие реаниматологи могут не владеть.

Где предел возможного?

– Вы дважды упомянули важность ранней хирургической тактики при ожоговой травме. Имеется в виду начало оперативного лечения, ещё когда больной в палате реанимации?

– Не обязательно, но бывает и так. Вообще особенность комбустиологии такова, что реаниматологи и хирурги лечат каждого пациента вместе. Это уникальная модель организации работы, когда мы с хирургом видимся каждый день по несколько раз.

Лечение раны начинается с момента поступления пациента в стационар. Даже если он ещё на этапе интенсивной терапии, проводится хирургическая обработка раневой поверхности, удаление обожжённых тканей. И больному, который в состоянии ожогового шока, тоже проводятся не только реанимационные мероприятия, но и необходимое хирургическое лечение. Повторю: исключительно в синергии хирургии с анестезиологией-реаниматологией возможно эффективное оказание помощи при ожоговой травме.

– К настоящему времени этот раздел медицины уже достиг максимума своего развития или ещё есть куда расти?

– Порог курабельности тяжёлых ожоговых пациентов вырос. Но в комбустиологии крайне сложно, внедряя новые методы, рассчитывать на достижение каких-то результатов в отношении всей когорты больных. Здесь каждый из них особенно индивидуален. Лечишь одинаково, а результаты разные. Существует некая генетическая детерминанта, есть иммунологические особенности, важен также коморбидный фон.

– Слишком категоричное утверждение, но и такое возможно. В то же время учёные продолжают работать в помощь комбустиологам, и небезуспешно. Например, отмечена хорошая эффективность клеточных технологий для регенерации кожного покрова. Их активно используют в Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе.

– Почему все регионы не могут применять продукты на основе клеточных технологий?

– Очень дорого, если закупать готовые материалы. А освоить производство клеточных продуктов в своих лабораториях может только научно-исследовательский институт.

К слову, в начале 2000-х гг. Новосибирская областная больница начала реализовывать совместный научный проект по выращиванию фибробластов для лечения ожоговой травмы с ГНЦ ВБ «Вектор». При дефиците донорских клеток можно было использовать выращенные в чашках Петри. Благодаря фибробластам начиналась островковая эпителизация, что было настоящим прорывом. У нас были пациенты с площадью поражения от 40%, которые выжили благодаря этой технологии.

К огромному сожалению, вскоре все научные работы по клеточным технологиям были централизованы в столичных регионах. Наше сотрудничество с «Вектором» прекратилось, хотя мы были бы рады его возобновить.

– Читать, внедрять, думать

– На форуме в Екатеринбурге вы представили свой подход к интенсивной терапии в остром периоде тяжёлой ожоговой травмы. Он чем-то отличается от общепринятого?

– Индивидуальностью тактики. В остром периоде ожоговой болезни нередко развивается синдром полиорганной недостаточности. От того, как реаниматологи помогут организму больного запустить механизмы долговременной адаптации, во многом зависит прогноз выживаемости и течения ожоговой болезни в целом. Блоки интенсивной противошоковой терапии всем известны: обезболивание, седация, респираторная поддержка, тщательно спланированная инфузионная программа.

Проблема в том, что ни одна из предложенных формул расчёта необходимого объёма жидкости для регидратации не учитывает конкретную клиническую ситуацию, индивидуальные особенности пациента. При неправильном расчёте вливаемых растворов есть опасность развития тканевой гипергидратации и поликомпаратмент-синдрома, а также критического снижения уровня альбумина.

Ещё одна серьёзная проблема острого периода тяжёлой ожоговой травмы – метаболические электролитные нарушения. У ряда больных на фоне лечения отмечается стойкая тенденция к гипернатриемии, которая является предиктором более высокой летальности.

В своём докладе я рассказал о тактике, которая отработана в новосибирском ожоговом центре для предупреждения такого рода осложнений при проведении интенсивной терапии. Её особенность – ориентация на максимальную персонализацию программы лечения в сочетании с адекватной хирургической тактикой.

– Игорь Юрьевич, как рождаются новые идеи, тем более когда все работают в рамках единых клинических рекомендаций?

– Важнее сказать не как они рождаются, а почему. Из желания делать всё как можно лучше, добиваться большего. Мы уже упоминали роль лидера в становлении региональной противоожоговой службы. У меня перед глазами такой лидер был – Сергей Христо. Он научил своих сотрудников главному: мало один раз добиться, чтобы администрация больницы выделила деньги на оборудование и технологию, надо постоянно двигаться вперёд и вверх. Даже в условиях сверхнагрузки заниматься осмыслением своих результатов, читать научную литературу, внедрять что-то новое. Конечно, это хлопотно, поскольку требует от тебя потратить время. Но если его не тратить и не осваивать новое, качество лечения ожоговых больных не станет выше. Тогда зачем работать врачом?

– То есть в случае с ожоговой травмой возможности современной науки бывают бессильны перед особенностями человеческого организма?

– Слишком категоричное утверждение, но и такое возможно. В то же время учёные продолжают работать в помощь комбустиологам, и небезуспешно. Например, отмечена хорошая эффективность клеточных технологий для регенерации кожного покрова. Их активно используют в Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе.

– Почему все регионы не могут применять продукты на основе клеточных технологий?

– Очень дорого, если закупать готовые материалы. А освоить производство клеточных продуктов в своих лабораториях может только научно-исследовательский институт.

К слову, в начале 2000-х гг. Новосибирская областная больница начала реализовывать совместный научный проект по выращиванию фибробластов для лечения ожоговой травмы с ГНЦ ВБ «Вектор». При дефиците донорских клеток можно было использовать выращенные в чашках Петри. Благодаря фибробластам начиналась островковая эпителизация, что было настоящим прорывом. У нас были пациенты с площадью поражения от 40%, которые выжили благодаря этой технологии.

Новый национальный проект «Продолжительная и активная жизнь», реализация которого начнется в 2025 г., в настоящее время обсуждается на всех уровнях. В документ вносятся последние изменения. Он придет на смену проекту «Здравоохранение» и станет не просто его правопреемником, а значительно видоизменит и дополнит. Чтобы максимально учесть все пожелания и устранить недочеты, проходят совещания и обсуждения. Одно из них, с представителями медицинской общественности, состоялось на площадке Народного фронта.



В центре внимания

Цель – долголетие

Главная цель нового национального проекта – достижение показателей долголетия граждан. По поручению президента, средняя продолжительность жизни к 2030 г. должна составить не менее 78 лет, на сегодня она составляет немногим более 73 лет. Напомним, что в «Продолжительную и активную жизнь» будут входить 11 федеральных проектов: «Здоровье для каждого», «Модернизация первичного звена здравоохранения РФ», «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», «Борьба с сахарным диабетом», «Реализация мероприятий, направленных на борьбу с гепатитом С и минимизацию рисков распространения данного заболевания», «Совершенствование экстренной медицинской помощи», «Развитие федеральных медицинских, научных и образовательных (при наличии клиник) организаций»,

Диалог ради здоровья и жизни

За столом переговоров обсуждается новый нацпроект

В дискуссии рождается истина

Для внесения предложений при формировании нового нацпроекта принято решение привлечь представителей Народного фронта и Национальной медицинской палаты. Именно для этого и про-

водить на текущие изменения, но и действовать на опережение. С 2020 г., когда мы с вами вошли в пандемические изменения, научились в кратчайшие сроки перестраивать систему здравоохранения под те вызовы, которые перед ней стоят. При проведении СВО медицина также научилась быстро и активно меняться и реагировать. Национальные проекты, о которых мы сегодня говорим, повлияют на жизнь и качество жизни наших граждан, они ставят нас перед многочисленными вызовами, но и дают определённые возможности. Образцом здравоохранения будущего, которое обеспечит свой вклад в достижение национальных целей, будет возможность каждого человека, независимо от места жительства, иметь доступ к медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной», – уточнил министр.

В ходе дискуссии участники обратили внимание на кадровое обеспечение отрасли здравоохранения, уровень заработной платы медиков, особенно в скорой медицинской помощи, а также на федеральный порядок обеспечения системами непрерывного мониторинга глюкозы детей-диабетиков, предоставление лекарственных препаратов пациентам с хроническим вирусным гепатитом С за счёт средств федерального бюджета и на лечебное питание больных онкологическими заболеваниями.

Представители Народного фронта проводят опросы, и многие предложения формируются именно на основе полученных результатов. «Проведённый экспертами Народного фронта летом 2024 г. мониторинг выявил, что порядка 40% опрошенных не проходят ежегодную диспансеризацию из-за необходимости тратить на это несколько дней и отсутствия на это времени. Другая проблема связана с невозможностью льготников получить необходимые препараты. Почти 50% обратившихся за лекарствами получили отказ в постановке на отсроченное обслуживание рецептов, поскольку в 2022 г. перестали действовать соответствующие требования Министерства здравоохранения РФ. Эти вопросы, безусловно, требуют внимания и проработки», – подчеркнул заместитель руководителя Исполкома Народного фронта Сергей Соколов. Он уточнил, что и дальше они будут проводить всесторонний

социальный аудит системы здравоохранения, который включает опросы пациентов, медицинских работников, экспертов, общественные дискуссии, выездные мониторинги строящихся объектов. В соответствии с поручением ежегодно по итогам работы будет формироваться доклад президенту об общественной оценке ситуации в отрасли.

Но вернёмся к самому нацпроекту. После доклада министра возник резонный вопрос. А выделено ли финансирование на все

Вместе к решению задачи

По итогам мероприятия принято решение начать более плотную совместную работу. Общественники готовят свои предложения для внесения изменений, продолжают разъяснительную работу с пациентами, в первую очередь о необходимости ведения здорового образа жизни, а также в целях определения эффективности мероприятий, реализуемых в рамках нацпроекта, Народный



«Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация», «Медицинские кадры» и «Национальная платформа «Здоровье».

Ранее председатель правительства РФ Михаил Мишустин на заседании стратегической сессии отметил, речь должна идти не только об общей продолжительности жизни, но и об ожидаемой продолжительности здоровой жизни. Он подчеркнул необходимость разработки информационного ресурса для сопровождения федерального проекта «Медицинские кадры», совершенствования кадровой политики. К вопросу подготовки и привлечения новых специалистов председатель правительства поручил подключиться Минобрнауки и Минпросвещения. Ещё один важный момент – развитие и модернизация сети медицинских учреждений, особенно первичного звена. В своём выступлении на стратегической сессии Михаил Мишустин сообщил, что этому будет посвящён отдельный федеральный проект, который войдёт в состав национального. Большое внимание будет уделено помощи людям с серьёзными недугами – онкологией, сахарным диабетом, гепатитом С и сердечно-сосудистыми заболеваниями.

шло заседание в очно-заочной форме. Помимо представителей медицинской общественности и Минздрава, по конференц-связи к обсуждению подключились более 300 человек.

Открыл заседание сопредседатель Центрального штаба Народного фронта, президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль. Он подчеркнул, что по поручению президента России Владимира Путина, общественные структуры и Минздрав будут взаимодействовать при реализации национальных проектов в сфере здравоохранения. «Предлагаем создать рабочую группу, в которую войдут представители Минздрава России, Национальной медицинской палаты и эксперты Народного фронта для доработки нового национального проекта «Продолжительная и активная жизнь». Мы буквально вчера получили документ в его финальной редакции и готовы включиться, сформулировать наши предложения и внести их на обсуждение», – сказал Леонид Рошаль.

Новый нацпроект представил министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко. «Мы становимся свидетелями глобальных трансформаций во всех сферах жизни, и медицина не исключение. В условиях быстро меняющегося мира важно не только реаги-

ровать на текущие изменения, но и действовать на опережение. С 2020 г., когда мы с вами вошли в пандемические изменения, научились в кратчайшие сроки перестраивать систему здравоохранения под те вызовы, которые перед ней стоят. При проведении СВО медицина также научилась быстро и активно меняться и реагировать. Национальные проекты, о которых мы сегодня говорим, повлияют на жизнь и качество жизни наших граждан, они ставят нас перед многочисленными вызовами, но и дают определённые возможности. Образцом здравоохранения будущего, которое обеспечит свой вклад в достижение национальных целей, будет возможность каждого человека, независимо от места жительства, иметь доступ к медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной», – уточнил министр.

эти мероприятия, которых стало значительно больше? Михаил Мурашко сказал: «Те направления, которые были озвучены, имеют финансовые гарантии. Для дальнейшего наполнения мероприятий в субъектах будет проведена инвентаризация, федеральные учреждения готовят свои предложения по формированию и внедрению технологий. По поручению президента дополнительное финансирование нацпроекта предусмотрено, и особое внимание в этом вопросе будет уделено регионам».

«Продолжительная и активная жизнь» затрагивает не только медицинские вопросы. Это и

фронт будет проводить мониторинг системы здравоохранения.

«Это очень хороший проект. Над ним работали серьёзные люди, и сделали свою работу хорошо. У нас есть положительные сдвиги. Нет такого раздела в здравоохранении, где не было бы шага вперёд. Здесь прошло откровенное большое обсуждение. У нас есть предложения, и мы с Минздравом продолжим совместную работу. В обсуждении приняли участие практики, которым палец в рот не клади. Минздраву будет над чем поработать, а мы будем помогать. Наша цель одна – чтобы российский народ был доволен здравоохранением. Проблемы



экология, и питание, и здоровый образ жизни, и многое другое. Поэтому участники обсуждения подчеркнули необходимость для реализации нацпроекта привлечь и другие ведомства. Например, Роспотребнадзор может помочь по рекомендациям правильного питания для жителей нашей страны, общественные организации – в пропаганде здорового образа жизни. Министр здравоохранения отметил, что работа ведётся, в том числе такие встречи помогают определиться, кто и как может помочь в воплощении в жизнь всех идей, заложенных в проекте.

Дискуссия продлилась несколько часов, и по тому, насколько были исписаны блокноты участников, можно судить о конструктивности и плодотворности встречи. Многие предложения, замечания и пожелания могут найтти отражение в будущем нацпроекте.

есть, но постепенно мы должны двигаться вперёд. Каждый гражданин, где бы он ни жил, должен быть удовлетворён здравоохранением», – подвёл итог встречи Леонид Рошаль.

Сергей Соколов также отметил продуктивность встречи. Он сказал, что закрытых тем не было, удалось обсудить самые острые вопросы, начиная от зарплат медицинских работников и заканчивая лекарственным обеспечением людей.

В основном новый нацпроект уже готов, но тонкости, конечно, ещё будут дорабатываться. Документ получается очень интересным и перспективным. Наверняка он и останется таким к моменту начала реализации. Однако интересно будет увидеть именно те тонкости, предложения и пожелания, которые войдут в окончательную редакцию.



Сергей БУДАЧЕНКОВ,
обозреватель «МГ».

Фото автора.

Обширная территория арктической зоны, экстремальные природно-климатические условия с резко континентальным климатом и многовековой мерзлотой, низкая плотность населения с большим удельным весом сельских жителей, малочисленные, труднодоступные и отдалённые населённые пункты, отсутствие круглогодичного транспортного сообщения и наземной транспортной системы – это Якутия. Но вопреки столь суровым условиям в этом регионе придумали и успешно реализовали новую модель организации первичной специализированной медицинской помощи. Об этом нам рассказал инициатор проекта, директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Саха (Якутия) Александр ГОРОХОВ.

Территориальная специфика

Общая площадь Якутии составляет 3,1 млн км² (1/5 часть страны), это самая крупная административно-территориальная единица не только в Российской Федерации, но и в мире. Таёжные леса, тундра, лесотундра и арктическая пустыня, зона сплошной многовековой мерзлоты – такова территориальная специфика. И экстремальные климатические условия: это самый холодный из обжитых регионов планеты. Климат здесь резко континентальный, с продолжительным зимним и коротким летним периодами. Максимальная амплитуда средних температур на протяжении года составляет 70–75°C, в этом смысле республика не имеет аналогов в северном полушарии. Поэтому сама жизнедеятельность человека и способы ведения хозяйства здесь требуют особых подходов и технологий. Достаточно сказать, что продолжительность отопительного сезона составляет 8–9 месяцев в году, а в арктической зоне оно круглогодичное.

В Якутии проживают представители более 120 национальностей. Республика включает в себя 36 муниципальных образований, из них 34 муниципальных района и 2 городских округа. В состав муниципальных районов входят городские и сельские поселения (населенные пункты), общее число населенных пунктов составляет 365, в том числе 31 национальный. Значительная часть территории расположена за полярным кругом: к арктическим и северным районам относятся 13 районов. Якутия до настоящего времени остаётся одним из самых изолированных и труднодоступных регионов мира: до 90% её территории не имеет круглогодичного транспортного сообщения, а наземная транспортная система, которая бы связывала с соседними территориями и населёнными пунктами внутри зоны, отсутствует. Основная часть пассажирских перевозок, как дальних, так и внутренних, осуществляется только воздушным транспортом.

Есть и демографическая специфика. Исторически сложилось так, что здесь велик удельный вес сельского населения – до 36%, а в других северных регионах России этот показатель составляет 8%. В сельской местности проживает преимущественно коренное население – якуты, русские старожили и ведущие традиционный образ жизни коренные малочисленные народы Севера. Поэтому в Якутии развиты не только характерные для Севера подотрасли аграрного производства – оленеводство, охотничий и пушной промыслы, рыболовство, но и самые северные в мире земледелие и разведение мясомолочного крупного рогатого скота. Удельный вес аграрного сектора значителен в формировании валового регионального продукта и численности занятого населения.

Об этих климатогеографических рисках стоит знать, чтобы понимать, какое непосредственное влияние они оказывают на работу Территориального фонда обяза-

тельного медицинского страхования, на обеспечение территориальной программы ОМС. «Содержание медицинских организаций в арктических районах и труднодоступных малонаселённых пунктах требует увеличения доли финансового обеспечения по всем видам медицинской помощи (в том числе за счёт ежегодного повышения тарифов на коммунальные услуги, регулируемые муниципальными образованияами), которые финансируются на основе подушевого норматива на прикрепившихся лиц. В связи с чем коэффициенты дифференцированного подушевого норматива для медорганизаций, расположенных в труднодоступных отдалённых населённых пунктах, превышают коэффициенты медорганизаций, расположенных в центральных и южных районах

их труднодоступностью и удалённостью от административных центров своевременная плановая первичная специализированная медицинская помощь, включая профилактические мероприятия, малодоступна жителям. Особенно это касается детей, которым требуется уделять особое внимание и профилактические медицинские осмотры которых включают наиболее широкий спектр врачей (до 10 специалистов разного профиля) и исследований.

Помимо удалённости, есть и другие причины низкой доступности плановой медицинской помощи населению. В медицинских организациях, в том числе в центральных



вещании с главой Республики Саха (Якутия) Айсеном Николаевым, депутатом Государственной Думы РФ Галиной Данчиковой, членами Правительства Республики Саха (Якутия).

Реализация проекта потребовала ряда серьёзных решений. Прежде всего якутский ТФОМС подготовил предложение по финансовому обеспечению мобильных медицинских бригад по отдельному тарифу с включением в структуру тарифа расходов на транспорт, включая авиатранспорт. С появлением такого тарифа появилась возможность увеличить число выездов мобильных бригад в отдалённые сельские местности, а медицинские организации могли покрыть затраты на транспорт, что крайне актуально при обширных территориях региона.

ОМС: реальность и перспективы

Арктической зоне — помощь на новой основе

республики», – раскрыл ситуацию Александр Горохов.

По состоянию на начало этого года в Якутии числится 933 тыс. застрахованных лиц. Страховую деятельность осуществляют АО «Страховая медицинская компания «Сахамедстрах» и Административное структурное подразделение ООО «Капитал МС» – филиал в Республике Саха (Якутия). Профилактические осмотры и диспансеризацию осуществляют 50 медицинских организаций.

Как говорит Александр Васильевич, в последние годы с развитием в республике института страховых представителей подавляющее большинство населения выражает положительное отношение к профилактическим мероприятиям и понимание их необходимости. Но в условиях преобладания в республике населённых пунктов с низкой численностью населения,

районных больницах, находящихся в малонаселённых пунктах со сложным транспортным сообщением, где основным является авиатранспорт, отсутствуют врачи-специалисты. А наличие некоторых специальностей и вовсе не предусмотрено порядками оказания медицинской помощи. Оснащение лечебных учреждений медицинским оборудованием недостаточно для выполнения полного объёма установленного стандарта профилактических и иных диагностических мероприятий. Жителям выехать в больницы и амбулаторные центры более высокого уровня для получения плановой помощи тоже проблемно – высока стоимость авиабилетов. Остаётся надежда на телемедицинские консультации, но интернет здесь нестабильный и дорогой, в связи с чем их проведение в арктической зоне в настоящее время малоприменимо.

«Организация доступности медицинской помощи на такой обширной территории не укладывается в общероссийские нормативы и требует дополнительных организационных мер и дополнительных финансовых ресурсов», – говорит А.Горохов.

Страховщики пришли к выводу, что единственная возможность приблизить плановую первичную специализированную медицинскую помощь к населению Арктики – это регулярная выездная работа мобильных медицинских бригад, укомплектованных врачами-специалистами и оснащённых соответствующим переносным оборудованием, а также системное применение телемедицинских консультаций.

Новая модель

Эти выводы и легли в основу пилотного проекта «Модель организации первичной специализированной медицинской помощи в малочисленных, труднодоступных и отдалённых населённых пунктах, расположенных в Арктической зоне Республики Саха (Якутия)», появившегося по инициативе Александра Горохова и поддержанного главой Республики Айсеном Николаевым. Проект стартовал в регионе в 2023 г.

Новая модель предполагала регулярную плановую выездную работу мобильных медицинских бригад, в составе которых врачи-специалисты, необходимое оборудование, а также возможности телемедицинских консультаций как «врач – врач», так и «врач – пациент» в комбинации с очными приёмами врачей из состава мобильных бригад.

В мае 2022 г. А.Горохов представил в Москве проект участникам Координационного совета директоров ТФОМС РФ, проект был рассмотрен и получил поддержку. В ноябре того же года, после ряда обсуждений на региональном уровне, состоялось обсуждение пилотного проекта на встрече с председателем Федерального фонда ОМС Ильёй Баланиным, а в декабре – на расширенном заседании Комитета по социальной политике Совета Федерации Федерального Собрания РФ «О государственной поддержке социально-экономического развития Республики Саха (Якутия)». Следом в декабре 2022 г. проект обсуждался на со-

Как пояснил А.Горохов, для расчёта тарифов были учтены дополнительные расходы, связанные с выездами: повышенный размер заработной платы врачей и среднего медицинского персонала, а также расходы на дорогостоящий транспорт (самолёт, вертолёт), связанные с перевозкой медицинского персонала и соответствующего медицинского оборудования. Оплата такой медицинской помощи осуществляется по тарифам за единицу объёма медицинской помощи – за посещение, обращение (законченный случай).

По поручению А.Николаева Минздрав и ТФОМС Якутии при активной поддержке республиканских Министерства по развитию Арктики, Министерства транспорта и инноваций, а также АК «Полярные авиалинии» провели подготовительные работы для реализации пилотного проекта.

Центр мобильных бригад

Следующим шагом стало создание Республиканского центра мобильных бригад (РЦМБ), ставшего структурным подразделением Республиканского центра общественного здоровья и медицинской профилактики. РЦМБ заработал в январе 2023 г. В его составе 7 мобильных мультидисциплинарных медицинских бригад – 6 взрослых и 1 педиатрическая. На РЦМБ были возложены задачи оказания первичной специализированной медицинской помощи населению арктических районов Республики Саха (Якутия); повышение уровня активной выявляемости хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития; повышение охвата лиц, состоящих под диспансерным наблюдением (в том числе с применением телемедицинских технологий).

Выездные бригады, которые проводят на месте некоторые виды обследований и оказывают помощь, – явление далеко не новое для российского здравоохранения. Новация якутского проекта в том, что деятельность РЦМБ выходит за рамки функциональности обычной мобильной медицинской бригады, обслуживающей прикреплённое население. Они оказывают выездную плановую первичную специализированную медицинскую помощь с использованием авиации, транспортных средств повышенной проходимости, вылета/выезда в



каждый отдалённый труднодоступный населённый пункт Арктической зоны один раз в квартал. В том числе выезжают на маршруты кочевий коренных малочисленных народностей с целью оценки состояния здоровья населения, раннего выявления заболеваний, отбора на специализированную, высокотехнологичную медицинскую помощь, диспансерное наблюдение.

Кроме того, РЦМБ поручены такие функции, как проведение телемедицинских консультаций в плановой форме с целью диспансерного наблюдения и по заявкам центральных районных больниц; оказание методической и практической помощи районным врачам ЦРБ арктических районов; обеспечение информационного взаимодействия с ЦРБ по вопросам непрерывного динамического наблюдения за пациентами; индивидуальные и групповые профконсультирования пациентов. Центр также несёт ответственность за повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала, составление плана-графика выездной работы РЦМБ, составление плана телемедицинских консультаций.

РЦМБ и Минздрав Якутии привлекли специалистов региональных Министерства транспорта и дорожного хозяйства и Министерства по развитию Арктики и делам народов Севера и провели централизацию кадровых, административных и финансовых ресурсов. Разработали маршруты и графики выездов по 13 арктическим районам. Создали уникальную логистику, обеспечивающую выездную работу. В штате РЦМБ представлен логистик, который обеспечивает и своевременно корректирует маршруты бригад.

На сегодняшний день в составе мультидисциплинарных мобильных бригад работают врачи 15 специальностей: кардиолог, детский кардиолог, эндокринолог, детский

Саха (Якутия) № 48-р от 27 января 2023 г. была утверждена дополнительная штатная численность РЦМБ в количестве 217 штатных единиц.

Оснащение осуществляется в соответствии со стандартом оснащения мобильной медицинской бригады согласно приложению № 24 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утверждённому приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 543н от 15 мая 2012 г. с учётом Порядков оказания медицинской помощи по отдельным профилям.

Помощь на плановой основе

Сегодня можно констатировать, что ключевая задача проекта – обеспечить доступность врачей «узких» специальностей при оказании первичной медико-санитарной помощи жителям арктических районов на постоянной, плановой основе – решена. За 2023 г. были выполнены вылеты мобильных бригад во все 89 населённых пунктов Арктической зоны республики, врачебной помощью охватили 23 307 жителей. По данным реестров-счетов, врачами мобильных бригад всего выявлено 104 829 заболеваний, в том числе впервые – 9892.

Структура впервые установленных заболеваний выглядит так: болезни системы кровообращения – 7%, болезни эндокринной системы – 8%, в том числе сахарный диабет – 1%, болезни нервной системы – 3%, болезни органов дыхания – 5%, болезни желудочно-кишечного тракта – 3%, болезни глаза и придаточных пазух – 7%. С подозрением на онкологическое заболевание в Якутский республиканский онкологический диспансер направлено 125 человек, из них у 25 пациентов диагноз подтверждён.



дистанционно с использованием телемедицинских технологий. Действующие на территории обслуживания медицинские организации первичного звена тесно взаимодействуют с РЦМБ для эффективного оказания выездной и телемедицинской помощи, проводят динамическое наблюдение и лечение по месту жительства пациентов по рекомендациям врачей «узких» специальностей.

Как показала практика, из профилей оказания медицинской помощи (кардиология, эндокринология, неврология, офтальмология, акушерство-гинекология, онкология, пульмонология, инфекционные болезни, хирургия, урология, педиатрия, терапия) наиболее востребованными оказались четыре первых.

Кроме выездной и дистанционной медпомощи, РЦМБ организует непрерывный диспансерный мониторинг состояния здоровья застрахованных лиц, проживающих в арктических и северных районах Республики Саха (Якутия). Проводится и профилактическая работа – статьи в СМИ, выступления на радио, распространяемые памятки, брошюры напоминают гражданам о важности профилактики хронических неинфекционных заболеваний, о необходимости прохождения диспансеризации, диспансерного наблюдения и профилактических медицинских осмотров.

«Выезды мобильных медицинских бригад показали высокую востребованность первичной специализированной медицинской помощи у населения труднодоступных отдалённых населённых пунктов. Фиксируется рост обращаемости, что является одним из важнейших индикаторов обеспечения здоровья населения», – подводит итоги первого года реализации проекта директор ТФОМС Якутии. По его словам, число вызовов санитарной авиации в Арктике за 2023 г. сократилось на 4,8% по сравнению с предыдущим годом, что говорит об эффективности проводимых первичных обследований населения мобильными бригадами и своевременного лечения. Количество экстренных госпитализаций в стационар уменьшилось с 45,5% до 37,6%.

Охват населения арктических районов диспансеризацией за 2023 г. увеличился с 55% до 78% по сравнению с прошлым годом. Проект получил большое внимание и положительные отклики жителей арктических территорий, поскольку широкий спектр медицинской

помощи стал для них реальным и доступным: статистически удовлетворённость населения оказанием медицинской помощи выросла с 36% в 2022 г. до 60% в 2023 г. К положительным итогам проекта медики относят также двукратный рост заработной платы медиков (в период выездной работы).

В 2024 г. выездная работа продолжилась, её дальнейшим развитием стала реализация пилотного проекта «Мобильный хирургический центр» (МХЦ). Речь идёт о выездном оказании наиболее востребованной специализированной медицинской помощи хирургического профиля (операции) жителям районов. Уже в первом квартале 2024 г. медицинскими бригадами МХЦ было выполнено три выезда в центральные районные больницы, где провели 126 оперативных вмешательств, в их числе тотальное эндопротезирование тазобедренных суставов, тазово-дистальные и прямые ангиографии, ангиопластика сосудов нижних конечностей с реканализациями окклюзированных участков бедренных артерий баллоном с полным восстановлением кровотока. Кроме того, осуществлены 1 203 консультационных осмотра пациентов специалистами разных профилей, проведены 517 эндоскопических и ультразвуковых исследований, оказана иная хирургическая специализированная медицинская помощь.

Анализируя результаты всей этой огромной работы, Александр Васильевич указывает на обстоятельства, которые всё ещё осложняют реализацию проекта. Так, сдерживающим фактором регулярных выездов в отдалённые населённые пункты являются высокие расходы на авиаперелёт медицинских работников и перевоз багажа (оборудования). Чтобы устранить этот фактор, необходимо адекватное финансовое обеспечение: для них должны быть установлены отдельные единицы объёмов медицинской помощи и отдельные тарифы, в структуру которых входят полностью покрываемые транспортные расходы, в том числе на авиатранспорт.

Доступность медицинской помощи врачей-специалистов можно было бы повысить также посредством телемедицинских консультаций, но скорость интернета в регионе, его нестабильность и высокая стоимость не позволяют проводить их полноценно в 13 арктических и северных районах. Чтобы обеспечить стабильным скоростным интернетом центральные районные больницы, требу-

ются дополнительные организационные меры и дополнительные финансовые средства, так как средства ОМС, предусмотренные в структуре тарифа ОМС, не могут покрыть эти расходы.

Впрочем, этим вопросом уже занялось Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия). Проводится работа по установке спутникового оборудования для подключения к глобальной сети территориально выделенных структурных подразделений медицинских организаций, рассматривается вопрос заключения единого контракта на предоставление услуг доступа к сети для всех лечебных учреждений арктической зоны. Что касается финансового обеспечения, то есть решение внести в Минздрав РФ предложение о внедрении уникального тарифного плана по льготной тарификации для всех подключённых к сети интернет лечебных учреждений арктической зоны республики. И тогда станет возможным проведение регулярных телемедицинских консультаций – решается вопрос организации консультативных центров для дистанционного консультирования жителей Арктики врачами различных специальностей. Такие центры, считают организаторы, целесообразно создать на базе медицинских организаций республики 2-3-го уровней.

Тиражировать опыт

Пилотный проект по организации оказания первичной специализированной медицинской помощи в малочисленных, труднодоступных и отдалённых населённых пунктах Республики Саха (Якутия), входящих в состав Арктической зоны Российской Федерации, состоялся. По его результатам ТФОМС Якутии подготовлены предложения в Правительство РФ. А.Горохов уверен, что полученный опыт необходимо тиражировать в других субъектах РФ, где намерены реализовывать пациенториентированные проекты.

В числе этих предложений: создание 3-уровневой системы выездной плановой медицинской помощи; привлечение федеральных медицинских организаций к выездной работе (3-й уровень); создание централизованных мобильных бригад в субъекте РФ (2-й уровень); мобильные бригады центральных районных больниц (1-й уровень).

Как говорит руководитель якутского ТФОМС, предлагается установить отдельные подушевые дифференцированные нормативы объёма выездных форм оказания медицинской помощи в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; установить порядок лицензирования таких бригад и отдельных лицензионных требований к ним; разработать порядок оказания выездной медицинской помощи мобильными бригадами; внести в клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи дополнения, касающиеся особенностей оказания выездной медицинской помощи в труднодоступных и отдалённых населённых пунктах, включая модули диагностики одного дня (check-up). И установить постоянное взаимодействие федеральных медицинских организаций с центрами мобильных бригад субъекта РФ посредством их курации для отработки вопросов оказания специализированной медицинской помощи, в том числе ВМП, по месту жительства пациентов.

Эти меры позволят внедрять передвижные формы оказания медицинской помощи для жителей труднодоступных и отдалённых регионов на новой медико-технологической основе (мобильные бригады, мобильный госпиталь) и обеспечить дальнейшее повышение доступности медицинской помощи.

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».



эндокринолог, хирург, детский хирург, уролог, детский уролог, невролог, онколог, пульмонолог, инфекционист, акушер-гинеколог, педиатр, терапевт. По указанным специальностям разработаны технологические карты с частотой и кратностью предоставления медицинских услуг мобильными бригадами.

Как нам рассказали в ТФОМС, такой непростой вопрос, как обеспечение кадрами, решался путём централизации административных, кадровых ресурсов. Так, распоряжением правительства Республики

В случае выявления заболевания, требующего получения специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, пациенты направляются на стационарное лечение в медицинские организации 3-го уровня. При выявлении хронического неинфекционного заболевания пациенту назначается необходимое лечение, проводится динамическое наблюдение, в том числе посредством телемедицинских консультаций. Так, в период между выездами в населённый пункт, врачи консультируют пациентов

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 31 (2437)

(Продолжение.)

Начало в № 31 от 07.08.2024.

Влагалищные выделения без зуда, болезненности, неприятного запаха или дисурических явлений являются нормальным симптомом во время беременности и наблюдаются у большинства женщин.

Боль в спине во время беременности встречается с частотой от 36 до 61%. Среди женщин с болью в спине у 47-60% боль впервые возникает на 5-7-м месяце беременности. Самой частой причиной возникновения боли в спине во время беременности является увеличение нагрузки на спину в связи с увеличением живота и смещением центра тяжести и снижением тонуса мышц под влиянием релаксина.

Распространённость боли в лобке во время беременности составляет 0,03-3% и возникает, как правило, на поздних сроках беременности.

Синдром запястного канала (карпальный туннельный синдром) во время беременности возникает в 21-62% случаев в результате сдавления срединного нерва в запястном канале, и характеризуется ощущением покалывания, жгучей болью, онемением руки, а также снижением чувствительности и моторной функции кисти.

Физикальное обследование

Рекомендован общий осмотр пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), и беременной пациентки при 1-м визите с целью диагностики нарушения развития (УУР – С, УДД – 5).

Общий осмотр включает оценку типа телосложения, типа распределения подкожной жировой клетчатки, состояния кожных покровов и видимых слизистых, степени и типа оволосения.

Рекомендовано измерение массы тела и измерение роста пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), и беременной пациентки при 1-м и каждом последующем визите с целью определения индекса массы тела (ИМТ) (масса тела в кг/рост в м) и контроля динамики прибавки массы тела во время беременности (УУР – В, УДД – 2).

Влияние на акушерские и перинатальные исходы оказывает исходный ИМТ до беременности, но особенно прибавка массы тела во время беременности. Рекомендуемая прибавка массы тела в 1-м триместре составляет не более 0,5-2 кг. Прибавка масса тела происходит в том числе в связи с накоплением жидкости (отёками), характерными для периода гестации (таблица 1).

Рекомендовано измерение артериального давления (АД) на периферических артериях и исследование пульса у пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), и у беременной пациентки при 1-м и каждом последующем визите с целью ранней диагностики гипертензивных состояний (УУР – С, УДД – 5).

Правила измерения АД на периферических артериях у пациенток группы риска преэклампсии (ПЭ) – см. клинические рекомендации «Преэклампсия. Эклампсия. Отёки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде» 2021 г.

Рекомендована пальпация молочных желёз у пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), и у беременной пациентки при 1-м визите с целью диагностики узловых образований молочных желёз (УУР – С, УДД – 4).

Правила пальпации молочных желёз – см. клинические рекомендации «Доброкачественная дисплазия молочной железы» 2020 г. При обнаружении узловых образований молочных желёз рекомендовано направить пациентку на консультацию к онкологу. Регулярная пальпация молочных желёз во время беременности не целесообразна.

Рекомендован гинекологический осмотр пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), и беременной пациентки при 1-м визите с целью: выявления или исключения гинекологических заболеваний у пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе); дифференциальной диагностики с внематочной беременностью, определения размеров матки и её соответствия сроку беременности, состояния и болезненности придатков, сводов влагалища у беременной пациентки (УУР – С, УДД – 5).

Гинекологический осмотр включает визуальный осмотр наружных половых органов,

осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование с определением размеров, консистенции, подвижности и болезненности матки и придатков матки. Повторные гинекологические осмотры беременной пациентки проводятся по показаниям: при наличии жалоб, связанных с репродуктивной системой, признаков выкидыша, истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) и преждевременных родов (ПР) с учётом соответствующих клинических рекомендаций. Без наличия показаний повторные гинекологические осмотры беременной пациентки не рекомендованы.

Рекомендовано определение срока беременности и родов по дате последней менструации и данным ультразвукового

Рекомендовано определение окружности живота (ОЖ), измерение размеров матки (высоты дна матки – ВДМ) и заполнение гравидограммы у беременной пациентки при каждом визите после 20 недель беременности (УУР – В, УДД – 2).

Соответствие ВДМ сроку беременности представлено в таблице 2. Образец гравидограммы представлен в приложении Г. Если ВДМ согласно гравидограмме ниже 10-й или выше 90-й перцентили распределения ВДМ, то рекомендовано УЗИ плода для оценки развития плода и определения количества околоплодных вод.

Рекомендовано определение положения и предлежания плода у беременной пациентки при каждом визите после 34-36 недель беременности с целью определения тактики ведения родов (УУР – В, УДД – 2).

Рекомендовано проведение опроса беременной пациентки по поводу характера шевелений плода при каждом визите после 16-20 недель беременности (после начала ощущения шевелений плода) с целью подтверждения жизнедеятельности плода (УУР – А, УДД – 1).

Нет доказательных данных по эффектив-

ности профилактики неблагоприятных перинатальных исходов на основании подсчёта числа движений плода. Пациентке должны быть даны рекомендации, что при субъективном снижении активности и/или частоты шевелений плода, ей следует незамедлительно обратиться в специализированный стационар или женскую консультацию для проведения дополнительного обследования.

на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования новорождённого (УУР – С, УДД – 4).

При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена на консультацию к инфекционисту для подтверждения/исключения диагноза. Рекомендовано также направлять партнёра пациентки на данное исследование с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования пациентки. Вакцинация от гепатита В проводится по правилам, указанным в главе 5.3.

Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно и беременную пациентку дважды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности – на определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови с целью своевременного выявления инфекции и проведения терапии (УУР – С, УДД – 4).

При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена на консультацию к инфекционисту для подтверждения/исключения диагноза. Рекомендовано также направлять партнёра пациентки на данное исследование с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования пациентки.

Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно и беременную пациентку дважды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности –

Нормальная беременность

Клинические рекомендации

Таблица 1

Рекомендуемая еженедельная и общая прибавка веса в зависимости от ИМТ

Категория	ИМТ (кг/м) еженедельная (кг/неделю) (во 2-м и 3-м триместре)	Рекомендуемая прибавка массы тела	
		1-й триместр	2-й триместр
Недостаток массы тела	< 18,5	12,5-18	0,45 (0,45-0,58)
Нормальная масса тела	18,5-24,9	11,5-16	0,45 (0,35-0,45)
Избыток массы тела	25,0-29,9	7-11,5	0,27 (0,23-0,30)
Ожирение	≥ 30,0	5-9	0,23 (0,18-0,27)

исследования у беременной пациентки при 1-м визите (УУР – А, УДД – 2).

При расчёте срока родов по дате последней менструации необходимо прибавить 280 дней (40 недель) к первому дню последней менструации (при 28-дневном менструальном цикле). При иной длительности менструального цикла необходимо вносить поправки в расчёт срока родов с сторону увеличения срока при более длинном цикле и в сторону уменьшения срока при более коротком цикле.

При наступлении беременности в результате ВРТ расчёт срока родов должен быть сделан по дате переноса эмбрионов (дата переноса плюс 266 дней (38 недель) минус число дней, равное сроку культивирования эмбриона).

При расчёте срока беременности и родов по данным УЗИ в 1-м триместре беременности следует использовать показатель копчико-теменного размера (КТР) плода, на более поздних сроках беременности (при КТР > 84 мм) – показатель окружности головки плода.

При отсутствии УЗИ в 1-м триместре беременности и отсутствии информации о дате последней менструации срок беременности и родов может быть установлен по данным других УЗИ.

При расхождении срока по дате последней менструации и срока по УЗИ, проведённого в 11-13 недель, срок беременности и родов следует устанавливать по данным УЗИ, так как это метод является наиболее точным.

Лабораторные диагностические исследования

Рекомендовано направить беременную пациентку при явке в 1-м триместре беременности на исследование уровня хорионического гонадотропина (ХГ) (свободная β-субъединица) в сыворотке крови или на исследование мочи на ХГ (при невозможности исследования крови) при невозможности ультразвукового исследования с целью диагностики беременности (УУР – С, УДД – 5).

Данная рекомендация актуальна независимо от указания пациентки на наличие контрацепции, стерилизации или отсутствие половой жизни.

Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно и беременную пациентку дважды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности – на исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ1/2 и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в

Таблица 2

Соответствие сроку беременности	ВДМ
20-21 неделя	18-24 см
22-23 неделя	21-25 см
24-25 неделя	23-27 см
26-27 неделя	25-28 см
28-29 неделя	26-31 см
30-31 неделя	29-32 см
32-33 неделя	31-33 см
34-35 неделя	32-33 см
36-37 неделя	32-37 см
38-39 неделя	35-38 см
40-42 неделя	34-35 см

на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования новорождённого (УУР – С, УДД – 4).

При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена на консультацию к инфекционисту для подтверждения/исключения диагноза. Рекомендовано также направлять партнёра пациентки на данное исследование с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования пациентки. Вакцинация от гепатита В проводится по правилам, указанным в главе 5.3.

Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно и беременную пациентку дважды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности – на определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови с целью своевременного выявления инфекции и проведения терапии (УУР – С, УДД – 4).

При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена на консультацию к инфекционисту для подтверждения/исключения диагноза. Рекомендовано также направлять партнёра пациентки на данное исследование с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования пациентки.

Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно и беременную пациентку дважды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности – на определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования плода (УУР – В, УДД – 2).

Обследование и своевременно проведённое лечение сифилиса способствует лучшим исходам беременности. При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена на консультацию к дерматовенерологу для подтверждения/исключения диагноза. Рекомендовано также направлять партнёра пациентки на данное исследование с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования пациентки.

Можно направить пациентку, планируемую беременность (на прегравидарном этапе), однократно или беременную пациентку однократно при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) на определение антител класса G (IgG) и класса M (IgM) к вирусу краснухи (Rubella virus) в крови с целью выявления серонегативных пациенток (УУР – С, УДД – 5).

При серонегативном статусе во время беременности пациентке должна быть предоставлена информация о минимизации риска инфицирования краснухой. На прегравидарном этапе вакцинация проводится по правилам, указанным далее (вакцинация на прегравидарном этапе и во время беременности).

Рекомендовано направить пациентку, планируемую беременность (на прегравидарном этапе), однократно и беременную пациентку дважды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности – на микроскопическое исследование влагалищных мазков, включая микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*), микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на трихомонады (*Trichomonas vaginalis*), микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на дрожжевые грибы с целью своевременного выявления и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний генитального тракта для профилактики восходящей инфекции (УУР – А, УДД – 2).

Нецелесообразно рутинно направлять беременную пациентку на молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекций, передаваемых половым путём (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*), и на определение ДНК *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Lactobacillus* spp. и общего количества бактерий во влагалищном отделяемом методом ПЦР, количественное исследование, и молекулярно-биологическое исследование отделяемого женских половых органов на условно-патогенные генитальные микоплазмы (*Ureaplasma parvum*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*). Данные исследования должны быть рекомендованы при появлении жалоб на вагинальный дискомфорт, изменение характера выделений из половых путей, зуд, жжение, выделения с неприятным запахом, воспалительном характере микроскопического исследования влагалищных мазков.

Рекомендовано направить пациентку, планируемую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку однократно при 1-м визите (при отсутствии исследования на прегравидарном этапе) на определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) с целью своевременной оценки совместимости крови при необходимости её переливания в родах или в случае развития акушерских осложнений, а также для определения риска резус-конфликта (УУР – В, УДД – 1).

Надо направить резус-отрицательную беременную пациентку на определение антител к антигенам системы Резус при 1-м визите (при 1-м визите в 1-й половине беременности), затем при отсутствии антител – в 18-20 недель беременности, затем при отсутствии антител – в 28 недель беременности с целью определения риска резус-конфликта (УУР – В, УДД – 1).

При выявлении антител к антигенам системы Резус беременная женщина должна быть направлена на консультацию в медицинскую организацию 3-й группы для дальнейшего наблюдения. У резус-отрицательных женщин следует определить резус-фактор партнёра. При резус-отрицательной принадлежности крови его определение антител к антигенам системы Резус не проводится. При неизвестной или резус-положительной принадлежности крови партнёра беременной женщине можно предложить неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) в части определения антигена D системы Резус (резус-фактор) плода. При определении резус-отрицательной принадлежности крови у плода определение антител к антигенам системы Резус в крови матери не проводится. Комментарий к данному тезису – см. подробно клинические рекомендации «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода» 2020 г.

Рекомендовано направить пациентку, планируемую беременность (на прегравидарном этапе), однократно и беременную пациентку трижды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м триместре беременности), во 2-м и в 3-м триместре беременности – на общий (клинический) анализ крови с целью своевременного выявления и лечения

анемии и других патологических состояний (УУР – В, УДД – 2).

Раннее обследование и выявление анемии способствует своевременной терапии и снижению риска негативных перинатальных исходов. Нормальный уровень гемоглобина в 1-м и 3-м триместре составляет ≥ 110 г/л, во 2-м триместре – ≥ 105 г/л. Для подтверждения латентного дефицита железа может быть рекомендовано исследование уровня ферритина в крови как наиболее точного показателя определения уровня железа. Рекомендовано направить беременную пациентку при 1-м визите на анализ крови биохимический общетерапевтический с целью выявления и своевременного лечения нарушения углеводного обмена, патологии желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы для профилактики акушерских и перинатальных осложнений (УУР – С, УДД – 3).

Биохимический общетерапевтический анализ крови включает: исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня билирубина в крови, исследование уровня билирубина связанного (конъюгированного) в крови, определение активности аланинаминотрансферазы (АЛТ) в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы (АСТ) в крови, исследование уровня глюкозы в крови. Диагноз гестационного сахарного диабета (ГСД) может быть поставлен на основании однократного определения уровня глюкозы. Критерий диагноза ГСД – значение глюкозы венозной плазмы натощак $\geq 5,1$ ммоль/л, но не более 7,0 ммоль/л. На прегравидарном этапе рекомендовано исследование уровня глюкозы в крови (данное исследование включено в порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации взрослого населения и проводится ежегодно). Рекомендовано направить беременную пациентку на дополнительное исследование уровня глюкозы в крови при выявлении уровня глюкозы венозной крови натощак $\geq 7,0$ ммоль/л с целью исключения/подтверждения манифестного сахарного диабета (УУР – С, УДД – 5).

Диагноз манифестного сахарного диабета может быть поставлен при повторном исследовании уровня глюкозы в крови или исследовании уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) в крови. Критерий диагноза манифестного сахарного диабета – значение глюкозы натощак выше 7,0 ммоль/л или уровня HbA1c $\rightarrow 6,5\%$. Подробные правила забора крови на исследование уровня глюкозы, критерии диагноза манифестного сахарного диабета, ГСД – см. проект клинических рекомендаций «Гестационный сахарный диабет» 2023 г. Рекомендовано направить беременную пациентку на проведение глюкозотолерантного теста (пероральный глюкозотолерантный тест – ПГТТ) с 75 г декстрозы в 24-28 недель беременности в случае, если у неё не было выявлено нарушения углеводного обмена или не проводилось обследование на ранних сроках беременности для выявления ГСД (УУР – В, УДД – 2).

Правила проведения ПГТТ – см. проект клинических рекомендаций «Гестационный сахарный диабет» 2023 г.

Рекомендовано направить пациентку, планируемую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку однократно при 1-м визите на исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови и определение содержания антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) в крови с целью раннего выявления и терапии нарушения функции щитовидной железы (УУР – А, УДД – 2).

При уровне ТТГ у беременной женщины $> 2,5$ МЕ/мл и АТ-ТПО+ или при уровне ТТГ $> 4,0$ МЕ/мл вне зависимости от наличия АТ-ТПО беременную женщину следует направить на консультацию к эндокринологу для назначения терапии гипотиреоза. Алгоритм обследования и лечения пациенток с гипотиреозом – см. клинические рекомендации «Гипотиреоз» 2021 г.

Рекомендовано направить пациентку, планируемую беременность (на прегравидарном этапе), однократно и беременную пациентку трижды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м триместре беременности), во 2-м и в 3-м триместре беременности на общий (клинический) анализ мочи с целью выявления и своевременного лечения заболеваний мочевыводящей системы для профилактики акушерских и перинатальных осложнений (УУР – С, УДД – 4).

При подозрении на инфекцию мочевых путей ведение пациентки осуществляется согласно клиническим рекомендациям «Инфекция мочевых путей при беременности» 2022 г. Рекомендовано определение белка в моче у беременной пациентки после 22 недель беременности во время каждого

визита с целью своевременного выявления протеинурии для выбора тактики ведения беременности (УУР – С, УДД – 4).

Белок в моче может быть измерен в лабораторных условиях или с помощью специальных индикаторных полосок. Рекомендовано направить пациентку, планируемую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку при 1-м визите на цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала) с целью скрининга рака шейки матки (УУР – А, УДД – 2).

Цитологическое исследование мазка с поверхности шейки матки и из цервикального канала следует рекомендовать в зависимости от даты предыдущего исследования, его результатов, наличия инфекции, вызванной вирусом папилломы человека, возраста пациентки согласно клиническим рекомендациям «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки» 2020 г. Рекомендовано направить беременную пациентку при 1-м визите на микробиологическое (культуральное) исследование мочи на бактериальные патогены с применением автоматизированного посева с целью выявления бессимптомной бактериурии (УУР – А, УДД – 1).

Бессимптомная бактериурия – это наличие колоний бактерий $\geq 10^5$ в 1 мл средней порции мочи при отсутствии клинических симптомов. Раннее выявление бактериурии и проведение терапии снижает риск развития пиелонефрита, ПР и задержки роста плода (ЗРП). При выявлении бактериурии ведение пациентки осуществляется согласно клиническим рекомендациям «Инфекция мочевых путей при беременности» 2022 г. Рекомендовано направить беременную пациентку в 35-37 недель беременности на бактериологическое исследование вагинального отделяемого и ректального отделяемого на стрептококк группы В (*S. agalactiae*) или определение ДНК стрептококка группы В (*S. agalactiae*) во влагалищном мазке и ректальном мазке методом ПЦР с целью своевременного выявления и лечения инфекции, вызванной *S. agalactiae*, для снижения риска внутриутробной инфекции (УУР – В, УДД – 1).

При положительном результате исследования пациенткам назначается антибиотикопрофилактика в родах – см. клинические рекомендации «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды)» 2021 г. Рекомендовано направить беременную пациентку в 11-13 недель беременности на скрининг 1-го триместра, который включает комбинацию исследования уровня ХГ (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови и исследования уровня белка А, связанного с беременностью, в крови (РАРР-А), ультразвуковое скрининговое исследование по оценке антенатального развития плода с целью выявления хромосомных аномалий (ХА), пороков развития, рисков ЗРП, ПР, ПЭ (скрининг I) (код медицинской услуги А04.30.001.003) с последующим программным расчётом указанных рисков (УУР – А, УДД – 1).

Для дополнительной оценки риска ХА плода пациентке может быть дополнительно предложено проведение неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) (НИПТ) после 10 недель беременности.

Не рекомендовано рутинно направлять беременную пациентку на биохимический скрининг 2-го триместра, который включает исследование уровня ХГ (свободная β -субъединица) в сыворотке крови, исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови, исследование уровня неконъюгированного эстрадиола в крови (тройной скрининг) и исследование уровня ингибина А в крови (четверной скрининг) (УУР – С, УДД – 1).

Биохимический скрининг 2-го триместра может быть назначен при отсутствии результатов скрининга 1-го триместра. Не рекомендовано рутинно направлять беременную пациентку на определение содержания антител к антигенам групп крови (анти-А, анти-В) (УУР – С, УДД – 4).

Доказательная база предикции гемолитической болезни плода по системе АВ0 отсутствует. Не рекомендовано рутинно направлять пациентку, планируемую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку на определение антител класса G (IgG) и класса M (IgM) к токсоплазме (*Toxoplasma gondii*) в крови (УУР – В, УДД – 3).

Данное исследование имеет низкую специфичность, большую долю ложноположительных результатов и, как следствие, приводит к необоснованной терапии токсоплазмоза. Доказательная база эффективности антенатальной терапии токсоплазмоза в плане снижения негативных перинатальных

исходов отсутствует. Беременная женщина должна быть информирована о методах профилактики токсоплазмоза: гигиенической обработке рук перед едой, мытье свежих фруктов и овощей, термической обработке мяса, использовании перчаток при контакте с землёй и мытье рук после контакта с землёй, исключении контакта с кошками.

Не рекомендовано рутинно направлять пациентку, планируемую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку на определение антител классов M, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови (УУР – С, УДД – 5).

Данное исследование имеет низкую специфичность, большую долю ложноположительных результатов и, как следствие, приводит к необоснованной терапии ЦМВ-инфекции. Этиотропная терапия и профилактика внутриутробной передачи ЦМВ-инфекции отсутствует.

Не рекомендовано рутинно направлять пациентку, планируемую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку на определение антител к вирусу простого герпеса (Herpes simplex virus) в крови вне зависимости от наличия или отсутствия симптомов рецидивирующей ВПГ-инфекции в анамнезе (УУР – С, УДД – 5).

Данное исследование имеет низкую специфичность, большую долю ложноположительных результатов и, как следствие, приводит к необоснованной терапии ВПГ-инфекции.

При подтверждении высокого риска ХА и/или пороков развития плода, ассоциированных с ХА, по данным НИПТ и/или по данным скрининга 1-го или 2-го триместра с перерасчётом индивидуального риска рождения ребёнка с ХА на основе данных повторно проведённого УЗИ плода, рекомендовано направить беременную пациентку на проведение инвазивной пренатальной диагностики (биопсия хориона, плаценты, амниоцентез, кордоцентез) с исследованием полученного материала цитогенетическими (цитогенетическое исследование (кариотип)) или молекулярно-генетическими методами (УУР – А, УДД – 1).

Биопсия хориона проводится при сроке 10-14 недель беременности. Амниоцентез проводится при сроке беременности > 15 недель. Индивидуальный высокий риск ХА у плода по данным скрининга составляет $\geq 1/100$. Противопоказаниями к инвазивной пренатальной диагностике являются: инфекционные и воспалительные заболевания любой локализации, угрожающий выкидыш или ПР. В случаях сенсбилизации по системе Rh(D) необходимо взвесить потенциальную пользу/риск от проведения инвазивной диагностики.

Инструментальные диагностические исследования

Рекомендовано направить пациентку, планируемую беременность (на прегравидарном этапе), на УЗИ матки и придатков (трансвагинальное или при невозможности – трансабдоминальное или трансректальное) в раннюю фолликулярную фазу менструального цикла (УУР – С, УДД – 5).

УЗИ матки и придатков рекомендовано для определения размеров матки и яичников, диагностики новообразований матки и её придатков, аномалий их развития, патологических процессов в эндометрии (полипы, гиперплазия, хронический эндометрит), толщины эндометрия, оценки послеоперационного рубца на матке при наличии, а также определения количества антральных фолликулов. Антральные фолликулы определяют как фолликулы со средним диаметром 2-10 мм в наибольшей двумерной плоскости.

Рекомендовано направить беременную пациентку при 1-м визите в 1-м триместре беременности и сроке задержки менструации ≥ 7 дней на УЗИ матки и придатков (до 9 недели беременности) или УЗИ плода (после 10 недель беременности) с целью диагностики беременности, её локализации, определения соответствия плодного яйца/эмбриона/плода сроку беременности, наличия СБ эмбриона/плода (УУР – С, УДД – 5).

Методом выбора является трансвагинальное УЗИ. Если трансвагинальное УЗИ недоступно, может использоваться трансабдоминальное УЗИ, однако этот метод не так точен, как трансвагинальное УЗИ, для диагностики осложнений ранних сроков беременности.

Рекомендовано направить беременную пациентку в 11-13 недель беременности на УЗИ плода в медицинскую организацию, осуществляющую экспертный уровень пренатальной диагностики, с целью определения срока беременности, проведения скрининга 1-го триместра, диагностики многоплодной беременности (УУР – А, УДД – 1).

(Продолжение следует.)

– Александр Алексеевич, я вижу у вас на полке книгу Якова Юрьевича Попелянского по поясничному остеохондрозу, изданную в 1974 г. Почему она здесь находится и какое имеет отношение к вашей работе?

– Любый хирург, который занимается вертебрологией, не может полноценно работать, не зная клинику и патогенез заболевания, не зная основных неврологических синдромов. Книга Якова Юрьевича Попелянского – настольная не только для неврологов, но и для нейрохирургов, ортопедов, вертебрологов, занимающихся хирургией позвоночника.

– Разве она не устарела? Всё-таки полвека прошло. Тогда не было ни КТ, ни МРТ.

– Существуют базовые вещи, которые остаются неизменными. Что касается КТ и МРТ, то есть обратная сторона медали. Раньше нам рассказывали, что западные доктора смотрят КТ-картинку и берут на операцию больного без осмотра. Такая тенденция наметилась и у нас. Меня учили в институте, что в первую очередь надо осмотреть больного, выслушать его жалобы, оценить его статус – ортопедический, вертебрологический, неврологический, нейрохирургический, и только потом оценить данные дополнительных исследований. Часто после осмотра больного мы уже знаем, что увидим на картинке грыжу, понимаем, где она будет локализоваться, и так далее. Именно эти базовые знания изложены в монографии профессора Попелянского. Я перечитывал её неоднократно, потому что, прочитав один раз, всё не запомнишь, не поймёшь и зачастую бывает так, что я нахожу в ней выходы для той или иной ситуации нюансы. Мне это помогает. В его книге рассматривается топический диагноз: симптомы, характерные для поражения спинного мозга, его корешков. Конечно, можно опираться на результаты осмотра невролога (я на операцию не беру ни одного пациента без осмотра невролога), но это не значит, что я не должен знать неврологические симптомы.

– Вы тоже неврологический осмотр проводите?

– Да. У каждого врача своя специфика осмотра, я, естественно, оцениваю и неврологический статус и сопоставляю его с заключением невролога.

– То есть неврологический молоточек у вас имеется?

– Да. Как известно, Яков Юрьевич крайне редко направлял больных на операции по поводу грыж межпозвоночных дисков...

– Есть так называемый МРТ-индуцированный пациент, который требует операции, потому что есть какие-то проявления стеноза позвоночного канала, и свято верит, что его спасёт только операция, а есть ещё и МРТ-индуцированный врач, который необоснованно расширяет показания к операции. Крайности всегда нехороши. Наши учителя были мудрее. Они говорили, что клиника всегда должна быть на первом месте и, исходя из неё, нужно решать вопрос об операции.

– Велик ли процент рецидивов?

– Считается допустимым 3-7% рецидивов грыжи. Но и здесь всё не так однозначно. Сразу встаёт вопрос: это рецидив грыжи или результат продолжающейся дегенерации диска. И этот вопрос далеко не единственный. Вместо термина «синдром неудачно оперированного позвоночника» (failed back syndrome) говорят о продолженной дегенерации позвоночника, но это не меняет сути. От хирургии не уйти, а методики могут быть разные.

– Вы считаете, что Попелянский был прав?

– Когда мне задают такие вопросы, я не знаю, как отвечать. Что значит «был прав»? У каждого своя правда.

– Вероятно, самой частой операцией у спинальных хирургов и нейрохирургов является удаление грыжи межпозвоночного диска. Здесь что-то изменилось или никаких новых подходов пока нет?

– Ну, нейрохирурги на меня обидятся, если я так скажу. Постоянно идут дискуссии: какая методика удаления грыж лучше – микрохирургическая или эндоскопическая, каким эндоскопом пользоваться – монопортальным или бипортальным. По моему мнению, принципов



Доктор медицинских наук Александр Алексеевич КУЛЕШОВ заведует 14-м отделением (вертебрологии) НМИЦ травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова. В 1986 г. он окончил педиатрический факультет Волгоградского государственного медицинского института. Интернатуру проходил по детской травматологии-ортопедии в Филатовской больнице у профессоров Вахтанга Панкратовича Немсадзе и Евгения Петровича Кузнецихина. В ЦИТО поступил в аспирантуру в отделение патологии позвоночника. Своим главным учителем считает профессора Степана Тимофеевича Ветрилэ, под руководством которого написал кандидатскую и докторскую диссертации. Стены небольшого кабинета доктора Кулешова украшены дипломами (дважды был лауреатом премии «Призвание»), фотографиями космонавтов (является членом Главной медицинской комиссии по подготовке космонавтов), многочисленными полками с пластиковыми моделями позвоночника и спинного мозга, иконами, бюстами Гиппократа и Войно-Ясенецкого, книгами.

Экспертный уровень

Пациент должен доверять врачу

Принцип доктора Кулешова

альных преимуществ в методиках нет. Есть кривая обучаемости хирурга: по каждой методике он должен сделать определённое количество операций.

– Какое количество?

– В среднем это 30-40 операций. Есть уникальные хирурги, которые оперируют с помощью всех видов методики. Каждый вид – это отдельное дорогостоящее оборудование. Понимаете, каждая фирма хочет создать новую установку, новую стойку, показать её с самой лучшей стороны, чтобы покупали. Но всё равно большинство хирургов считает, что конечный результат при всех операциях примерно один, независимо от того, какое оборудование используется. Мы должны устранить сдавление корешка при грыже, освободить его – и всё. А как удалить грыжу – это, на мой взгляд, неприципиально. Важно определять: кому нужна операция и в каком объёме, а кого можно лечить консервативно. Сейчас спорят: надо удалять только выпавшую часть грыжи или же весь диск, протезировать диск или нет, фиксировать ли позвонки. Доводов за каждую позицию и публикаций очень много. Молодому хирургу очень сложно всё это оценить, а уж пациенту тем более. Мой принцип такой: вы должны доверять врачу. Если вы ему доверяете, если вас устраивает то, что он вам предлагает, – соглашайтесь с ним.

– А ваша позиция какая в данном вопросе?

– Я не могу придерживаться одной позиции. Не бывает чёрного и белого. Если говорить про поясничные грыжи, то чаще достаточно их удаления без какой-либо фиксации. То есть удалять надо только ту часть грыжи, которая сдавливает корешок.

– Велик ли процент рецидивов?

– Считается допустимым 3-7% рецидивов грыжи. Но и здесь всё не так однозначно. Сразу встаёт вопрос: это рецидив грыжи или результат продолжающейся дегенерации диска. И этот вопрос далеко не единственный. Вместо термина «синдром неудачно оперированного позвоночника» (failed back syndrome) говорят о продолженной дегенерации позвоночника, но это не меняет сути. От хирургии не уйти, а методики могут быть разные.

– Диск-пункционные методы довольно распространены...

– Начинали с того, что вводили в диск ферменты (папаин). Потом наступила эра лазерного выпаривания, потом – холодной плазменной нуклеопластики, микродекомпрессия диска и так далее. Но проблем они никак не решили – число

операций не уменьшилось. Эти методики наиболее эффективны при поясничных болях, когда грыжа небольшая и нет диско-радикалярного «конфликта».

– Как вы считаете, кто должен удалять межпозвоночные грыжи: нейрохирурги или ортопеды? Или это не имеет значения?

– Результаты примерно одинаковые. Ортопеды, которые оперируют грыжу, в основном занимаются хирургией позвоночника. Таких 5% от общего числа ортопедов, имеющих, как правило, двойную специализацию: и по ортопедии, и по нейрохирургии. Они оперируют при больших деформациях позвоночника, а нейрохирурги – при патологии спинного мозга, при его опухолях. В своё время была создана Ассоциация хирургов-вертебрологов России, объединившая около 800 нейрохирургов и около 200 ортопедов. Даже шёл разговор о том, чтобы выделить вертебрологию в отдельную специальность. Но пока это не представляется возможным в том числе потому, что введение новой специальности подразумевает слишком много реформ. Мы называемся вертебрологами, но специальности «вертебрология» официально не существует.

– Когда возникло ваше отделение и как долго вы его возглавляете?

– Как самостоятельное структурное подразделение ЦИТО оно основано в 1966 г. профессором Аркадием Ивановичем Казьминим, который в 1950-е гг. первым в нашей стране стал делать операции на позвоночнике, при сколиозе. Причём выполнять не просто стабилизацию, а именно коррекцию позвоночника. Тогда это было первое в СССР отделение вертебрологии. Сейчас в институте три отделения, которые занимаются хирургией позвоночника, каждое выполняет порядка тысячи операций в год. Наше отделение создано 12 лет назад.

– Чем занимаетесь сейчас?

– Наше отделение уникально в том, что мы оперируем и детей, и взрослых. Самому маленькому пациенту было два года, а самому старому, которого я оперировал, – 90 лет. Мы занимаемся лечением дегенеративных заболеваний позвоночника, грыж дисков, стенозов позвоночного канала, позвоночно-спинномозговой травмы. Чаще, может быть, не столько травмой, сколько посттравматической деформацией и осложнениями после не совсем удачных операций по поводу травм позвоночника, ревизиями, так как в наше федеральное учреждение поступают пациенты с осложнениями со всей страны. В меньшей степени мы оперируем опухоли позвоночника. В целом

треть операций приходится на деформации позвоночника, ещё треть – на дегенеративные заболевания, около 10% – на посттравматическую патологию позвоночника, 10-15% – на малоинвазивные методы лечения, до 5% – на опухоли и опухолеподобные заболевания позвонков и примерно столько же – на опухоли спинного мозга. Наш директор Антон Герасимович Назаренко одновременно является сотрудником отделения и оперирует здесь спинальных больных, в том числе пациентов с опухолями спинного мозга.

– Почему вы оперируете и детей, и взрослых?

– Вопрос дискуссионный: лучше ли, чтобы детей оперировали одни, а взрослых – другие. Между тем вопрос преемственности очень важен. Мы видим результат своих операций не до 18 лет, когда дети становятся взрослыми, а через 20 и 40 лет. И зачастую к нам на приём приходят пациенты, которых детьми ещё в 1970-е гг., когда им было по 10-15 лет, оперировал А.И.Казьмин. Дети лежат в детском отделении, но мы их курируем, оперируем. Взрослые лежат во взрослом корпусе, где мы находимся с вами сейчас. Здесь у нас 20 коек. В год мы делаем порядка тысячи операций – 70% приходится на взрослых и 30% на детей. Штатных хирургов пятеро.

– На ваш взгляд, все тренды хирургии, такие как малоинвазивность и минимальная травматичность, учитываются при операциях по поводу дегенеративных заболеваний позвоночника, декомпрессиях?

– Что касается деформаций позвоночника, то мы ушли от большой кровопотери, даже при тяжёлых сколиозах. Я не помню, чтобы за последние 10 лет кому-то после коррекции сколиоза переливали кровь. Если раньше больные с деформациями позвоночника лежали месяцами в клинике, то сейчас 80-90% пациентов выписываются на 7-8-й день после операции даже при крайне тяжёлой деформации позвоночника. Им сразу разрешается вставать, сидеть, ходить. И многие уже на 5-й день выписываются домой. Их обучают приёмам послеоперационной реабилитации, проводят бытовую реабилитацию. Дети возвращаются в обычную школу через 2-3 месяца. Больные практически не нуждаются в корсетах: про гипсовые корсеты мы давно забыли, а пластиковый корсет используется очень редко. Вот такие тренды: малая инвазивность, ранняя реабилитация, раннее возвращение к учёбе, к работе. Нормой жизни стало то, что 20 лет назад казалось нереальным.

Каждый хирург отдаёт предпочтение определённой технологии, определённому бренду, но все в своей работе придерживаются примерно одного принципа: стабильная коррекция позвоночника и ранняя активизация больного. Проблему представляют крайне сложные деформации, деформации при так называемых системных заболеваниях, при генетических синдромах, когда сами позвонки атипичны и невозможно применить стандартные конструкции.

В данном случае очень хорошо помогают аддитивные технологии. Сегодня у нас есть возможность напечатать копию любого сегмента позвоночника на всём протяжении, рассмотреть все элементы позвонков, понять, какие имплантаты лучше брать, как поставить, и, если есть сдавление спинного мозга, как его лучше устранить (за одну, две или три операции), чтобы это было безопасно для больного, потому что есть группа пациентов с деформациями, которые исходно, до операции, осложняются сдавлением спинного мозга и парезами или параличами. И тогда на первый план выходит освобождение спинного мозга, а уже потом решается вопрос об исправлении деформации, так как зачастую нельзя оставить деформацию, которая приводит не только к выраженным косметическим дефектам, но и к нарушению функций жизненно важных органов.

Современные возможности позволяют, исходя из конкретной ситуации, напечатать любой сложности и конфигурации пластину, необходимую данному пациенту, или какой-либо вид имплантата, который будет безопасен, анатомически точен и максимально эффективен.

– Материал имеет значение?

– Сейчас практически все имплантаты печатаются из титана, потому что это наиболее биоинертный металл. Плюс с ним можно делать МРТ. Но это требуется не каждый день и не каждому больному. За 10 лет мы поставили около 100 индивидуальных имплантатов.

– Где вы их печатаете?

– У нас есть своя лаборатория, на которой мы делаем прототипы, но сами имплантаты отдаём для печати в фирмы, которые имеют сертификат на их производство.

– Правда ли, что вертебрологи постепенно уходят от имплантатов?

– Если говорить о дегенеративных заболеваниях позвоночника, то в своё время приживались одного принципа: просто удаляли грыжи, делая широкие доступы к позвоночнику, не щадили анатомические структуры. Как следствие, развивалась нестабильность позвоночника. Вначале был хороший эффект от операции, а потом вторично, через год-два-три, развивались деформации позвоночника. Это породило споры ортопедов и нейрохирургов о том, надо ли стабилизировать позвоночник. Потом сформировался чёткий тренд, говорящий о том, что все грыжи диска лучше оперировать так, чтобы не было рецидивов. Поэтому ставили различные имплантаты, вплоть до протезов дисков. Частоту рецидивов уменьшили, но частоту осложнений от имплантатов подняли. Возникла новая проблема, для решения которой нужно дать ответы на целый ряд вопросов: кем работает больной, каким видом спорта он занимается, нужен ли ему имплантат? Все решается индивидуально. При операциях на поясничном отделе мы всё реже устанавливаем имплантаты, но отказываться от них полностью мы всё равно не можем. Мы вынуждены их ставить определённой категории пациентов. При грыжах точно стали меньше ставить имплантатов, а некоторые имплантаты практически ушли из арсенала хирургов, потому что их эффективность оказалась не такая высокая. В каждой ситуации вопрос, безусловно, решается индивидуально, но общий подход таков: если это первичная грыжа, молодой человек, тем более подросток, то, как правило, имплантат не нужен.

– Какие имплантаты были разработаны вами?

Веки

Соперник Илизарова

Памяти профессора Блискунова

Александр Блискунов (1938-1996) – выдающийся травматолог-ортопед, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный изобретатель СССР.

Родился в крестьянской семье в селе Новая Калитва Воронежской области. После переезда вместе с мамой в Крым и окончания средней школы поступил в Крымский медицинский институт, однако, не пручившись и года, оставил его из-за тяжёлого материального положения семьи. Служил в рядах советской армии. Трудовую деятельность начал в качестве рабочего паровозного депо станции Симферополь.

В 1963 г. был восстановлен в Крымском медицинском институте только благодаря личному содействию С.И.Георгиевского – легендарного ректора института, который в годы разрухи после гражданской войны заведовал детским домом, аналогом знаменитой «Республики ШКИД».

Возвращение в институт

Сергей Иванович пророчески увидел в этом «необыкновенно энергичном и обаятельном парне» облик будущего талантливого хирурга.

Уже на начальных курсах проявился интерес к изобретательству: его первое рационализаторское предложение – каталка для перекладывания и транспортировки тяжёлых обожжённых – нашло своё применение в клинике.

После окончания в 1969 г. института стал работать травматологом, старшим лаборантом кафедры травматологии и ортопедии. Поступив на заочное отделение института патентоведения, получил в 1975 г. диплом патентоведателя.

За период с 1971 по 1975 г. Александр Иванович оформил 17 авторских свидетельств на изобретения и 30 удостоверений на рационализаторские предложения, помогая и коллегам готовить заявки на изобретения.

В 1974 г. стал ассистентом кафедры и защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Оперативное лечение неосложнённых переломов позвоночника».

В последующем развивал свою идею об исключении длительной перфорации кожи, сопутствующей использованию наружных аппаратов фиксации костей при удлинении бедра, путём применения для этих целей внутренних конструкций. Это послужило темой его докторской диссертации.

Однако этот путь, как и всё новое, был не простым, а порой драматичным и завершился выходом на официальную публичную защиту с отрицательным отзывом ведущей организации. По стандартным меркам в научном мире это означало, что диссертацию нужно снимать с защиты. Однако несгибаемый Александр Иванович всё-таки отстоял защиту и вышел победителем.

Большинством голосов члены Специализированного совета ЦИТО утвердили диссертацию.

После защиты ему предлагали возглавить в ЦИТО научно-технический отдел, однако Александр Иванович предпочёл вернуться в alma mater – Крымский медицинский институт, где в 1987 г. стал



«Заслуженный изобретатель СССР».

Следует отметить, что такое звание имели только пятнадцать учёных-медиков бывшего Советского Союза.

В этом же году он стал лауреатом ООН – с вручением ему Большой золотой медали Всемирной организации интеллектуальной собственности. При этом его метод удлинения конечностей признан лучшим и назван ортопедией XXI века.

Александр Иванович был

единственным

в мире хирургом-ортопедом, заслужившим столь высокую награду.

Будучи депутатом Верховного Совета Крыма, Александр Иванович высокопрофессионально доказывал необходимость совершенствования охраны здоровья на базе этого уникального географического региона страны.

Но его благородным устремлениям о создании Крымского ортопедического центра не суждено было сбыться... Вследствие тяжёлой болезни жизнь его на 58 году оборвалась на взлёте творческих сил и хирургического мастерства.

«...И народилась новая луна,
Былое чётким профилем
итожа.

А я сомнею новым
смущена:

Возможно ли прожить,
расставшись с прошлым?».

Римма Казакова.
Полнолуние.

Попытка исповеди.
Поэма, 1997 г.

Памяти профессора
А.Блискунова.

Но у талантливого человека, подвижника, беззаветно отдающего себя любимому делу, не одна жизнь. Он живёт в памяти благодарных людей, в памяти своих учеников, которые продолжают его и уже своё дело.

Можно с уверенностью сказать, что нынешнее поколение учёных и врачей Национального медицинского исследовательского центра травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова Минздрава России воплотит в жизнь его оригинальные мысли, теоретические концепции и изобретения, во многом опередившие своё время.

И в Республике Крым Российской Федерации, с её уникальными возможностями для проведения медицинской реабилитации пациентов нашего профиля после инновационных, высокотехнологичных операций, создан ортопедический центр имени Александра Ивановича Блискунова.

Владимир ПАРШИН,
специалист отдела кадров
НИИЦ ТО им. Н.Н.Приорова
Минздрава России,
заслуженный работник
здравоохранения РФ.

– В хирургии позвоночника есть понятие «переходная зона». Это наиболее сложная и опасная анатомическая зона для хирургических доступов. Речь идёт о кранио-вертебральном, шейно-грудном, груднопоясничном и пояснично-крестцовом отделах позвоночника, а также о многоплоскостных деформациях позвоночника (это крайне тяжёлая форма). Для таких больных мы разработали около 20 видов индивидуальных пластин. Только для краниовертебрального перехода, совместно с профессором Алексеем Шкарубо, разработано шесть видов индивидуальных пластин для разной патологии, для шейно-грудного – три вида пластин, для пояснично-крестцового – несколько видов пластин. Надо ли фиксировать спондилолистез с обездвижением соседних позвонков? Мы разработали индивидуальную пластину для использования при спондилолистезе и спондилолистезе первой степени у спортсменов, которая сохраняет подвижность в позвоночно-двигательном сегменте. Все оперированные (20 человек) вернулись в спорт и поднялись на более высокий уровень – кандидаты в мастера стали мастерами спорта. Недавно девочка приходила – она вернулась в сборную России через год после операции. Совместно с торакальным хирургом Павлом Королёвым также разработали и устанавливали индивидуальные имплантаты для замещения грудного-рёберного комплекса при злокачественной опухоли грудины.

– **Насколько ваши подходы оригинальны? Другие тоже используют их?**

– Не бывает так, чтобы какой-то проблемой в мире занимался один человек (смеётся). – **Б.Л.** Смотря какую патологию брать. Индивидуальные кейджи для замещения дисков уже чуть ли не массовый характер приобрели, а, скажем, использование их при деформациях и опухолях позвоночника в мировой литературе описано в единичных работах. Это всё-таки, на мой взгляд, эксклюзивная хирургия, и все работы по этой теме мы отслеживаем. Пока индивидуальных имплантатов именно в хирургии позвоночника не так много. Например, разработанные нами индивидуальные пластины для краниовертебральной области отмечены на трёх международных выставках. О ближайших и отдалённых результатах имплантации нашей индивидуальной пластины при спондилолистезе мы будем делать доклад в сентябре в Белграде на международной конференции ортопедов-травматологов SICOT. У нас уже есть трёхлетний опыт её применения.

– **Это уникальные операции?**

– Я не слышал, чтобы кто-то ещё использовал эти пластины при спондилолистезе. Это наша разработка. Что касается пластин, устанавливаемых через рот, то я видел единичные сообщения.

– **Есть ли у вас какая-то экспериментальная лаборатория?**

– Мы ставили эксперименты, отработывали технику операции, испытывали прочностные свойства этих пластин на анатомических блок-препаратах, потом на 3D-моделях позвоночника. Но анатомический материал постепенно уходит на второй план, потому что физики и математики разработали метод конечных элементов, насколько прочна та или иная пластина, надёжен тот или иной метод фиксации. И мы прибегали к этой методике, чтобы удостовериться, что имплантаты будут достаточно прочные, не расшатываются, что с ними ничего не случится.

– **Много ли таких больных?**

– Я думаю, всё-таки, к счастью, не так много. Есть такая закономерность: когда ты начинаешь заниматься чем-то новым, больных появляется очень много, а потом всё приходит к норме. Главное, чтобы доктор был не очень увлекающийся, не стал оперировать всех поголовно. Любая методика проходит несколько стадий. Пер-

вая стадия – отрицание, вторая – гипертрофирование и третья – стадия объективной оценки, после чего методика занимает свою нишу. Что могут 3D-технологии в травматологии и ортопедии? Например, раньше при сколиозе с большого снимали гипсовые слепки, по слепку делали корсет, затем была подгонка и примерка, а сейчас с помощью 3D-технологии сканируется тело и без гипсовых слепков делаются корректирующие корсеты. Кроме того, можно делать так называемые направляющие лекала. Чтобы установить какую-то конструкцию, винт должен пройти безопасно для спинного мозга, нервов, сосудов, внутренних органов. Для этого существуют мануальные навыки хирурга, его опыт, интраоперационный рентген-контроль. Есть дорогостоящие установки навигации, которые обеспечивают точность проведения винта. А с помощью 3D-технологии мы можем напечатать направляющее лекало стоимостью 5-10 тыс. руб. Его используют во время операций, причём точность установки винта такая же, как у многомиллионной навигационной установки. Опытному хирургу направляющие лекала необходимы лишь в сложных случаях. Молодым хирургам лучше иметь направляющие лекала на всех операциях, чтобы безопасно проводить винты, особенно при операциях на шейном отделе позвоночника. Индивидуальные имплантаты в основном нужны при сложных деформациях позвоночника и сложных онкологических ситуациях.

– **Один из ваших докладов на II съезде травматологов-ортопедов Приволжского федерального округа в Чебоксарах был посвящён шейногрудным деформациям. Здесь тоже есть какие-то инновации?**

– Я не люблю слово «инновация». Я вообще его не понимаю. Раньше говорили «высококвалифицированная медицинская помощь». Вот и всё. Шейно-грудные деформации очень сложно и опасно оперировать. По нашему опыту около 30% пациентов с шейно-грудными деформациями нуждаются в применении индивидуальных пластин. Зачастую шейно-грудные деформации приходится исправлять не в одну, а в несколько операций. Если есть компрессия спинного мозга, надо её устранить. Есть базовые вещи, которые никогда не изменятся. А технические возможности расширяются. Раньше хирурги только кусачками и долотом работали, а сейчас в нашем арсенале есть высокооборотные дрели и ультразвуковые скальпели, которые позволяют удалить костную массу достаточно безопасно, без сотрясений спинного мозга.

– **Много ли у вас изобретений?**

– У нас 16 патентов на индивидуальные имплантаты.

– **Когда и как надо оперировать сколиоз?**

– По поводу сколиоза есть несколько стереотипов. Первый, что его надо оперировать, когда закончится рост, то есть в 17-18 лет. Это одно из самых больших заблуждений. Сколиоз оперируют в любом возрасте, начиная с 2 лет. Всё зависит от того, какой это сколиоз, какая этиология, какая степень выраженности и так далее. Нет какого-то одного стандартного метода исправления сколиоза. Второй стереотип: с завершением роста сколиоз прекращает прогрессирование. Но это не так. У женщин сколиоз может прогрессировать после беременности и родов, и очень сильно прогрессирует после менопаузы за счёт эндокринных нарушений и остеопороза. Выделяют 80 нозологических форм сколиоза, поэтому по одной схеме лечить его вообще невозможно.

– **В заключение хотелось бы услышать ваше кредо...**

– Могу лишь вспомнить приписываемый Гиппократу афоризм: «Главное – не навреди!».



Беседу вёл
Борислав
ЛИХТЕРМАН,
корр. «МГ».

Спортивно-оздоровительный лагерь Сеченовского университета «Сеченовец» отмечает юбилей. Вот уже 60 лет он становится центром притяжения для студентов, ординаторов и аспирантов, которые обмениваются друг с другом опытом и создают сплочённое сообщество сеченовцев, традиции которого передаются из поколения в поколение. Несмотря на то, как бережно хранятся традиции этого исторического места, оно постоянно переживает и важные обновления: в лагере появляются новые тематические смены, посвящённые созданию социальных и научных проектов, преобразуется и территория. К знаменательной дате обустроили новый корпус и облагородили плац. В «Сеченовце» также прошли встречи отдыхающих с ректором и почётными гостями. Они пообщались с обучающимися, провели с ними турнир по волейболу и вместе обсудили планы по развитию вуза.

Уточним для непосвящённых, что лагерь «Сеченовец» находится в селе Лермонтово в Краснодарском крае. Он был основан в 1964 г. и с тех пор работает ежегодно, принимая по несколько сотен обучающихся за лето. Многие из тех, кто отдыхал в «Сеченовце» в студенческие годы, теперь отправляют в лагерь своих детей, а сеченовские песни, написанные десятилетиями назад, продолжают звучать на традиционных вечерних праздниках и сейчас.

«Лагерь «Сеченовец» – важнейшая историческая ценность для Сеченовского университета. Именно здесь наши обучающиеся находят новых друзей, строят прочные социальные связи, которые помогают им в будущем, в том числе в профессиональной сфере. Важнейшей задачей для нас является сохранение традиций лагеря: это сплочает сообщество сеченовцев сквозь поколения», – рассказала директор лагеря Ксения Крылова.

Начиналась история лагеря с обычных палаток, которые студенты разбивали на том самом холме, где теперь располагаются корпуса и домики для проживающих, столовая, спортивные площадки для игры в футбол, волейбол и лапту. В 2024 г. в лагере обновили плац для проведения линеек и массовых мероприятий, а также построили новый трёхэтажный корпус. В нём располагается медпункт и изоляторы для заболевших, специальные помещения для волонтеров, рисующих костюмы для выступлений и делающих фото и

Здоровая жизнь

Знаковое место

Спортивно-оздоровительный лагерь «Сеченовец» отмечает 60-летие



видеосъёмку праздников, жилые комнаты с кондиционерами и личными санузлами.

«Лагерь «Сеченовец» работает уже 60 лет, нам важно сохранять традиции этого знакового места, его уникальную атмосферу. Вместе с тем мы стремимся развивать «Сеченовец», чтобы у наших обучающихся появлялись всё новые и новые возможности для качественного отдыха, творческого и спортивного развития. Мы, как и

обещали, построили в «Сеченовце» новый корпус с комфортными жилыми номерами. Впереди у Сеченовского университета ещё много планов по развитию инфраструктуры. Так, например, сейчас мы планируем строительство нового общежития в Москве на улице Россолимо для полутора тысяч обучающихся», – заявил ректор Сеченовского университета Пётр Глыбочко на встрече с отдыхающими, в которой приняли участие ректоры Кубанского, Саратовско-

с ребятами начать реализацию проекта по онлайн-поиску научных руководителей для студентов, а также заявил, что в программах Цифровой кафедры Сеченовского университета появятся три новых образовательных модуля, а в здании Профессорского клуба уже в сентябре начнёт работу совместный проект университета и компании «Сбер» – бесплатная школа цифровых технологий «Школа 21».

Этим летом в лагере традиционно будет три смены, в каждую

с тренировок на свежем воздухе – в 7 утра. Далее общая зарядка для всех отдыхающих, завтрак и снова спорт – футбол, волейбол, лапта, бег вдоль берега моря или аквааэробика. До и после обеда ребята готовят творческие номера, в 18.00 – линейка, на которой отряды придумывают игры и сдают рапорт директору лагеря. Вечером – конкурсы, выступления и дискотека.

«В «Сеченовце» я впервые, но уже успела попробовать всё: поучаствовала в спартакиаде, в интеллектуальной игре «Что? Где? Когда?», в создании творческих номеров, в соревнованиях по волейболу. Сложно сказать, что из этого самое интересное. Но самое душевное – это, по-моему, сеченовские песни. Важная традиция, которую мы продолжаем. Я чувствую, как становлюсь ближе ко всем тем, кто хоть раз бывал в этом историческом месте», – рассказала студентка 2 курса Института психолого-социальной работы Сеченовского университета Лада Романовская.

Лагерь «Сеченовец» функционирует в формате самообеспечения: отдыхающие сами убирают в жилых домиках и на всей территории. Им помогают 39 волонтеров. Они работают в столовой, создают развлекательную программу для отдыхающих, проводят спортивные тренировки, делают декорации и костюмы для выступлений, работают в качестве диджеев и фотографов. В «Сеченовце» также волонтерят три врача из числа выпускников, прошедших аккредитацию.

«Я активно занимаюсь волонтерством в течение всего учебного года в различных проектах университета, а в этом году стала администратором столовой в «Се-

из которых на отдых прибывают 140 обучающихся. В первой смене приняли участие студенты и из других медицинских университетов – Кубанского, Башкирского и Саратовского. Общась и обмениваясь опытом, они вместе создавали социальные и научные проекты. Для этого в рамках смены организованы специальные тренинги. Студентов научили разрабатывать план реализации проектов, продвигать их в СМИ и привлекать спонсоров.

Вторая смена, которая проходит в лагере прямо сейчас, посвящена культурному и творческому развитию обучающихся. Ежедневно ребята готовят песни, танцы и театральные постановки, которые презентуют по вечерам. В конце смены пройдёт большая игра в формате КВН, сразятся отдыха-

го и Башкирского медицинских университетов, а также академик РАН, главный врач НИИ – Краснодарская краевая больница № 1 Владимир Порханов, в студенческие годы не раз побывавший в «Сеченовце».

«В первый год работы лагерь располагался в Михайловском, после переехал сюда, в село Лермонтово. Река около лагеря сносила все построенные сооружения, и мы ставили большие палатки, где жило по 50 человек. Теперь же мы видим просторные жилые домики, двухместные номера, красивую благоустроенную территорию, на которой есть всё для комфортных занятий спортом и творчеством. При этом атмосфера «Сеченовца» сохранилась, до сих пор это – знаковое место для обучающихся Сеченовского университета. Спасибо за это вашему ректору, Петру Витальевичу Глыбочко», – обратился к отдыхающим Владимир Порханов.

Отдельную встречу с обучающимися провёл первый проректор Сеченовского университета Андрей Свистунов. Вместе они обсудили планы по научному и цифровому развитию вуза. В частности, первый проректор договорился



ющие лагеря и работающие там волонтеры.

Третья смена будет посвящена спортивному развитию и туризму. Всего за лето в «Сеченовце» смогут отдохнуть 420 человек.

Каждый день подчинён строгому расписанию. Начинается всё

«Сеченовце». Очень рада помогать нашим ребятам, хочу, чтобы все остались сыты и довольны», – сказала студентка пятого курса Института клинической медицины Александра Усольцева.

Дарья ЩУКИНА.

Работают мастера

Врачи РДКБ – филиала РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России успешно выполнили сложное микрохирургическое вмешательство на сосудах и нервах ребёнка, который тяжело повредил ногу.

Десятилетний мальчик из Белгородской области, играя с мячом, случайно разбил стеклянную дверь и получил тяжёлые повреждения правой голени – были рассечены все магистральные сосуды, повреждены нервные структуры. Врачи по месту жительства выполнили серию экстренных оперативных вмешательств, чтобы остановить массивное артериальное кровотечение. Из-за тяжести состояния был риск, что ногу ниже колена придётся ампутировать. После телемедицинской консультации

Хирурги спасли мальчику ногу

со специалистами РДКБ врачи приняли решение о переводе мальчика в федеральный экспертный центр для дальнейшего лечения.

В Москву ребёнка срочно доставили бортом санавиации. При поступлении в больницу мальчику выполнили диагностические обследования, в том числе УЗИ сосудов и КТ-ангиографию. Врачи обнаружили отсутствие функции у всех трёх магистральных артерий голени, которые были рассечены на несколько сантиметров ниже колена. Кровоток также отсутствовал в венах, сопровождающих артерии.

«Нашей задачей было восстановить нормальные условия для кровотока в конечности. Мы рассекли оболочку прилегающих отёчных мышц, чтобы в дальнейшем избежать сдавления восстановленных сосудов, и выделили на всём протяжении самую крупную артерию голени – заднюю большеберцовую. Забрали одну из двух сопровождающих вен в качестве трансплантата и за его счёт восстановили саму артерию и вторую вену», – рассказал о ходе оперативного вмешательства Максим Сухов, доктор медицинских наук, заведующий отделением детской и сердечно-сосудистой хирургии,

руководитель Центра реконструктивно-пластической и сосудистой хирургии РДКБ – филиала РНИМУ им. Н.И.Пирогова.

Как отметил М.Сухов, диаметр вовлечённых сосудов не превышал 2 мм. Это была тонкая и скрупулёзная работа – операция длилась семь часов. В ходе операции хирурги выполнили реконструкцию повреждённого заднего большеберцового нерва – подвели его концы друг к другу и наложили соединяющий шов, не прибегая к использованию трансплантата из других нервов ребёнка.

Послеоперационный период протекал без осложнений, паци-

ент получал антибактериальную и антикоагулянтную терапию, проходил диагностические обследования кровотока, а также восстановительное лечение в отделении медицинской реабилитации. В течение месяца врачи отметили восстановление достаточного кровоснабжения в голени и стопе, после чего ребёнка выписали домой.

Через полгода контрольное обследование показало, что функция конечности полностью восстановилась. Сейчас мальчик может самостоятельно ходить, бегать, вести такую же полноценную жизнь, как и его сверстники.

Георгий АЛЕКСАНДРОВ.

Исследования

Мир и проблема ожирения

Сотрудники кафедры гигиены Института профилактической медицины им. З.П.Соловьёва РНИМУ им. Н.И.Пирогова стали участниками международного исследования распространения недостаточного веса и ожирения, а также их изменения с 1990 по 2022 г. среди взрослых, детей и подростков более чем в 190 странах участвовали проректор по учебной работе, заведующая кафедрой гигиены, исполняющая обязанности директора Института профилактической медицины им. З.П.Соловьёва, член-корреспондент РАН Ольга Милушкина и доктор медицинских наук, профессор кафедры гигиены этого института Наталья Скоблина.

Как известно, ожирение и недостаточный вес являются формами неполноценного питания и во многих отношениях наносят ущерб здоровью людей. Проведённое исследование даёт достаточно подробную картину глобальных тенденций в отношении обеих форм неполноценного питания за последние 33 года. Результаты работы консорциума опубликованы в одном из авторитетнейших мировых журналов – The Lancet.

Новое исследование проведено исследовательской организацией NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) в сотрудничестве со Всемирной организацией здравоохранения. Исследователи проанализировали показатели веса и роста более чем 220 млн человек в возрасте пяти лет и старше (это 63 млн человек в возрасте от пяти до 19 лет и 158 млн человек в возрасте 20 лет и старше), представляющих более 190 стран. В исследовании приняли участие свыше 1 500 исследователей.

Для оценки уровней ожирения и недостаточного веса в популяции и их динамики во времени использовали индекс массы тела (ИМТ), который отражает соотношение веса и роста человека. Хотя ИМТ является несовершенным показателем объёма и распределения жира в организме, он широко регистрируется в обследованиях населения, что делает возможным подобный анализ.

Согласно глобальному анализу, общее число детей, подростков и взрослых, живущих с ожирением, превысило миллиард во всём мире. С 1990 по 2022 г. глобальные показатели ожирения выросли более чем в 4 раза как среди девочек (с 1,7 до 6,9%), так и мальчиков (с 2,1 до 9,3%), причём рост наблюдался почти во всех странах. Доля девочек с недостаточным весом снизилась с 10,3% в 1990 г. до 8,2% в 2022 г., а среди мальчиков – с 16,7 до 10,8%. Среди девочек снижение показателей недостаточного веса было выявлено в 44 странах, в то время как среди мальчиков такое снижение отмечено в 80 странах.

Общее число детей и подростков, страдающих ожирением, в 2022 г. составило почти 160 млн (65 млн девочек и 94 млн мальчиков) по сравнению с 31 млн в 1990 г. В то же время за этот



период доля детей и подростков, страдающих недостаточным весом, сократилась в мире примерно на одну пятую среди девочек и более чем на треть среди мальчиков.

Среди взрослых показатели ожирения более чем удвоились среди женщин (с 8,8 до 18,5%) и почти утроились среди мужчин (с 4,8 до 14,0%) в период с 1990 по 2022 г. Доля взрослых с недостаточным весом сократилась вдвое в период с 1990 по 2022 г.

(с 14,5 до 7,0% у женщин; с 13,7 до 6,2% у мужчин).

Странами с самыми высокими совокупными показателями недостаточного веса и ожирения (двойное бремя) в 2022 г. оказались островные государства в Тихом океане и Карибском бассейне, а также страны Ближнего Востока и Северной Африки. При этом наибольший рост двойного бремени был обнаружен в странах с низким и средним уровнем дохода. В настоящее

время показатели ожирения в этих странах выше, чем во многих промышленно развитых странах с высоким уровнем дохода, особенно в Европе. Таким образом, исследователи постулировали, что ожирение стало наиболее распространённой формой неполноценного и неправильного питания во многих странах.

Ведущий автор исследования Маджид Эззати, профессор Имперского колледжа Лондона, указал: «Очень тревожно, что эпидемия ожирения, явно выраженная среди взрослых во многих странах мира в 1990 г., теперь отражается на детях школьного возраста и подростках. В то же время сотни миллионов людей по-прежнему страдают от недоедания, особенно в некоторых беднейших частях мира. Для успешной борьбы с обеими формами неполноценного питания жизненно важно значительно повысить доступность здоровых, питательных продуктов».

«Это новое исследование подчёркивает важность профилактики ожирения и борьбы с ним с раннего до зрелого возраста с помощью диеты, физической активности и надлежащего ухода (при необходимости), – указал генеральный директор ВОЗ Тедрос Аданом Гебрейесус. – Возвращение на правильный путь – путь достижения глобальных целей по борьбе с ожирением – потребует усилий правительства и сообществ, подкреплённых научно обоснованной политикой ВОЗ и национальных учреждений общественного здравоохранения. Важно отметить, что для этого требуется сотрудничество частного сектора, который должен нести ответственность за воздействие своей продукции на здоровье».

Александр ГЕОРГИЕВ.

Ракурс

Авторы исследования, возглавляемые Гарри Робертсоном из Сиднейского университета, проанализировали 54 набора данных, включая 40 исследований по пересадке почек, 5 лёгких, 5 печеней и 4 сердца, и выделили биомаркеры дисфункции у донорских органов. Некоторые из этих общих биомаркеров участвуют в секреции белков, стимулирующих лейкоциты. Учёные уверены, что полученные данные впервые позволяют делать универсальные прогнозы относительно приживаемости трансплантатов.

Это первый случай, когда биомаркеры дисфункции совпадают для нескольких типов пересаженных органов, а значит, анализ крови может диагностировать раннее отторжение при всех сценариях трансплантации – инструмент, которого пока не существует. «Это открытие имеет решающее значение, поскольку оно позволяет нам разрабатывать стратегии для повышения эффективности всех трансплантаций», – объясняет Робертсон.

Некоторые из этих общих биомаркеров участвуют в секреции белков, стимулирующих

Революция в трансплантологии?

Выживаемость после трансплантации разных органов различается: долгосрочный показатель успеха составляет 59% для лёгких, 80% для печени, 82% для почек и 73% для сердца. Отторжение может произойти в любой момент после операции, даже спустя годы – угроза для жизни пациента приводит к тревожному напряжению и постоянному беспокойству.

Обычно врачи подозревают отторжение трансплантата, когда появляются признаки того, что данный орган работает не в полную силу. Но иногда пациенты могут не испытывать никаких симптомов до того, как произойдёт отказ, и инвазивная биопсия – единственный способ точно определить, что происходит.

«Я заметил, что многие из моих пациентов испытывают постоянное беспокойство, не зная, отторгает ли их организм пересаженный орган или нет», – рассказывает нефролог-трансплантолог клиники Northwestern Medicine Лоренцо Галлон, который изучает способы раннего выявления отторжения.

Специалисты сравнили образцы крови отдельных пациентов с результатами их биопсии и нашли 158 генов, которые были активны в случаях отторжения. Это почти в 20 раз выше шанса на случайное совпадение.

Этих лейкоциты, ферментов, вызывающих гибель клеток, рецепторов на клетках, которые пропускают вещества внутрь и наружу, и клеток костного мозга, участвующих в иммунном ответе.

Робертсон и его команда утверждают, что они нашли «объединяющий всеорганный молекулярный маркер» и результаты исследования впервые позволяют делать универсальные прогнозы относительно приживаемости трансплантатов.

Австралийские учёные создали интерактивный веб-сайт, который позволяет учёным по всему миру сравнивать возможные биомаркеры отторжения трансплантата с данными других методов, обеспечивая столь необходимую стандартизованную оценку.

«Этот атлас позволяет сделать универсальный анализ крови, который может предсказать вероятность отторжения трансплантата до того, как это произойдёт», – говорит Робертсон.

Открытие может совершить революцию в трансплантационной медицине, считают его авторы.

Кира МАРИНИНА.

По материалам Nature Medicine.

Перспективы

Третий набор

Развитие эмбриона-зародыша начинается с двух клеток, образовавшихся после первого деления зиготы (оплодотворенной яйцеклетки). Недавно в Калтеке Лос-Анджелеса выяснили, что клетки этой пары затем делятся асимметрично (C, TS), из-за чего печень у нас справа, а сердце, селезёнка и поджелудочная железа слева (различаются по числу долей и легким). Интересно, что кости скелета развиваются симметрично и их клетки остеобласты получают сигнал к размножению от внешнего белка Wnt, мутации которого приводят к бескрылости мух. Сигнал Wnt передаёт в ядро бета-катенин (б-К), который как бы замыкает протеиновую цепочку клеточной регуляции (от лат. catena – цепь, звено цепи). После выключения гена б-К мышата рождаются с мозгом, который в 2-3 раза больше нормального, то есть при избыточности Wnt б-К служит тормозом. Считается, что насекомые существуют не менее 400 млн лет, поэтому наличие его у нас говорит о консервативности этой протеиновой системы.

Белки передают по цепочке сигнал в ядро, где включается ген BMP, кодирующий синтез протеина костного морфогена. Нарушение в его регуляции ведёт к гипер- и гиподонтии, то есть числу зубов, которое больше и меньше 32, а то и адонтии, или их полному отсутствию. Можно полагать, что в отношении зубов BMP включается, чтобы заменить молочные зубы на постоянные. Несколько лет назад в СМИ промелькнуло сообщение, что у человека, потерявшего в силу возраста зубы, вдруг выросли новые. При этом интерес журналистов не привлекла статья японского биоинженера К.Такахаси, которая появилась в приложении Science. В ней он рассказал о регенерации зубов посредством усиления активности гена BMP.

В статье говорилось о выключении гена USAG, после чего усиленная экспрессия BMP приводила к гипердонтии у мышей. USAG означает uterine-sensitisation-associated gene, что переводится как «ген, ассоциированный с повышением чувствительности-сенсбилизированности в матке». Упоминание «утробы» говорит о том, что USAG является одним из генов эмбрионального развития, которые выключаются после рождения (как выключаются женские гены у мужчин и наоборот). Появление активности трёх перечисленных генов вы-

является в опухолях, ненормально раннем окостенении или, наоборот, незаращении «родничков» у детей или спинного канала (spina bifida). Японский ученый из Осакского университета высказал также идею, что у людей на протяжении всей жизни сохраняется третий «набор» зубов, рост которых он и научился активировать.

В 2024 г. «созрели» и СМИ, которые бурно среагировали на то, что выключение USAG, его нокаут, ведёт к агенезу зубных «почек» и отсутствию развития их клеток. Показав фретку (Mustela nigripes) с выросшим седьмым зубом после применения моноклональных антител, учёный добился начала клинических испытаний. Такахаси считает, что специфические антитела блокируют связь USAG с BMP, и тем самым резко усиливается развитие новых зубов во взрослом состоянии. Применение антител может в скором времени стать основой регенеративной терапии зубов (что-то станет со стоматологическим бизнесом?) Фото фретки с торчащим новым зубом можно легко найти в интернете...

Игорь ЛАЛАЯНЦ, кандидат биологических наук.

По материалам Cell, Science Advances, Scientist.

Гипотезы

В недавнем исследовании учёные Высшей технической школы Цюриха (ETH Zurich) и Межотраслевого научно-исследовательского института Epra представили первый биосовместимый гидрогелевый имплантат, предназначенный для использования в фаллопиевых трубах, который может применяться для обратимой окклюзии маточных труб и предотвращения развития эндометриоза.

Около 10% женщин страдают эндометриозом. Однако до сих пор неясно, что именно вызывает это заболевание. Теорий возникновения эндометриоза несколько, однако суть одной из них заключается в возникновении так называемой ретроградной менструации, когда содержимое матки забрасывается по фаллопиевым трубам в брюшную полость. Клетки эндометрия, оседают в брюшной полости и могут вызвать воспаление, боль и образование рубцовой ткани.

Около четырёх лет назад Инге Херрманн пополнила свою исследовательскую группу на кафедре механики и проектирования технологических процессов в ETH и Epra. Новым сотрудником стал старший врач, специализирующийся в гинекологии, который стремился проводить клинические исследования. Такого рода

Инновационный гидрогелевый имплантат

междисциплинарное сотрудничество было экспериментом для всей команды.

Их первоначальной целью было превратить гидрогель в новый вид контрацептивов для женщин. Однако исследовательская группа выяснила, что имплантация гидрогеля для закупорки маточных труб также может помочь предотвратить эндометриоз.

«Мы понимали, что имплантат должен быть изготовлен из чрезвычайно мягкого геля, похожего по консистенции на детское желе, который не воздействует на естественные ткани и не подвергается обработке и отторжению как инородное тело», — объясняет Александр Антис, ведущий автор исследования.

Имплантат в своём первоначальном виде имеет размер около 2 мм, но после введения его в полость маточных труб при помощи гистероскопа во время контакта с жидкостью гидрогель разбухает, увеличиваясь в два раза, становясь преградой и для сперматозоидов, и для менструальной крови. Гидрогелевая основа имплантата легко разрушается

под действием ультрафиолета и специально разработанного раствора, поэтому процедура может быть обратима.

«Наш гидрогелевый имплантат можно легко и быстро разрушить с помощью ультрафиолетового излучения или специального раствора, так что реципиентам не придётся прибегать к инвазивной и рискованной операции, если они решат отменить процедуру», — говорит Херрманн.

Одной из самых сложных задач было достижение правильного баланса между стабильностью и разрушаемостью. Учёные стремились обеспечить совместимость и стабильность имплантата.

С этой целью исследователи сначала провели эксперименты ex-vivo на фаллопиевых трубах человека и животных, которые, например, были удалены в ходе лечения рака яичников. Затем они протестировали свою инновацию на живой свинье, через три недели гидрогелевый имплантат всё ещё был на месте, и не было никаких признаков каких-либо реакций организма на инородное тело.

Поскольку эндометриоз — это заболевание человека, сложно сказать, как гидрогелевый имплантат будет вести себя в долгосрочной перспективе после установки в фаллопиевых трубах, особенно если реципиенты занимаются интенсивными физическими нагрузками, такими как спорт. Более того, пока неясно, достаточно ли одной только блокировки маточных труб для предотвращения эндометриоза.

«Мы просмотрели базы данных, чтобы найти сведения о пациентках с эндометриозом, которым удалили фаллопиевы трубы», — рассказывает Херрманн. Такие случаи могут показать, действительно ли эта мера останавливает развитие эндометриоза в брюшной полости.

До настоящего времени было проведено очень мало исследований в области материаловедения, технологической инженерии и гинекологии. Но это жизненно важная область исследований. Учёные надеются, что их работа станет значимым шагом в правильном направлении контрацепции и лечения эндометриоза.

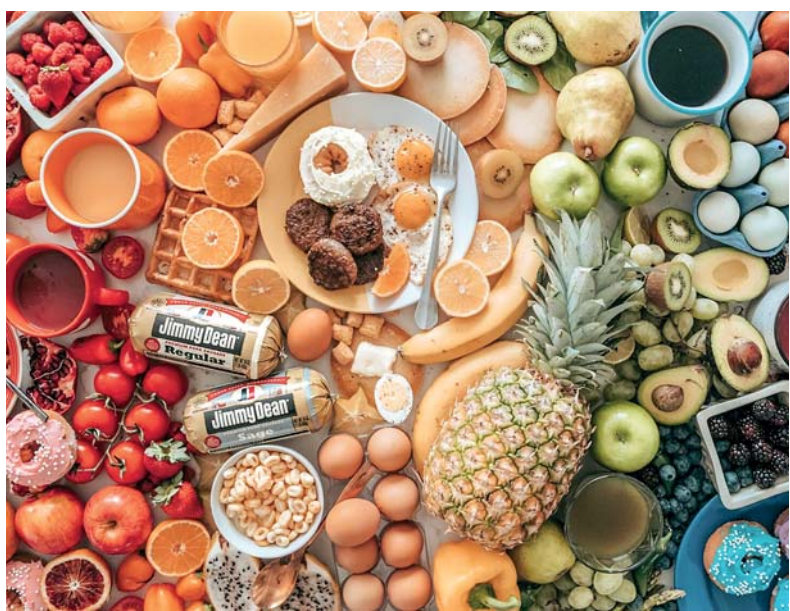
А как у них?

Американские учёные выявили новое потенциальное средство для лечения пищевой аллергии с использованием инулина. Исследование, проведённое Мичиганским университетом, показало, что инулин, растительная клетчатка, часто используемая в качестве пищевой добавки, пребиотика, в газированных напитках, заменителях подсластителей и в различных других продуктах, может стать новым средством лечения пищевой аллергии.

вый гель устраняет первопричину пищевой аллергии, а не просто облегчает симптомы.

Исследованием руководил профессор Джеймс Мун из Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе. Он много лет изучал

Новое средство для лечения пищевой аллергии



потенциал инулина в лечении заболеваний и уверен, что терапия на основе инулинового геля имеет большие перспективы благодаря безопасности и возможности крупномасштабного производства.

Инулины — это группа полисахаридов и природных запасных углеводов, содержащихся в более чем 36 тыс. видов растений, включая пшеницу, лук, спаржу и цикорий, которые чаще всего используются для производства пищевых добавок.

Исследование показало, что инулиновый гель, специально разработанный с добавлением аллержена, нормализует дисбаланс кишечной микробиоты и метаболитов у мышей, страдающих аллергией. Эта нормализация привела к формированию аллерген-специфической пероральной толерантности, эффективно подавляя аллергические реакции на различные пищевые аллергены.

«Терапия показала длительную защиту даже после прекращения лечения, что указывает на её потенциал для устойчивого избавления от пищевой аллергии», — отмечает один из руководителей исследования Ван Се. По его словам, хотя для проверки полученных результатов необходимы дальнейшие исследования и клинические испытания, исследование, в котором подчёркивалась роль микробиоты и метаболитов тонкого кишечника в регуляции пищевой аллергии, открывает новые возможности для терапевтических вмешательств.

По данным Центров по контролю и профилактике заболеваний, примерно один из трёх взрослых и более одного из четырёх детей страдают пищевой аллергией — состоянием, изменяющим жизнь, с которым становится всё труднее бороться, поскольку аллергены могут содержаться в различных продуктах питания и напитках. Пищевая аллергия стала серьёзной проблемой во всём мире, особенно в развитых странах, поскольку случайное воздействие аллергенов может вызвать серьёзные реакции, включая смерть.

В статье, опубликованной в журнале Nature Materials, описывается успех пероральной иммунотера-

пии на основе инулинового геля. Лечение эффективно предотвращало аллергические реакции у мышей, оказывая воздействие на кишечные бактерии и повышая толерантность к различным аллергенам. Гель предотвращал серьёзные аллергические реакции даже после его применения, включая реакции на такие распространённые аллергены, как арахис, яичные белки и молоко.

Международная команда учёных в области фармацевтики, биомедицинской и химической инженерии, специализируясь по внутренним болезням и другим направлениям медицины выяснили, что инулино-

Осторожно!

Жертвы вируса Оропуш

В Бразилии зафиксированы два случая смерти от вируса Оропуш, сообщает Минздрав страны. Это первые зарегистрированные в мире жертвы заболевания, распространяемого инфицированными мухами и комарами. Погибли женщины из штата Баия на северо-востоке Бразилии — моложе 30 лет, без сопутствующих заболеваний, но у них были признаки и симптомы, похожие на тяжёлый случай лихорадки денге, говорится в заявлении министерства.

На веб-сайте Центров США по контролю и профилактике заболеваний сообщается, что в настоящее время известны вспышки лихорадки Оропуш в некоторых районах Боливии, Бразилии, Колумбии, Кубы и Перу. Министерство здравоохранения Бразилии информирует, что в 2024 г. зарегистрировано 7236 случаев заражения Оропушем.

Симптомы этой вирусной инфекции обычно проявляются через 4-8 дней после укуса инфицированным насекомым, сохраняются в течение 3-6 дней и похожи на симптомы лихорадки денге, такие как высокая температура, боли в мышцах, суставах, головная боль, рвота, тошнота, озноб и повышенная чувствительность к свету. Тяжёлые случаи могут привести к опасным для жизни осложнениям, таким как менингит.

По данным Минздрава, Оропуш был впервые выделен в Бразилии в 1960 г. ВОЗ сообщила в октябре 2020 г. о первых случаях выявления вируса Оропуш во Французской Гвиане. В начале июня 2024-го вирус выявили в девяти провинциях Кубы. Большинство случаев заболевания было зарегистрировано в регионе Амазонки в Бразилии.

Выводы

Когда вирусы наносят нам визит, они не уходят бесследно. Незаметно спрятанные в наших геномах, некоторые из этих фрагментов чужеродной ДНК могут передаваться из поколения в поколение. Долгое время считалось, что они неактивны, но недавно исследователи, возглавляемые биоинформатиком из Университета Колорадо Атмой Иванцевич, обнаружили, что раковые заболевания могут использовать некоторые из этих частей зомби-вируса в своих интересах.

Гены древних зомби-вирусов и рак

«Наше исследование показывает, что на современные заболевания могут оказывать влияние эти древние вирусные инфекции, ранее недооценённые научным сообществом», — говорит геномный биолог и старший автор исследования Эдвард Чуонг.

Долгое время считавшиеся «мусорными» ДНК, фрагменты вирусных остатков, известных как эндогенные ретровирусы (ERV), сыграли ключевую роль в эволюции млекопитающих и стимулировали эволюцию плаценты.

«Мы знаем, что раковые клетки экспрессируют множество генов, которые не должны быть включены, но никто на самом деле не знает, что их активирует», — объясняет Чуонг.

Иванцевич и его команда проанализировали опубликованные наборы данных об эпигеномах 21 различного типа рака и были удивлены, обнаружив особое семейство ERV, называемое длинный терминальный повтор 10 (LTR10), который заразил наших предков-приматов 30 млн лет назад. Учёные отметили, что эта последовательность регулирует экспрессию генов, связанных с опухолевыми процессами.

Функциональное исследование, проведённое на клеточной линии тканей колоректального рака, показало, что LTR10 регулирует экспрессию генов, которые играют определённую роль в образовании опухоли.

Когда в клетках колоректальной опухоли человека и мышей гены LTR10 были заблокированы, также деактивировались гены, вызывающие рост рака, включая XRCC4, который способствует резистентности к терапии. Это также улучшало эффективность лечения у мышей.

Учёные пришли к выводу, что LTR10 действует как эпигенетический переключатель, контролирующей эти гены. Исследователи полагают, что, поскольку наша защита с возрастом ослабевает, всё больше частиц зомби-вируса могут возвращаться к жизни.

Хотя Иванцевич и его команда смогли определить, какие гены LTR10 регулирует в опухолевых клетках, пока не удалось напрямую подтвердить, что эти гены связаны с ростом и распространением конкретного вида рака. Учёные планируют дальнейшие исследования, чтобы узнать больше о роли этих «зомби-вирусов» в здоровье человека, особенно с учётом потенциального увеличения их активности с возрастом.

Подготовила
Марина КЫН.

По материалам
Science Advances, Nature Materials,
Advanced Materials.

Член-корреспондент АМН СССР, заслуженный деятель науки РФ, директор Курского медицинского института с 1950 по 1954 г., основатель курской хирургической школы, заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии двух вузов – лишь основные регалии знаменитого учёного, клинициста, организатора медицинской науки и образования. Об этом замечательном человеке мы беседуем с заведующим кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии Курского государственного медицинского университета профессором Александром БЕЖИНЫМ. Последователь Г.Островерхова, он хранит множество фотографий и воспоминаний о Георгии Ефимовиче и его славных свершениях на благо развития медицинского образования.

– Александр Иванович, вы начинали свой путь в медицине в научном студенческом кружке кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Курского медицинского института...

– Было это в далёком 1972 г. На очередном заседании кружка у нас, юных любителей хирургии, вдруг возникла мысль поехать в Москву. Была зима. Мы только что сдали сессию. Хотелось не просто экскурсии по столице, а знакомства с передовыми медицинскими технологиями. Эта мечта казалась несбыточной, но... Нашу поездку с подачи заведующего кафедрой Альберта Дмитриевича Мясникова устроил Георгий Ефимович Островерхов! Он сам встретил нашу команду из десяти человек, организовал недельное проживание в общежитии, культурно-просветительскую программу – посещение столичных НИИ, клиник, лабораторий, лично сопровождал в большинстве экскурсий, тепло общаясь на самые разные темы. Ярко врезался в память Институт хирургии им. А.В.Вишневского. Именно там мы увидели специальный аппарат для лазерной хирургии – на заре этого направления. Нам, провинциальным студентам, демонстрировали там документальные фильмы с разбором клинических случаев, фрагменты со Всесоюзного съезда хирургов... Поверьте, в начале 1970 гг. это выглядело просто нереально!

– В том году научный студенческий кружок кафедры отметил 20 лет со дня основания...

– Первое заседание кружка состоялось 23 февраля 1951 г., а основал его Георгий Ефимович Островерхов. Лозунг заведующего «На этой кафедре надо учить оперировать!» воплощался в реальную жизнь. Специально для кружковцев непосредственно на кафедре была организована операционная, приобрели безумно дорогой по тем временам аппарат для анестезии. И во внеурочное время члены кружка на подопытных животных изучали все тонкости ремесла, призванного оперативно спасать жизни.

Студенческий научный кружок стал любимым «детищем» Георгия Ефимовича. Это сообщество во все времена объединяло юношей и девушек, мечтающих посвятить себя хирургии. И нынешние студенты, посещающие занятия кафедрального кружка, регулярно становятся победителями престижных всероссийских (а то и международных!) конкурсов по хирургии. Большинство известных хирургов из числа выпускников курского меда – «питомцы» этого кружка.

Через несколько лет он ушёл с поста директора Курского ГМИ и переехал в столицу. Стал профессором, а потом заведующим кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии 2-го Московского АМН СССР, членом-корреспондентом АМН СССР, долгое время возглавлял крупнейшее профессиональное издательство «Медицина». Но он с необыкновенным трепетом относился к курянам!

Наша кафедра, как и весь Курский медуниверситет, и в настоящее время словно хранит присутствие Островерхова. Нас окружают современные интерьеры и оборудование, а ходим мы по прекрасному сохранившемуся с начала 1950 гг. паркету. Основанная тогда же экспозиция анатомических препаратов сохранилась и активно пополняется. В 2004 г. на кафедре появилась мемориальная доска

в 1-м Московском медицинском институте, защита кандидатской диссертации «Лимфатические сосуды желудка в норме и при опухолях» и работа ассистентом кафедры госпитальной хирургии под руководством П.А.Герцена – основоположника отечественной онкохирургии.

В первые дни Великой Отечественной войны Г.Островерхов добровольцем направлен на Карельский фронт, где служил в

сей день и служат своеобразной визитной карточкой вуза.

В кратчайшее время на территории института был построен спортивный зал: это дало возможность учащимся полноценно заниматься физкультурой, с пользой проводить досуг. Было восстановлено первое студенческое общежитие, в нём появились отдельные квартиры для заведующих кафедрами.

построен виварий. Исследования, проведённые на подопытных животных, серьёзно влияли на развитие науки. Курский медицинский институт, ранее мало кому известный, стал научным-исследовательским центром, примером для других вузов.

Престиж вуза значительно возрос благодаря визитам высочайших гостей, приглашаемых Г.Островерховым. В частности, у

Память

«Он с необыкновенным трепетом относился к курянам...»

К 120-летию юбилею Георгия Островерхова

– она ознаменовала 100-летие выдающегося учёного. Барельеф с портретом установлен по инициативе руководства и сотрудников нашей кафедры.

В 2012 г. в Курске начал работать Онкологический научно-клинический центр – современная клиника, где ультрасовременное оборудование позволяет специалистам выполнять передовые хирургические вмешательства, применять все методы лечения онкологических пациентов. Онкоцентр получил имя Г.Островерхова за его значитель-

ное полево госпитале, позже был мобилизован в состав Тихоокеанского флота, трудился в должности главного хирурга эвакогоспиталей Северо-Кавказского военного округа. В этот период разработал оригинальные методики лечения остеомиелита, тактику хирургического лечения повреждений периферических сосудов и сухожильной конечностей. После демобилизации защитил докторскую диссертацию «Опыт хирургического лечения огнестрельных повреждений периферических нервов».

К хозяйственным работам в помощь строительным и ремонтным бригадам активно привлекались студенты. Но главным организатором был директор. Рослый и статный, с жёсткими интонациями голоса, Г.Е.Островерхов был непререкаемым авторитетом как среди подчинённых, так и среди студенчества. Территория вуза активно обустроивалась и озеленялась. Георгий Ефимович лично принимал участие в закладке тополиной аллеи, которая тянулась вдоль левого крыла главного

наш неоднократно бывал академик Б.Петровский с командой. Его работа, практическая помощь местной медицине легли в основу зарождения в области кардио- и онкохирургии.

При Г.Островерхове активно налаживалась связь учебного процесса и научных исследований. Помимо теоретических вопросов, на экзаменах студенты выполняли операции на оптимальном биоматериале – трупе человека. Дело в том, что в те годы на территории медицинского института располагался морг судмедэкспертизы. Доступ к трупам тогда законодательно не ограничивался, что в немалой степени послужило развитию морфологических дисциплин, а также практических навыков студентов-медиков.

Георгий Ефимович строго придерживался пириговских принципов: полноценная подготовка медика (особенно хирурга) – невозможна без исследования человеческого тела. Он был замечательным педагогом. Природный талант оратора, помноженный на выдающиеся интеллектуальные способности, делал его любимым преподавателем сотен студентов.

Г.Островерхов является автором учебника «Оперативная хирургия и топографическая анатомия», выдержавшего четыре издания. Этот учебник – самое ходовое пособие по предмету. По сей день он служит настольной книгой для практикующих хирургов.

– Вы как-то сказали, что планы Г.Островерхова успешно реализуются спустя семь десятилетий. В чём конкретно?

– Ещё в 1950-х гг. он мечтал о собственной клинике при Курском медицинском институте. Колоссальный опыт, уникальные разработки наших учёных нужно использовать на благо здоровья людей! Университетская клиника при Курском государственном медицинском университете официально открыта в 2024 г. «Готовить врача у постели больного» – эта формула российского медицинского образования легла в основу работы собственной клинической базы, где передовые медицинские технологии, переплетаясь с самыми свежими научными разработками, направлены и на лечение пациентов, и на обучение будущих врачей.

Педагоги нашего вуза продолжают дело Г.Островерхова. Например, действующий ректор КГМУ профессор Виктор Анатольевич Лазаренко руководит проектом «Школа хирургии: от наставника к преемнику». В память о великом учёном-созидателе в Курском ГМУ пройдёт масштабная научно-практическая конференция. Она станет замечательной возможностью поделиться опытом, вспомнить достижения великого человека и найти новые пути для продолжения его идей.

Беседу вела
Наталья КАРАКУЛИНА.

Курск.



Студенты-кружковцы из Курска в кабинете Г.Островерхова на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии 2-го МОЛГМИ им. Н.И.Пирогова

ный вклад в проблему диагностики и лечения онкозаболеваний, в том числе работы по рентген-эндовазальным методам диагностики и лечения опухолей.

– Георгий Ефимович поднимал вуз из послевоенной разрухи...

– На время Великой Отечественной войны наш институт был эвакуирован в Алма-Ату. По возвращении в Курск сотрудники и студенты вынуждены были по крупицам восстанавливать материальную базу. Эти поистине титанические преобразования возглавил Г.Островерхов.

К тому времени Георгий Ефимович прошёл большой клинический и научный путь. Он родился 4 (17 по н.ст.) августа 1904 г. в Харьковской губернии, а после окончания Харьковского медицинского института работал хирургом в горбольнице Волчанска, где сейчас идут тяжёлые бои... Вскоре был призван на воинскую службу в Черноморский флот, после демобилизации продолжил медицинское служение на Северном Сахалине, где работал главным врачом Оханской больницы и заведующим хирургическим отделением. Потом – аспирантура

– Александр Иванович, какими наиболее важными событиями отмечены недолгие годы его директорства в институте?

– Георгий Ефимович организовал работы одновременно в нескольких направлениях – обустроивалась материально-техническая база, совершенствовался учебный процесс, запускалась наука. Полностью было восстановлено левое крыло главного корпуса, по совету директора аудитория в этом крыле перестроена под амфитеатр. Это знаменитая лекционная аудитория № 1, которая и по сей день остаётся любимой для проведения учёных советов и мероприятий. Первый и второй этажи левого крыла заняли соответственно кафедры анатомии человека и оперативной хирургии и топографической анатомии. Ранее эти базовые кафедры размещались в необустроенном подсобном здании. Был изменён фасад института. Кстати, знаменитые барельефы – это тоже идея Островерхова. Профили великих отечественных медиков – Павлова, Боткина, Мечникова, Пирогова – украшают фасад Курского ГМУ по

корпуса до общежития. Эта аллея существовала до середины 1990-х гг., и тополиный пух в университетских аудиториях ассоциировался с летней сессией у многих поколений выпускников.

Была открыта аспирантура для подготовки научно-педагогических кадров. Первыми аспирантами, кстати, стали личности, оказавшие значительное влияние на развитие Курского медуниверситета, в частности, ректор, заведующий кафедрой патофизиологии, профессор Н.Крутько.

Примерно в это же время начал работать диссертационный совет: Г.Островерхов был кровно заинтересован, чтобы талантливые выпускники Курского медицинского института получали учёные звания. «Ковать собственные кадры» – эта политика стала приоритетной для директора. В результате уже в ближайшие годы большинство институцских кафедр возглавили выпускники КГМИ.

Однако важнейшим достижением Георгия Ефимовича Островерхова стал мощный толчок к развитию науки в Курском медицинском институте. На территории вуза был

Сокровенное

Анатолий СИДОРОВ

«Я немножечко с вами побуду»



Пшеничное поле

Загорают пшеничное поле,
Васильковый венчик опустив.
И подошвы неистово колот
Саранчи подгулявшей мотив.
Я бреду, перелески меняя,
Словно кружит меня хоровод.
И звенит эта песня шальная,
И веселье за душу берёт.
Сквозь прозрачные синие дали
Я смотрю за пределы земли:
Голубые стрижи облетали –
И её облететь не смогли.
Разве можно расстаться навеки
С этой ширью, лежащей у ног?!
Омывают прозрачные реки
Васильковый России венчик.

В деревне

Какие хорошие стихи
Со мной беседуют в деревне,
Когда в овраге ветер дремлет,
А мама молча чтёночно внемлет,
Отмаливая все грехи.
Как хочется писать стихи!
И говорить, и говорить,
И только доброе творить.
Не за награды, платежи –

За три ромашки у межи.
За солнца свет, за луга цвет
Творить бы так сто тысяч лет.
Не исчезать, не умирать,
А хорошие стихи писать.
И чтоб, дитя своё храня,
Сидела мать возле меня.

Письмо на передовую

Держись, сынок.
Я рядом. Я с тобой.
Мы выиграем наш последний бой.
Не торопись
И не щади врага.
Собьём мы этой нечисти рога.
Держись, сынок.
Нам нечего терять.
Есть ты да я, да у иконы мать.
Да хаты старой
Ветхие углы:
От сытых не дожидаться похвалы.
Держись, сынок.
За Родину держись,
Которая несёт нас, русских, ввысь,
Которая роднее
Всех равнин,
Где русский, с кем бы ни был, но – один.
Держись, сынок,
Услышав вражий вой.

Я – бронзой непробойной пред тобой.
Оболган, ошельмован,
Но – стою
И защищаю молодость твою.
Держись, сынок.
Не бойся их болот.
Для русских Русь – незыблемый оплот.
Мы устоим.
Нас создал Бог не зря.
Уже с востока занялась заря.
.....
Я рядом, сын. Плечо моё с тобой.
Мы выдержим последний этот бой.

* * *

Мы все становимся детьми,
Когда нам больно.
И так же «мама!»
Мы кричим невольно.
И так же плачем по ночам
В подушку,
И ждём – поглядят по плечам,
Шепнут на ушко,
Что ты хороший, ты – герой,
Всё обойдётся,
И горе мимо, стороной
В тартар сольётся,
И всё на мельнице мукой

Вдруг обернётся,
И где-то там тоска змеёй
В кольцо свернётся.
Мы все становимся детьми,
Кричим невольно.
Зачем же делаем другим
Мы так же больно?..

Родина моя!

Дубовый лес. Как сладко пахнут пни!
Под самый малый кустик загляни –
Увидишь гриб, и, чудо из чудес,
Пылают ландыш пурпуром небес.
Как капля крови, ягодка его.
Опавшая листва вокруг него.
И он, как царь, как колокол лесной,
Вновь зазвучит далёкою весной.
На всём лежит величия печать.
В таком лесу не петь бы – помолчать.
Пусть шелестят лишь вечные дубы,
Шепча мне наговор от хворобы.
В таком лесу поспать бы полчаса.
Во сне увидеть сказки, чудеса.
И чтоб кружились роем эти сны
Зимой глухой до самой до весны.
В притихших ветках тает тишина.
Дубрава нежных запахов полна.
И лишь звенит, весёлый и ничей,
В корнях черёмух ласковый ручей.
Здесь, в белом цвете голову склоня,
Воспитывала Родина меня.

ОБ АВТОРЕ. А.Сидоров – наш коллега по цеху, профессиональный журналист, обозреватель газеты «Вечерняя Москва», член Союза журналистов России. Окончил факультет журналистики МГУ им. М.В.Ломоносова.

Медицинская тематика в его публикациях в разных изданиях («Парламентская газета», «Сельская жизнь», «Труд») занимала значительное место в социальном и профессиональном плане. Специалисты этой профессии часто попадали в поле зрения репортёра, становились героями его публикаций. Некоторые статьи публиковались на страницах «МГ».

А в душе он поэт, член Союза писателей Москвы. Светлый, счастливый человек, ибо занимается любимым делом. Автор 12 поэтических сборников.

«Поэты рождаются, а не становятся. Стихи не пишут, а записывают. Поэтическую судьбу не выбирают, а следуют по ней, как по неведомой дорожке. Поэтому творческий полёт настоящего поэта замысловат и непредсказуем», – считает автор.

Не так давно увидел свет трёхтомник А.Сидорова «Избранное», который он посвятил своей супруге Валентине, «моему преданному, первому, самому строгому и доброжелательному читателю». Думается, это символично, знаково, поскольку нынешний год объявлен Президентом РФ Годом семьи. Надо отметить, что жена Анатолия Никитовича – Валентина Евланова – журналист, на протяжении десятилетий профессионально, грамотно и с душой пишущая на темы материнства и детства. Их дочь Антонина также журналист. Такая вот талантливая, творческая семья.

Предлагаем нашим читателям погрузиться в мир поэтических образов, почувствовать лирическую энергию автора.

Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

СКАНВОРД										Шерст. ткань	Вывоз товаров								
Бриоминидин	Тяжелый металл		Карлик антилопа	Тонко скруч. пряжа	Мишень	Роман Ожешко						Город, Ирак	Возьми!	Муз. темп	Ива				
Жилище у эскимосов	Богиня счастья, индуизм	Мебель в ресторане				Скобка (муз.)	Масса	Так как (стар.)		Материал из мочала	Датск. иммунолог			Ночной отдых	Толстая палка				
		Столб	Удав		Лабор. сосуд	Детеныш тюленя						Трупинал							
Аборигены Малайзии	Фаянс					Польск. ботаник			Судьба	Орган у пчел	Хоровая песня		Ботанический	Кутуньо					
Старин. фуражка				Крепостной					Супруг		Дно	Дексепрофен							
"Волк и козлят"	Роды коровы				Автобус				Условия задачи										
				Бес-связная речь					Город, Смолен. обл.										
Автор Валерий Шаршуков	"...Каренина"				Метов				Стебель винограда										

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

**Ответы на сканворд,
опубликованный
в № 31 от 07.08.2024.**

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

Главный редактор А.ПАПЫРИН. Редакционная коллегия: С.БУДАЧЕНКОВ (ответственный секретарь), Е.БУШ, В.ЕВЛАНОВА, А.ЖУКОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, Б.ЛИХТЕРМАН, Г.ПАПЫРИНА, Ф.СМИРНОВ (редактор сайта). Дежурный член редколлегии – 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. Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография». Адрес: 123022, Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр. 1. Заказ № 2251. Тираж 11 015 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

