Медицинская газета®

3 сентября 2025 г.
среда
№ 35 (8206)

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит один раз в неделю.
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru

Воронежская онкологическая служба – 100 лет преобразований и развития.
Стр. 6-7

Репродуктология: пределы возможного и допустимого.
Стр. 12

Рисовать или лечить? Автограф для «МГ» от члена Союза художников.
Стр. 16

Начало

Счастье стать первокурсником

День знаний в Ивановском государственном медицинском университете

Встречи руководства вуза с первокурсниками – а их в этом году 676 – проходили в легендарной Первой аудитории. Лечебный факультет открыл свои двери для 267 новобранцев, педиатрический – 185, факультет международного образования – 123. К обучению на 1-м курсе приступили будущие врачи-стоматологи, клинические психологи, бакалавры по направлению подготовки «Сестринское дело» и будущие специалисты в области фундаментальной медицины, выбравшие новые для университета и очень востребованные в современной медицине специальности «Медицинская биохимия» и «Биология: молекулярная, клеточная биология, биоинформатика».

После исполнения гимна Российской Федерации и видеообращения министра здравоохранения Михаила Мурашко с приветственным словом к студентам обратилась ректор Ивановского ГМУ, доктор медицинских наук Инна Иванова.

– Стать студентом-медиком – большое счастье, – подчеркнула Инна Викторовна. – Вы поступили в год, когда наш университет отмечает 95-летний юбилей лечебного и 90-летний юбилей педиатрического факультетов.

Ректор поздравила первокурсников с поступлением, подчеркнув правильность их выбора, пожелала обязательного достижения всех поставленных профессиональных целей и яркой насыщенной студенческой жизни.

Студенты увидели видеосюжет об истории и традициях вуза, о знаменитых преподавателях и выпускниках, современных достижениях и стратегии будущего развития. Их приветствовал заместитель председателя правительства Ивановской области – директор департамента здравоохранения региона Антон Арсеньев. Антон Евгеньевич передал поздравления губернатора области и отметил, что в регионе создаются все условия для получения качественного медицинского образования, а также последующего эффективного трудоустройства и профессионального роста молодых специалистов. С каждым годом всё больше абитуриентов выбирают Ивановский медуниверситет для получения базового образования, растёт число молодых врачей, остающихся в областном здравоохранении, в том числе приехавших из других регионов страны. Он отметил, что особые планы по развитию здравоохранения в районах области связаны с обучающимися по целевым договорам – именно на них возлагаются особые надежды по повышению качества оказания медицинской помощи населению.

Выступили проректор по образовательной деятельности Анастасия Шишова, по научно-исследовательской и международной деятельности – Мария Жабурина, по воспитательной работе и молодёжной политике – Татьяна Блохина, по развитию регионального здравоохранения – Елена Баклушина, сотрудники администрации университета, курирующие основные сферы студенческой жизни. Первокурсники получили много важных сведений об особенностях обучения, нормах и правилах, которые следует соблюдать, стипендиальном обеспечении, а также существующих в вузе условиях для реализации своего потенциала не только в учёбе, но и в науке, спорте, творчестве, общественной работе. Особое внимание было уделено вопросам практической подготовки будущих медицинских специалистов, качеством которой славится Ивановский ГМУ: освоению практических навыков на базе ведущих медицинских организаций региона и Университетской клиники им. Е.М.Бурцева, возможностям трудоустройства в процессе обучения.

(Продолжение на стр. 2.)

Решения

Новое в законодательстве

Комитета Государственной Думы по охране здоровья опубликовал законодательные нововведения в области здравоохранения, вступившие в силу 1 сентября.

Одно из них – **закон о перечне стратегически значимых лекарств.** «Закрепляется само понятие перечня стратегически значимых лекарственных средств, утверждать порядок и критерии которого будет Правительство РФ», – уточнили в комитете. Закрепление перечня стратегических лекарств заложит основы для лекарственной безопасности в будущем, а также сможет гарантировать России наличие необходимых медикаментов даже в условиях экономических кризисов или международных санкций.

Закон об усилении контроля за страховыми медицинскими организациями. Усиливается контроль над страховыми медицинскими организациями, которые занимаются обязательным медицинским страхованием. ФОМС будет вести мониторинг деятельности таких страховых медорганизаций и размещать его результаты на своём официальном сайте, а также направлять в органы власти, в Центробанк и гражданам. Также страховые медорганизации более активно смогут работать с гражданами, заниматься защитой прав и законных интересов застрахованных.

Постановление Правительства о правилах регулирования отпускных цен на ЖНВЛП. Речь идёт о регулировании отпускных цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты для медицинского применения. Так, субъекты теперь обязаны устанавливать предельные размеры оптовых и розничных надбавок к фактической отпускной цене производителя в соответствии с методикой ФАС. Немало важно, что оптовые организации смогут формировать розничные цены на ЖНВЛП с оптовой и розничной надбавкой к фактической отпускной цене производителя в сумме, не превышающей предельный размер оптовых и розничных надбавок, установленный субъектом. Это предотвратит чрезмерное увеличение конечных цен на медикаменты и сделает лекарства доступнее для населения. Кроме того, ФАС будет проводить экономический анализ на предмет обоснованности заявленных цен при её государственной регистрации и перерегистрации. Такой контроль позволит выявлять случаи неоправданного повышения цен и своевременно реагировать на них.

Изменения оказания медпомощи школьникам. Нововведения коснуться порядка оказания медицинской помощи в школах и детских оздоровительных лагерях. Так, в школах вводится новая должность – медицинская сестра-специалист по оказанию медицинской помощи обучающимся (или медицинский брат). На неё могут быть назначены медики только с высшим медицинским образованием. Все медпункты приводятся к единообразному наименованию – «медицинский пункт». Делается это для того, чтобы педиатры, фельдшеры и медицинские сестры имели возможность получать льготный медицинский стаж. Повышаются требования к стандартам оснащения медицинских пунктов лагерей. Детский лагерь теперь должен иметь лицензию на медделятельность, если в штате есть медперсонал.

Богдан СЕРГЕЕВ.

КОРИФЕИ

Валентин ПАВЛОВ

Ректор Башкирского государственного медицинского университета, академик РАН:

– Урология – хирургическая специальность, рукоделие, а в хирургии – законы очень жёсткие. Если ты не сделаешь в год 100 операций и более, то не можешь говорить о сохранении своего хирургического потенциала, твоё мастерство будет падать. Если ты называешь себя оперирующим хирургом, то должен проводить вмешательства ежедневно.

Стр. 4-5

Новости

Если рожать, то мягко!

В Челябинском Областном перинатальном центре открылся мягкий родильный зал. Это не только дань современным требованиям к проведению родов, но и создание максимально комфортных условий даже для тех женщин, которые мугут похвастаться идеальным здоровьем и чья беременность протекает с осложнениями.

Мягкие роды – максимально комфортные условия для роженицы при минимальном вмешательстве персонала.

Женщина может активно вести себя, приняв абсолютно любую позу. Допускается присутствие близкого человека рядом на протяжении всего процесса.

«Здесь может родить абсолютно любая женщина – и с преждевременными родами, и при осложнённом течении беременности, – сказала заведующая родильным отделением ОПЦ Ольга Спицина. – В других местах так не получится. Там мягкие роды могут себе позволить только абсолютно здоровые женщины без каких-либо осложнений. Каждая может прийти к нам. За это не надо отдельно доплачивать».

В родзале можно устроить полное затемнение – блэкаут (многим женщинам важно, чтобы не было яркого освещения во время родов), они могут слушать релаксирующую музыку и даже смотреть фильмы. За стеной – душ. Если с рожинецей находится партнёр (муж, сестра, мама), они могут ей помогать массажем и растираниями.

«В родзалах имеются кнопки вызова, поскольку мы не навязываемся со своим контролем, – рассказала старший акушер родильного отделения Наталья Манакьян. – КТГ выведено дистанционно, что даёт возможность наблюдать за всем процессом родов, и, если женщине или малышу потребуется наше внимание или помощь, сразу же отреагируем».

Родильный зал, помимо всего необходимого для родов, дополнен разнообразными аксессуарами: большой резиновый мяч, мягкое бескаркасное кресло, специализированный стульчак, мягкие маты, а также многофункциональный стол, который способен в считанные секунды полностью менять конфигурацию по желанию роженицы. 2 часа после родов женщина и малыш находятся в родзале, а потом их переводят в семейную палату, которая расположена этажом ниже.

Семейная палата приняла первых пациентов в июле. С тех пор пользуется большим спросом у мам, особенно востребована у тех, кто приходит не в первый раз.

Чтобы попасть на роды в Областной перинатальный центр, достаточно обратиться на ресепшен и заявить о своём желании наблюдаться и рожать здесь. Учреждение третьего уровня совсем недавно объявило о новой политике – открыло свои двери не только для пациенток с патологиями, но и для обычных женщин.

Наталья МАЛУХИНА.

Челябинск.

Профсоюз — фронту!

Профсоюз омских медиков продолжает помогать российским военнослужащим, находящимся в зоне специальной военной операции.

Об этом рассказал председатель Омской областной организации профсоюза работников здравоохранения Сергей Быструшкин. Так, обком вновь откликнулся на просьбу начальника медицинской службы артиллерийского полка Александра Динкелакера, ранее возглавлявшего Москаленскую ЦРБ (главврач подал рапорт и был мобилизован в октябре 2022 г.).

Для отправки в зону боевых действий были закуплены медицинские изделия: шприцы разного объёма в количестве 1000 штук, системы для внутривенного вливания (1000 штук), а также кровоостанавливающие жгуты. Гуманитарная посылка отправлена по месту назначения.

Напомним, ранее омские медики уже отправили землякам большую партию лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения первой необходимости.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.

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

Подписка на «МГ» продолжается

Оставить заявку на оформление подписки можно по адресам электронной почты:

mg.podpiska@mail.ru,

mg-podpiska@mail.ru.

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

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

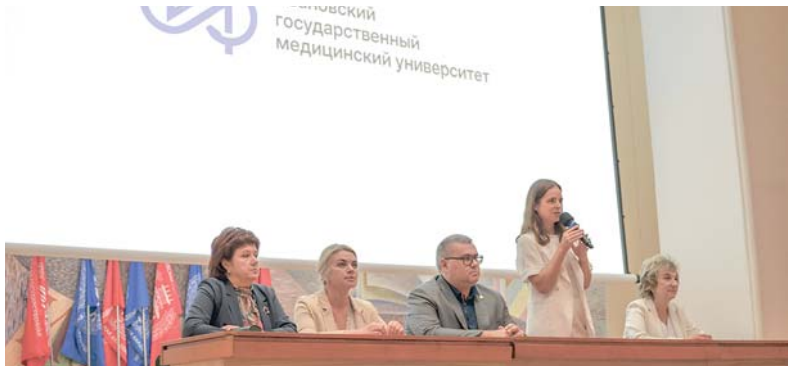
Начало

Счастье стать первокурсником

(Окончание. Начало на стр. 1.)

О роли alma mater в судьбе её семьи первокурсникам рассказала представительница врачебной династии, председатель Молодёжного совета Регионального союза «Ивановское областное объединение организаций профсоюзов», заместитель председателя Молодёжной палаты при Ивановской областной думе, студентка 6 курса лечебного факультета Анастасия Волынец.

Торжественная часть завершилась исполнением гимна вуза и традиционным общим фото, после чего первокурсники получили возможность пообщаться с деканами своих факультетов и кураторами групп, задать волнующие вопросы и получить на них развёрнутые ответы.



День знаний дал старт фестивалю «Привет, Ивановский МЕД!», который ежегодно проводится сотрудниками и студентами старших курсов университета специально для юных коллег. Впереди у ребят целая череда интересных событий: презентации научных кружков, творческие вечера, экскурсии, библиотечные викторины, открытые кинопоказы, спортивные состязания и многое другое.

Геннадий НИКОЛОВ.

Иваново.

Визиты

Для жителей новых регионов

Руководитель ФМБА России Вероника Скворцова посетила с рабочей поездкой Южный федеральный округ. Центральной точкой визита стала Донецкая Народная Республика.

В.Скворцова вместе с главой ДНР Денисом Пушилиным оценила развитие Многопрофильного медицинского центра ФМБА России в Мариуполе. Это крупнейшее федеральное медучреждение в новых субъектах Российской Федерации, где жителям Донбасса и всего юга России оказывается специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь самого широкого спектра: от всех амбулаторных видов, включая диагностические, лабораторные и инструментальные технологии, до основных направлений высокотехнологичной хирургии, таких как травматология и ортопедия, сосудистая и рентгенэндоваскулярная хирургия, акушерство и гинекология, урология, офтальмология, оториноларингология и др. Развёрнут современный операционный блок с 14 операционными и отделением анестезиологии и реанимации, включая отдельную операционную в приёмном отделении для пациентов с инфицированными ранениями.

В этом году значительно увеличены объёмы оказанной медицинской помощи в стационаре Многопрофильного медицинского центра ФМБА России в Мариуполе и расширены виды медицинских услуг. Добавились профили «Урология» и «Офтальмология», выполняются оперативные вмешательства по стентированию коронарных артерий. Медики центра проводят более 80 операций в неделю. Всего с начала работы проведено более 7 тыс. операций, из которых более тысячи – высокотехнологичных. Вдвое увеличено количество хирургических вмешательств по тотальному эндопротезированию суставов.

Глава ФМБА проинспектировала ход строительства второго этапа Мариупольского центра, в рамках которого будет возведён четырёхэтажный госпитальный корпус общей площадью свыше 20 тыс. м^2. По словам В.Скворцовой, в новом стационаре будут открыты ещё 12 отделений, в том числе кардиологической реанимации и интенсивной терапии с возможностями гемодиализа других видов детоксикации, специализированных направлений хирургии, травматологии и ортопедии, неврологии и нейрохирургии, комбустиологии, комплексной реабилитации. На площадке ежедневно трудятся более ста специалистов, задействовано девять единиц техники. Стационар будет соединён тёплым переходом с действующим лечебно-диагностическим корпусом. Уже залит фундамент, в ближайшее время строители приступят к возведению несущих конструкций и стен.

«Этот проект – не просто стройка, это символ возрождения и восстановления социальной и медицинской инфраструктуры Донецкой Народной Республики и других наших воссоединённых регионов. Это важная инвестиция в здоровье и благополучие жителей России», – подчеркнула В.Скворцова.

Д.Пушилин отметил большую роль ФМБА России в поддержке жителей новых регионов и наших военнослужащих: «Через медицинский центр уже прошло более 50 тыс. человек. И это заслуживает особых слов благодарности. Я уверен, что мы на этом не остановимся, потому что с Вероникой Игоревной у нас дальнейшие планы по развитию. Мы видим, что ФМБА с первых дней специальной военной операции приносит практическую пользу для жителей Донецкой Народной Республики, для наших героев и бойцов, а это особо важно и подчёркивается со стороны нашего Президента. И вот здесь, в центре, это пересекается в одном месте».

Руководитель ФМБА встретилась и пообщалась с участниками специальной военной операции, проходящими лечение в стационаре. Бойцы поблагодарили ФМБА за всестороннюю заботу и медицину высокого уровня.

Глава агентства пообщалась с коллективом центра и вручила ведомственные награды наиболее отличившимся сотрудникам. В церемонии награждения принял участие и Д.Пушилин, вручив медикам награды ДНР. По указу главы республики руководитель ФМБА России В.Скворцова награждена орденом Дружбы ДНР.

В.Скворцова, Д.Пушилин, участники программы «Время героев» и 98-летняя жительница Мариуполя Лиея Громова возложили цветы к мемориальному комплексу на территории медицинского центра в Мариуполе, отдав дань памяти военным медикам, которые в 1943 г. участвовали в освобождении Донбасса от фашизма.

Руководитель ФМБА пообщалась с Лией Кирилловной, которая всю свою жизнь посвятила служению медицине и людям. С 1958 г. она живёт в Мариуполе, до 2012 г. работала в городской больнице сначала врачом функциональной диагностики, затем – заместителем главного врача больницы. Её медицинский стаж – более 60 лет.

Ещё одним пунктом рабочего визита стала Ростовская клиническая больница Южного окружного медицинского центра ФМБА России – ведущее многопрофильное учреждение в округе, которое на протяжении 100 лет хранит и приумножает лучшие традиции отечественной медицины.

Глава агентства встретилась с ветеранами СВО, проходящими лечение в больнице. Она отметила, что все они получают максимально качественную и оперативную медицинскую помощь и психологическое сопровождение. В частности, одному из наших бойцов специалисты ФМБА России совместно с коллегами из Национального медицинского исследовательского центра травматологии и ортопедии им. Р.Р.Вредена создали индивидуальный эндопротез локтевого сустава. В.Скворцова вручила нашим героям подарки и пожелала скорейшего выздоровления.

Сергей ПАВЛОВСКИЙ.

Медицинская газета

№ 35 • 3. 9. 2025

Криминал

Ущерб может превысить миллиард

Следователи привлекли к ответственности вместе с бывшим министром здравоохранения Хабаровского края Юрием Бойченко 14 человек в рамках уголовного дела о растрате бюджетных средств в особо крупном размере, выделенных на закупку медицинского оборудования для нужд учреждений здравоохранения. Как уточнили в правоохранительных органах, ущерб по делу о коррупции может превысить 1 млрд руб., а также может возрасти и количество фигурантов.

«По фактам злоупотребления должностными полномочиями, дачи и получения взяток, легализации имущества, добытого преступным путём, а также растраты бюджетных средств в особо крупном размере, выделенных на закупку медицинского оборудования для нужд учреждений хабаровского здравоохранения, возбуждены уголовные дела в отношении 14 человек. Следствие продолжает устанавливать причастность других фигурантов к совершению преступлений коррупционной направленности, в том числе по делу назначен большой объём различных экспертиз», – сообщили ТАСС в правоохранительных органах.

Уголовные дела в отношении всех обвиняемых в коррупции при закупках медоборудования для минздрава Хабаровского края, Хабаровска и других регионов РФ соединены в одно производство, а срок предварительного следствия по нему установлен до середины октября 2025 г.

Изначально дело о хищении бюджетных средств, выделенных на закупку медицинского оборудования для нужд медучреждений в нескольких субъектах России, было возбуждено 13 апреля 2023 г. в отношении двух бывших советниц экс-министра здравоохранения региона Татьяны Курносовой и Елены Коровиной.

Кроме того, по обвинению в растрате арестованы экс-глава КГБУ «МИАЦ» Сергей Евсеев, учредитель АО «Мединвест» Сергей Пантюхин, гендиректор ООО «Медэквипмент» Артём Манков, руководитель ООО «Архимед» Владимир Александров и предприниматель Денис Нестеров. Также в СИЗО отправлен бизнесмен из Брянской области Евгений Шавеко, обвиняемый в злоупотреблении полномочиями, которого сначала объявили в розыск и заочно арестовали, но уже через полгода задержали. Экс-глава Дальневосточного центра лекарственного обеспечения Любовь Заморочко находится под домашним арестом, а под подпиской о невыезде – бывший главврач Николаевской ЦРБ Анжела Кондакова, которая в том числе «формировала по указанию Бойченко закупки с нужными поставщиками по завышенным ценам». По делу проходят ещё пятеро фигурантов, среди которых бывший заместитель А.Кондаковой, а также сотрудники коммерческих организаций.

Как сообщалось ранее, арест Бойченко связан с расследованием уголовного дела в отношении экс-зампреда правительства Хабаровского края по социальным вопросам Евгения Никонова, арестованного в регионе в июле прошлого года по обвинению в получении взяток на сумму 82 млн руб. По данным следствия, бывший высокопоставленный чиновник получил значительную сумму денег за поддержку определённых компаний в тендерах на государственные контракты.

Ю.Бойченко был назначен исполняющим обязанности министра здравоохранения Хабаровского края в феврале 2021 г., а через год был утверждён в должности главы ведомства. Уволился с должности по семейным обстоятельствам в феврале 2024 г.

Сергей ФЁДОРОВ.

Официально

Командировки гражданских врачей

Президент России Владимир Путин утвердил перечень поручений по итогам осмотра выставки проектов Общероссийского общественного движения «Народный фронт «За Россию».

Он поручил кабмину рассмотреть вопрос о возможности направления медиков в госпитали, расположенные в непосредственной близости от линии боевого соприкосновения, без заключения с ними контракта о прохождении военной службы или пребывании в добровольческом формировании. Речь идёт о добровольном желании медицинских работников приехать к линии фронта и работать в госпиталях.

«Правительству Российской Федерации рассмотреть вопросы... о возможности направления (командирования) в госпитали, расположенные в непосредственной близости от линии боевого соприкосновения, врачей и иных медицинских работников, изъявивших такое желание, без заключения с ними контракта о прохождении военной службы либо контракта о пребывании в добровольческом формировании», – говорится в поручении Президента.

Он также поручил Правительству РФ рассмотреть вопрос об оснащении аптечек в отдельных специальных транспортных средствах, используемых федеральными государственными органами в ДНР, ЛНР, Запорожской и Херсонской областях, в субъектах РФ, территории которых прилегают к районам проведения СВО, современными кровоостанавливающими медицинскими изделиями отечественного производства, а также о возможности размещения аптечек, оснащённых такими изделиями, в отдельных местах массового пребывания людей в этих регионах.

Срок исполнения этих поручений – 1 октября 2025 г.

Павел БАЛАГИН.

Конкурсы

Медики на работе

С 2022 г. фотоконкурс «Медики на работе» объединяет неравнодушных к системе здравоохранения людей, которые делятся своими фотоработами – трогательными, искренними, настоящими. За время проведения собралось почти 10 тыс. фотографий и историй о мужестве и отваге, сострадании и поддержке, радости и настоящем счастье.

На фотоснимках – волнительные моменты рождения новой жизни; героической самоотдачи врачей в операционных, на линии боевого соприкосновения, в кабинах бортов санавиации; братской помощи жителям соседних стран и других континентов. Студенты и врачи со стажем в 40, 50 и даже 70 лет – тысячи работников здравоохранения с уникальными историями стали героями проекта.

Номинации III фотоконкурса «Медики на работе»: главная из них – «#СВОИХНЕБРОСАЕМ», «Медик на работе», «На суше, в воздухе и в море», «Стаж в полвека», «Врачебная династия», «Пациенты, мы вас любим», «Будущие медики», «Медики всех стран, объединяйтесь». Работы принимаются до 30 сентября 2025 г.

Участниками могут стать граждане России и иностранцы, неравнодушные к сфере здравоохранения, старше 16 лет. Подать заявку можно на сайте: **www.photo.mednet.ru.**

Фотоконкурс «Медики на работе» организован Центральным институтом организации и информатизации здравоохранения при поддержке Министерства здравоохранения РФ.

– Конкурс – это возможность показать обычную, но очень важную работу медиков, в которой каждый день есть место героизму. За каждой фотографией здесь – не просто момент, а целая жизнь, наполненная самыми разными эмоциями: состраданием и надеждой, тревогой и радостью, болью утраты и счастьем спасения. Именно эти эмоции, прожитые вместе с пациентами, и делают работу медика такой важной и ценной для всего общества, – сказал помощник министра здравоохранения РФ Алексей Кузнецов.

Лучшие работы ежегодно выставляются на площадке конгресса «Национальное здравоохранение». В 2024 г. фотографии украсили залы Государственного Кремлёвского Дворца, кулуары пленарной сессии с участием Президента России.

В этот раз фотоконкурс посвящён Году защитника Отечества. Его цель – рассказать о героях, чей подвиг зачастую остаётся «за кадром». О тех, кто в любой ситуации готов прийти на помощь ради спасения жизни других, порой рискуя собственной. Медики – наши защитники, защитники Отечества и тех, кто охраняет границы нашей Родины. Они проявляют мужество и самоотверженность во время чрезвычайных ситуаций, природных катастроф, военных конфликтов и пандемий, оберегая жизнь и здоровье общества.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

Перспективы

БАДы, которые смогут назначать врачи

Минздрав России разработал проект постановления Правительства РФ, согласно которому в стране могут быть установлены требования к качеству и эффективности биологически активных добавок к пище. На основе критериев будет формироваться перечень БАДов, которые могут назначаться лечащими врачами.

«Согласно постановлению, вводятся комплексные требования к качеству и безопасности БАДов, назначение которых будет осуществляться лечащим врачом. В случае их принятия, новые правила вступят в силу с 1 марта 2026 г.», – говорится в сообщении пресс-службы Минздрава Россиии.

Отмечается, что на основе проектируемых критериев будет формироваться перечень БАДов, которые могут назначаться лечащими врачами. «Важным критерием станет наличие вещества, входящего в состав БАД, в клинических рекомендациях, профилактических рекомендациях, стандартах или иных официальных документах, разработанных и одобренных национальными медицинскими исследовательскими центрами, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями или международными профессиональными ассоциациями», – пояснили в пресс-службе.

Нововведения предусматривают строгую систему оценки качества БАДов, в том числе соответствие компонентов международным стандартам безопасности ЕАЭС, обязательное тестирование каждой партии продукции в аккредитованных лабораториях, а также регулярный контроль качества первых трёх партий для новых продуктов и ежегодный выборочный контроль для действующих.

«Наличие БАД, соответствующих строгим критериям, может создать основу для их рассмотрения медицинским сообществом как одного из инструментов поддержания здоровья и профилактики в рамках комплексного подхода. Доказательная база и гарантии безопасности – ключевые факторы, которые потенциально позволят врачам в будущем рекомендовать конкретные, сертифицированные БАДы для восполнения дефицита витаминов, минеральных веществ, микроэлементов и микронутриентов для поддержки функций организма в определённые периоды, а также комплексных программ здорового образа жизни и профилактики», – отмечается в сообщении.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Деньги

Финансы на высокотехнологичную помощь

Свыше 60 млрд руб. ещё будет направлено в 2025 г. на оказание гражданам специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Распоряжение об этом подписал председатель Правительства Михаил Мишустин. Финансирование поступит из страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Дополнительные средства позволят сохранить доступность для граждан специализированной и высокотехнологичной бесплатной медицинской помощи в федеральных медучреждениях в рамках базовой программы ОМС. Речь идёт об оказании медицинской помощи с использованием передовых подходов и уникальных методов, применяемых в сердечно-сосудистой хирургии и нейрохирургии, трансплантации органов, травматологии, ортопедии, офтальмологии и онкологии.

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в России предоставляется более 80 различных видов высокотехнологичной медицинской помощи, связанных в том числе с лечением сердечно-сосудистых, онкологических и других заболеваний.

Вопрос обсуждался на заседании Правительства РФ. М.Мишустин отметил, что общий объём финансирования, предоставляемый на оказание гражданам специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, в 2025 г. превысит 310 млрд руб.

«Продолжим и дальше расширять для граждан возможность получать современную медпомощь по всей стране», – подчеркнул глава кабмина.

Владимир ЧЕРНОВ.

Итоги

Пациенты из Новороссии

С начала 2025 г. в Национальном медицинском исследовательском центре онкологии в Ростове-на-Дону прошли лечение более 500 пациентов со злокачественными новообразованиями из новых регионов. Это взрослые и дети из Донецкой и Луганской народных республик, Запорожской и Херсонской областей.

Свыше 350 пациентов получили хирургическое лечение. Большинство операций выполнены по поводу рака предстательной железы, рака почки, опухолей женской половой сферы, рака молочной железы. Проведены органосохранные, реконструктивно-пластические, малоинвазивные вмешательства, в том числе микрохирургические и роботические операции.

В отделениях радиотерапии НМИЦ онкологии 120 онкобольных из Донбасса и Новороссии получили лучевое лечение, в том числе стереотаксическую радиохирургию. Лекарственную противоопухолевую терапию прошли онкобольные из новых регионов с опухолями и онкогематологическими заболеваниями.

Юрий ДАНИЛОВ.

Корифеи

Без единой капли крови

Необычная беседа во время роботической радикальной простатэктомии

Когда специальный корреспондент «МГ» вошёл в одну из операционных Центра роботической хирургии Клиники Башкирского ГМУ, всё было готово к радикальной простатэктомии в исполнении академика РАН Валентина ПАВЛОВА. Пациент с диагнозом «Рак предстательной железы T2N0M0, ст. 2, гр. 2» находился на операционном столе после струйной внутривенной премедикации раствором цефуруса, под общей анестезией и двукратной обработки операционного поля спиртовым раствором хлоргексидина. После миниразрезов уже были установлены 12-миллиметровый троакар параумбиликально, 3 дополнительных роботических 8-миллиметровых троакара (2 – по среднеключичной линии, 1 – по передне-подмышечной линии слева) и 2 ассистентских троакара, наложен пневмоперитонеум. В положении Тренделенбурга ассистенты хирурга провели

М.Урманцев

совмещение роботической системы PacientCart и установленных троакаров.

Валентин Николаевич лапароскопически осмотрел брюшную полость и, не обнаружив особенностей, обратился ко мне: «Задавайте вопросы». – «А разве мы не сможем побеседовать после вмешательства?» – «Не получится. Я уезжаю сразу же после операции».

К моему удивлению, интервью не только состоялось, но и оказалось абсолютно полноценным, несмотря на то, что ректор БашГМУ, отвечая на вопросы, продолжал оперировать.

К тому времени меня ознакомили с гистологическим заключением: на фоне аденоматозно-фиброзно-мышечной гиперплазии обнаружена ацинарная карцинома предстательной железы в двух точках из 12, сумма Глисона – 7 (3+4) без признаков лимфоваскулярной и периневральной инвазии, процент раковых клеток в столбиках – от 30 до 45%. Сопутствующих заболеваний у пациента не было.

– Валентин Николаевич, какое место занимают роботические онкоурологические операции в вашей хирургической деятельности?

– Пожалуй, наибольшее. Вот и сейчас мы удаляем простату по поводу рака мужчине 61 года, по онкологическим меркам – совсем молодому человеку.

По количеству урологических операций мы – 2-е в России, а 1-е место занимает краснодарский НИИ-ККБ № 1 им. С.В.Очаповского, которым руководит мой друг академик Владимир Порханов. Из примерно 1 тыс. роботических операций, которые проводим в год, урологических – более 500.

– Все их провели вы?

– Большинство из них. Урология – хирургическая специальность, рукоделие, а в хирургии – законы очень жёсткие. Если ты не сделаешь в год 100 операций и более, то не можешь говорить о сохранении своего хирургического потенциала, твоё мастерство будет падать. Если называешь себя оперирующим хирургом, то должен проводить вмешательства ежедневно.

Беседуя со мной, Валентин Николаевич рассёк с обеих сторон простаты внутритазовую фасцию – максимально близко к стенке малого таза. Монополярным инструментом пересёк лонно-простатические связки, а затем выделил дорсальный венозный комплекс.

В урологической роботической операционной находились ещё пять членов интернациональной хирургической бригады. 1-й ассистент – доцент кафедры урологии Башкирского ГМУ, заведующий онкологическим отделением Клиники Башкирского ГМУ Марат Урманцев. В настоящее время Марат Фаязович заканчивает докторскую диссертацию. Во время операции в его руках находятся два ассистентских троакара, и он – непосредственный участник манипуляций в операционном поле. 2-й ассистент – Самуэль Олалекан Акинйеми. Он родился в прежней столице и самом большом городе Нигерии Лагосе, в 2022 г. окончил БашГМУ, в 2024-м – ординатуру. Сейчас Самуэль Натанович – ассистент кафедры урологии, занимается научной и практической работой. Перед операцией он принимал участие в установке роботизированной системы, далее – ограничился учебной функцией. Операционная медсестра – Милена Антропова. Общее обезболивание проводит анестезиолог высшей категории Эльвера Давлетшина, ей помогает анестезистка Закира Алембетова.

В интегрированной операционной установлено 4 больших монитора: для хирургов и операционной медсестры, анестезиолога. Любой из экранов может быть полезен для учебных целей – если на операции присутствуют студенты, ординаторы, аспиранты.

– Какую модификацию роботической радикальной простатэктомии вы используете сейчас?

– Мы выполняем это вмешательство по собственной оригинальной разработке, получившей название тотальной задней реконструкции. После удаления простаты полностью закрываем раневой дефект, стенку между удалённым органом, прямой кишкой и мочевым пузырём, что позволяет нам избежать целого ряда осложнений, в том числе самых грозных, таких как несостоятельность и стриктура анастомоза, гематома, кровотечение. Задняя реконструкция позволяет снова собрать все фасции, тазовые мышцы, абсолютно полностью вывести анастомоз из зоны натяжения. Затем выполняется передняя реконструкция. Наша методика позволяет добиться раннего и полноценного заживления анастомоза, отсутствия натяжения между уретрой и мочевым пузырём. В результате в 90% случаях сразу же после операции достигается удержание мочи, всегда сохраняется эрекция.

– Что привнесли в работу хирурга роботические технологии?

– Роботическая хирургия делает жизнь хирурга более понятной, точной, качественной, для больного – малоинвазивной, а его жизнь после операции становится значительно комфортней в сравнении даже с эндоскопическими вмешательствами. Загляните в соседнюю операционную, где роботическую операцию проводят наши травматологи. Робот выбирает доступ, подходящий протез, избавляет их от физической работы – им уже не приходится, например, пилить кости. Принципиально изменился подход к операции.

Наш роботический центр был пионером в Приволжском ФО, врачи практически всех хирургических специальностей более 7 лет работают на этих системах

В.Павлов

С.Акинйеми

во благо пациентов нашей республики и других регионов России.

В настоящее время совместно с коллегами-учёными из другого регионального вуза мы выполняем научную работу по экспертизе качества и количества движений рук хирурга. Скоро будем иметь возможность досконально просчитать его действия во время вмешательства. Идёт разработка программы встроенных в робота модулей, адаптирующих движения хирурга.

К этому моменту беседы Валентин Николаевич точным движением рассёк переднюю полуокружность шейки мочевого пузыря, захватил уретральный катетер и зафиксировал его к передней брюшной стенке для тракции простаты кпереди. Рассёк заднюю полуокружность шейки мочевого пузыря, выделил заднюю поверхность простаты, визуализировал семявыводящие протоки, выделив их в краниальном направлении и разрезав монополярными ножницами.

– Роботические технологии – средство достижения целей качественной хирургии в онкоурологии, – продолжает академик. – Первичная хирургия очень важна для пациента, несмотря на то, что мы имеем полный арсенал и лучевой, и лекарственной терапии.

Важнейшее звено лечебного процесса – регенеративная урология, восстановление утраченных функций с помощью разных технологий. И здесь у нас есть уникальные разработки. В настоящее время мы собираемся зарегистрировать собственный гибридный сфинктер, состоящий, в отличие от традиционного, из двух частей – синтетической (удерживающей) и генеративной. Мы выполнили более 200 операций с его использованием в экспериментальном режиме. Усовершенствовали и саму операцию, и медицинское изделие совместно с главным урологом Минздрава РФ, академиком РАН Дмитрием Пушкарём.

– Две научные проблемы – персонализированной и регенеративной медицины, которыми занимается кафедра урологии Башкирского ГМУ, интегрированы в «Программу-2030»...

– Мы переключаемся от чисто технологических разработок на создание собственных научных продуктов в сотрудничестве с ведущими российскими и зарубежными научными центрами. Недавно в одном из журналов группы Nature вышла публикация совместно с работающим у нас всемирно известным урологом из Амстердама, президентом

Международного общества урологов профессором Жаном де ла Розеттом.

Онкоурологические исследования проводятся в созданных нами научных лабораториях на базах Института урологии и клинической онкологии, Института фундаментальной медицины, Межвузовского студенческого кампуса Евразийского научно-образовательного центра. Мы оснастили их самым современным оборудованием.

Наши достижения не были бы весомыми без поддержки министра здравоохранения России Михаила Мурашко, министра науки и высшего образования России Валерия Фалькова, руководства Республики Башкортостан. Нас лично курирует, несмотря на большую занятость, глава республики Радий Хабиров.

Наша урологическая клиника – не побоюсь этих слов – одна из ведущих в мире по роботической хирургии мочевого пузыря. Результаты – по объёму вмешательств, хирургическим результатам – сопоставимы с американской Клиникой Мэйо.

Тем временем Валентин Павлов тупым путём выделил семенные пузырьки, сосуды пересёк биполярным зажимом, затем экстрафасциально выделил простату. Ножки простаты клипировал клипсами Hemolok L и монополярными ножницами пересёк их в режиме коагуляции. После пересечения дорсального венозного комплекса простата стала полностью мобилизованной.

– Возглавляемый вами университет стал в последние годы одним из стремительно развивающихся инновационных центров страны. Какие из разработок ваших сотрудников вы бы отметили?

– Сотрудники одной из наших лабораторий разработали Матригель – гелеподобный препарат, полученный из тканей человека. Подтверждено, что он выполняет функцию каркаса для клеток, их роста и дифференциации. В частности, после удаления в Клинике Башкирского ГМУ поражённой раком простаты морфологи отбирают фрагмент её ткани со злокачественными клетками, а учёные университетской лаборатории клеточных культур обрабатывают этот материал и с помощью Матригеля формируют клеточные 3D-модели. Выращивание миниатюры многоклеточного биологического органа занимает около 10 дней, а когда органоид достигает своего максимального роста, на нём тестируют противоопухолевые препараты. Это позволит подобрать наиболее подходящее и результативное лечение для пациента.

Чтобы сделать персональный препарат, вакцину для нашего пациента, мы создали на базе университета всю исследовательскую цепочку управления тканевой инженерии. Готовы к созданию химерных технологий, синтезу химерных рецепторов для лимфоцитов. Эти и другие проекты были бы невозможны или затруднены без государственной поддержки. Мы благодарны руководству Российской академии наук, соавторам наших разработок академикам Михаилу Пирадову, Владимиру Чехонину, Владимиру Крылову – настоящим звёздам российской науки.

Если вы сейчас посмотрите за окно операционной, то увидите работающий экскаватор. Это строится Институт трансляционной медицины – ещё одна структурная единица Башкирского ГМУ.

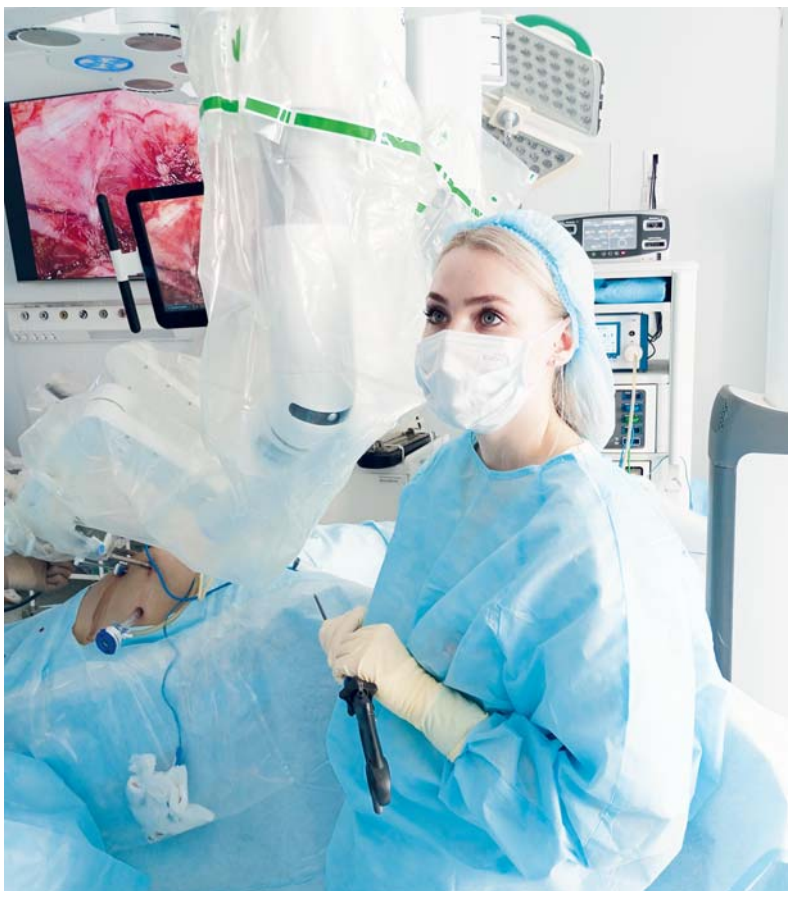
– Какие зарубежные учёные вносят наибольший вклад в ваши научные проекты?

– Мы очень продуктивно сотрудничаем с немецкими профессорами Юлией Кжышковской из Мангейма, где находится один из медицинских факультетов Хайдельбергского университета, и Лукасом Прантлем из Регенсбургского университета.

Отвечая на эти два вопроса, академик пересёк уретру, после чего выполнил простатвезикулэктомию, провёл заднюю реконструкцию Rocco-stitch нитью V-loc 1/2 17 см и непрерывным швом сформировал анастомоз двумя нитками V-loc 1/2 17 см.

– Валентин Николаевич, вами внедрены в клиническую практику многие радикальные оперативные вмешательства

Э.Давлетшина и З.Алембетова



М.Антропова

– тазовые эвисцерации, тромбэктомии из нижней полой вены, радикальная цистэктомия с вариантами отведения мочи, трансуретральные эндоскопические операции на верхних и нижних мочевых путях, малоинвазивные операции, методы лечения мочекаменной болезни... Насколько часто вы выполняете, например, реконструктивно-пластические операции?

– Спектр вмешательств при урологической патологии очень широк. Ещё 10-15 лет назад уролог занимался всеми направлениями своей дисциплины, однако сейчас специалисты выбирают 2-3 из них. Есть китайская пословица: «Тот, кто владеет многими ремёслами, никогда не сможет прокормить свою семью». Сейчас во многих специальностях идёт суперспециализация, и урология – не исключение.

Многие мои коллеги и я сам с течением времени сосредотачиваемся на определённых хирургических направлениях. В частности, реконструктивно-пластические операции в большей степени проводят сейчас мои ученики, а то, что мы разрабатывали в этом направлении, стало рутиной.

Хотел бы несколько слов сказать о работе нашей университетской клиники в целом. Она даёт возможность оказывать медицинскую помощь по всем профилям. У нас работают и кардиологи, и неврологи, и пульмонологи. Больной поступает с одним диагнозом, а мы выявляем сопутствующие заболевания, можем оказать ему помощь намного шире. Лучшие больницы любого города мира – университетские. Кстати, народные стереотипы: «я пришёл в больницу полежать» или «мне надо прокапаться» – перестали жить, во всяком случае, в наших хирургических стационарах.

После этого 1-й ассистент провёл в мочевой пузырь катетер Фолея № 20 и раздул баллончик на 15 мл. Герметичность анастомоза была проверена путём наполнения мочевого пузыря 150 мл NaCl 0,9%. «Анастомоз герметичен», – констатировали хирурги, осмотрели операционное поле на качество хирургических соединений и не обнаружили кровотечений. Последовательно удалили порт, троакары – и вновь гемостаз оказался нормальным. Через расширенный разрез над пупком удалили помещённые в пластиковый резервуар Endobag простату вместе с семенными пузырьками и семявыводящими протоками. После этого послойно ушили раны и наложили на кожу асептические повязки.

Операция вместе с установкой троакаров заняла 1 час 50 минут.

– Мы помним довольно кровавые простатэктомии, но в процессе только что завершившегося вмешательства не увидели и капли крови...

– Сегодня эти операции проходят без кровопотери, и в баночках, собирающих кровь, после операции можно вообще ничего не найти.

Кардинально изменилось отношение к послеоперационному периоду. Было время, когда больных после простатэктомии держали в реанимации несколько дней, возмещали кровопотерю, а сегодня их переводят из операционной в обычную палату, выписывая на завтра.

Современный наркоз, новые хирургические технологии сделали рутиной клиник то, что раньше казалось недостижимым.

Вы заметили, что за время операции я не отдал ни одной команды членам хирургической бригады? Вы увидели образец слаженных действий. Каждый, находящийся в операционной, знает свою работу до мелочей. Например, анестезиолог – в какой момент поднять давление, в какой снизить. В таком составе мы провели не одну сотню роботических операций.

Через часа два пациент встанет, начнёт ходить, есть, пить – вернётся к обыкновенной жизни человека. И если он захочет переночевать дома, то мы всё-таки попросим его задержаться у нас на ночь, чтобы назавтра сделать ему контрольное УЗИ и спокойно отпустить.

Весной мы провели телетрансляцию подобной операции на Турцию, скоро одно из вмешательств из нашей операционной увидят шотландские коллеги в Эдинбурге...

Беседу в операционной вёл Альберт ХИСАМОВ, спец. корр. «МГ».

Фото автора и Рината ГИЗАТУЛЛИНА.

Уфа.

Особый случай

Плюс 13 сантиметров

В Клиниках Самарского государственного медицинского университета пациентке провели удлинение руки на 13 см. Из-за сильного укорочения конечности девушка не могла выполнять даже простые бытовые действия. Кроме того, у нее был значительный косметический дефект.

В раннем детстве у девочки диагностировали острый гематогенной остеомиелит – гнойное воспаление кости, которое возникло из-за попадания бактерий по кровотоку из других очагов инфекции в организме. В результате кость в области верхней трети плеча начала разрушаться и затронула зону роста – хрящевой участок, где происходит образование новой костной ткани, благодаря чему кости удлиняются.

Поэтому на фоне роста плечо не увеличивалось и разница между конечностями достигла 15 см. Особенно ярко это стало проявляться в возрасте 14-15 лет, когда девочка из-за дефицита длины не могла выполнять простые бытовые действия.

«В сентябре 2024 г. мы провели операцию, – рассказал врач-травматолог-ортопед детского травматолого-ортопедического отделения Клиник СамГМУ Никита Лихолатов. – Удлинение верхней конечности на такую большую величину за одну операцию – смелое решение, мы понимали, что есть риски осложнений. Но девочка была настроена оптимистично и нам хотелось помочь. Проконсультировавшись с коллегами из других медучреждений, мы разработали тактику ведения пациента. Для удлинения на такую большую величину подходит метод Илизарова, при котором поэтапно выращивается своя собственная кость. Но ситуация осложнялась тем, что у девочки была угловая деформация плеча, поэтому нам нужно было одномоментно ещё скорректировать эту деформацию. Первую часть мы выполнили в операционной, в процессе также установили аппарат внешней фиксации, а через двое суток после операции необходимо было скорректировать второй компонент. Это делается под местным обезболиванием, но все равно неприятно. Девочка на удивление стойко перенесла процедуру».

Как пояснил врач, обычно растяжение у детей в аппарате Илизарова проводится на 1 мм в сутки – костные фрагменты раздвигаются, между ними образуется мягкая костная мозоль, которая в дальнейшем перестраивается в кость. Но так как девочке было уже 17 лет, темп коррекции должен был быть ниже, чтобы не разорвать мягкий компонент. Поэтому с аппаратом она находилась достаточно длительное время, в течение которого могла ходить на учёбу, заниматься всеми бытовыми делами и не была ограничена физически. Аппарат уже сняли, теперь пациентка разрабатывает локтевой и плечевой суставы и продолжает наблюдаться у врачей.

Специалистам удалось устранить косметический дефект и дать девушке возможность полноценно выполнять работу рукой.

Юрий ГЛИНКИН.

Самара.

Экспертный уровень

Пятилетка прорыва

Благодаря модернизации Воронежского онкоцентра в области сократилась смертность от рака

В прошлом году Воронежская онкологическая служба отметила 100-летний юбилей. Все эти годы она занимала лидирующие позиции, была и остаётся одной из самых разветвлённых и систематизированных в стране. А начиналось всё в 1924 г., когда в Воронежской губернии на базе больницы им. Г.В.Плеханова была создана специализированная противораковая комиссия. Регион стоял у истоков развития лучевой терапии в СССР. В 1930 г. в Воронеже открыт межобластной радиорентгенологический и онкологический научно-исследовательский институт, а в 1947 г. – областной онкодиспансер (ныне Воронежский областной научно-клинический онкологический центр – ВОНКОЦ). Многое изменилось за сто лет, но приоритетное направление онкологической службы на протяжении всей её истории оставалось неизменным – предупреждение и ранняя диагностика рака.

Обсуждение планов развития онкологической помощи с министром

Время преобразований

За свою вековую историю онкологическая служба Воронежской области прошла серьёзный путь: от специализированной комиссии до системы, способной оказывать пациентам высокотехнологичную помощь. Особенно значимые перемены произошли в последние годы. Стараниями главного врача ВОНКОЦ – заслуженного врача РФ, доктора медицинских наук Ивана Мошурова при поддержке губернатора Воронежской области Александра Гусева и главного онколога Минздрава России, генерального директора НМИЦ радиологии академика Андрея Каприна в центре появились новые корпуса, оснащённые самым передовым оборудованием. ВОНКОЦ – это основное звено в системе противораковой борьбы, обеспечения квалифицированной, специализированной стационарной и поликлинической медицинской помощью.

Сегодня в структуру медучреждения входят: стационар на 550 коек; хирургический, химиотерапевтический и радиотерапевтический дневные стационары, поликлиника и центр амбулаторной онкологической помощи, отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, диагностическая служба. На учёте в диспансере состоит более 77 тыс. больных, из которых около 60% живут пять лет и более. Ежегодно в хирургических отделениях стационара выполняется около 9 тыс. операций, более 4 тыс. пациентов получают лучевую терапию, около 26 тыс. – химиотерапию. Каждый год в практику внедряются от 30 до 40 новых лечебно-диагностических технологий.

Здесь трудятся высококвалифицированные специалисты, настоящие неравнодушные люди, врачи, медицинские сёстры, младший медперсонал, которые всесторонне поддерживают пациентов на всех этапах лечения, выбирают для каждого больного максимально эффективный и щадящий способ терапии.

Автору этих строк довелось побывать в 2018 г. в Воронежском тогда ещё онкологическом диспансере. Больных было очень много. В тот период они ждали приёма в коридорах. Всё это происходило в исторических зданиях, в центре города. С одной стороны – удобно добираться пациентам, с другой стороны – памятники архитектуры и постройки советского периода явно нуждались в капитальном ремонте. Без перестройки внедрять совершенствующиеся с каждым годом методы было крайне непросто, как и обеспечить достойные условия пребывания и работы. Иван Петрович при нашей встрече семь лет назад рассказал о заболеваемости, но больше говорил о планах, нежели о дне сегодняшнем. Проекты, действительно, были впечатляющие – отремонтировать поликлинику, построить хирургический корпус, создать прекрасные условия для пребывания пациентов и работы специалистов. И это не казалось абстрактными фантазиями. Воронежским онкологам всегда доверяли пациенты. В диспансер стремились попасть на лечение и жители соседних регионов. Нельзя было снижать уровень онкологической помощи.

Если же оттолкнуться от технологий и погрузиться в статистику, то регион по количеству случаев выявления злокачественных опухолей мало чем отличался от других территорий.

– Чем лучше работает система, тем выше выявляемость. Мы сейчас по этому показателю уже превзошли доковидный период. Тогда мы выявляли 460 случаев рака на 100 тыс. населения, сегодня – уже 520 при населении 2,25 млн. Есть один важный критерий – ранняя диагностика. Мы на ранних стадиях выявляем на сегодняшний день 64% онкозаболеваний. Как, наверное, и во всех южных регионах, на первом месте у нас рак кожи. Среди женщин преобладает рак молочной железы, среди мужчин – рак предстательной железы, запущенность которого пока ещё достаточно высокая. В связи с этим мы проводим различные мероприятия по профилактике, – говорит главный врач.

Проблема старения населения также отражается на заболеваемости. В результате происходит её рост. Чтобы уменьшить смертность от опухолевой патологии, важно выявлять рак на ранних стадиях и наращивать технологические возможности для эффективного лечения больных и снижения смертности.

За последние пять лет ВОНКОЦ буквально преобразился. В декабре 2020 г. в отреставрированном доме Вигеля – одном из наиболее ценных для Воронежа памятников архитектуры – была открыта новая поликлиника, которую посещают до 700 пациентов в день. Она оснащена новейшим оборудованием, приём пациентов ведут высокопрофессиональные специалисты.

Весной 2021 г. открылось новое радиологическое отделение, оснащённое двумя современными линейными ускорителями Halcyon (Varian) с высокой пропускной способностью и реализацией высокоточных методик лучевого лечения. В день на каждом аппарате радиотерапию смогут проходить до ста человек.

В декабре 2021 г. на базе онкологического центра открылся Центр амбулаторной онкологической помощи. В нём оказывается первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях, а также специализированная медицинская – в условиях дневного химиотерапевтического и хирургического стационаров. Она включает в себя мероприятия по диагностике, лечению онкологических заболеваний, диспансерному наблюдению пациентов с онкологическими заболеваниями.

В 2023 г. открылся новый хирургический корпус. Это не только современное, комфортное, удобное здание, но и новый уровень хирургических вмешательств для больных онкологического профиля, и новейшие технологии лечения, и современный уровень интенсивной терапии послеоперационных больных. Хирургический корпус рассчитан на 340 коек общей площадью около 35 тыс. м². В составе такого мощнейшего объекта имеется 14 операционных, включая одну срочную и две гибридных, отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии на 17 коек.

Операционные оснащены универсальными хирургическими столами, позволяющими выполнять любые виды хирургических вмешательств, видеоэндоскопическими 3D-стойками для лапаро- и торакоскопических операций любого уровня сложности на органах грудной клетки, брюшной полости и малого таза. Ряд операционных оснащён роботизированными системами для малоинвазивных хирургических вмешательств, современными энергетическими системами, аппаратами для радиочастотной термоабляции, высокоэргономичными машинными системами для операций на костях; хирургическим CO_2-лазером; операционным микроскопом; аппаратом для аппликационной криодеструкции. Возможность проводить гистологические исследования непосредственно во время операции позволяет в течение получаса устанавливать характеристики опухоли и объёмы хирургического вмешательства.

Сеанс лучевой терапии на линейном ускорителе

На уровне мировых стандартов

В июне этого года произошло ещё одно знаковое событие: Президент России Владимир Путин дал официальный старт работе нового радиотерапевтического корпуса онкоцентра. Это современное восьмиэтажное здание общей площадью 13,8 тыс. м², представляющее собой многофункциональный комплекс, предназначенный для оказания высокотехнологичной помощи онкологическим пациентам. Его техническое открытие состоялось в конце 2024 г.

Новый радиотерапевтический корпус отвечает всем современным стандартам диагностики и стационарного лечения онкологических заболеваний в условиях повышенной комфортности для пациентов и медицинского персонала. Чтобы понять это, достаточно побывать в нём. Здесь всё – здание, его дизайн, оснащение – является уникальным для нашей страны.

В состав корпуса входит блок дистанционной лучевой радиотерапии, оснащённый передовым оборудованием для проведения терапии с максимальной точностью и минимальным воздействием на здоровые ткани. Стационарный блок на 120 коек обеспечивает комфортное пребывание пациентов во время лечения. В его структуру входят три отделения радиотерапии на 90 коек и отделение противоопухолевой лекарственной терапии на 30 коек, позволяющие оказывать комплексную помощь пациентам с различными видами злокачественных новообразований. Отделение анестезиологии и реанимации с палатой интенсивной терапии и реанимации на шесть коек гарантирует оказание неотложной помощи и интенсивного наблюдения за пациентами в критическом состоянии. Кроме того, в корпусе расположены блок топометрической подготовки, помещения для близкофокусных рентгенотерапевтических аппаратов, блок клинических исследований, эндоскопический кабинет, клинико-диагностическая лаборатория, конференц-зал; кафедра онкологии Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н.Бурденко.

Компьютерный и магнитно-резонансный томографы содержат уникальное программное и аппаратное решение, позволяющее выполнять не только диагностические исследования, но и топометрию, необходимую для создания плана лучевой терапии. МРТ-аппарат MAGNETOM Sola1 оснащён функцией проведения предлучевой топометрии. Это первый такой аппарат в России. Он обладает плоской декой стола, которая позволяет полностью воспроизвести лечебную укладку пациента, обеспечивая максимально точное совпадение КТ- и МРТ-изображений при их совмещении. Лечебный план лучевой терапии, созданный с применением данной технологии, максимально точно подводит дозу к мишени, значительно снижая риск повреждения здоровых тканей.

Имеются два рентгенотерапевтических аппарата ТЕРАД-200 для близкофокусной лучевой терапии глубоких и поверхностных злокачественных и доброкачественных образований. В кабинете для радиомодификации проводят гипертермию с использованием инфракрасного излучения с высокой подачей энергии в более глубокие слои тканей с охватом больших зон лечения, что позволяет осуществлять непрерыв-

ный термографический контроль в режиме реального времени. Оборудование с такими возможностями в оснащении онкологических клиник в России используется впервые.

Также новый радиотерапевтический корпус оснащён самым современным линейным ускорителем электронов – TRUEBEAM с многолепестковым коллиматором MLC 120

С площадки для отдыха пациентов открывается прекрасный вид на город и водохранилище

HD, с системами синхронизации с дыхательными движениями в режиме реального времени и высокоточной радиохирургии. И это лишь часть тех уникальных возможностей, которыми теперь могут пользоваться онкологи и хирурги центра.

– Мы сегодня, используя 3D-печать индивидуально для каждого пациента, производим аппликаторы для брахитерапии. Это вид лучевой терапии, при котором источник излучения размещается непосредственно внутри или вблизи опухоли, что позволяет доставить высокую дозу радиации непосредственно в поражённую область, минимизируя воздействие на здоровые ткани. В едином комплексе брахитерапии мы сегодня имеем возможность использования как МРТ-, так и КТ-топометрии, в частности при раке пищевода, внутритканевой лучевой терапии. – рассказывает И.Мошуров.

Данная процедура проводится под наркозом, пациент перемещается из манипуляционной в кабинет КТ или МРТ на каталке с введёнными аппликаторами и затем обратно в кабинет контактной лучевой терапии для проведения сеанса облучения. В новом радиотерапевтическом корпусе найдены технологические решения: кабинеты МРТ и КТ находятся в непосредственной близости к блоку контактной лучевой терапии и соединены отдельным переходом. Предусмотрены и другие решения для обеспечения качества высокомощностной брахитерапии – это, например, специальная каталка для транспортировки пациентов в кабинеты КТ-МРТ и обратно.

Также уделено внимание и питанию пациентов, и тому, в каких условиях они находятся, ведь это тоже один из элементов выздоровления. Новый радиотерапевтический корпус обеспечивает повышенный комфорт для пациентов и медработников. Палаты здесь рассчитаны на двух-трёх человек. Есть телевизор, кондиционер, санузел, кнопка вызова медперсонала. Можно выразиться словами пациентов, которые говорят: «Это как пятизвёздочный отель».

Полный цикл онкологической помощи

Выступая на церемонии открытия радиотерапевтического корпуса ВОНКОЦ, губернатор Воронежской области подчеркнул, что более 60% медицинского оборудования в корпусе российского производства. Он отметил, что с открытием корпуса завершается формирование полного цикла помощи онкологическим пациентам, начиная от ранней диагностики и заканчивая сложнейшими операциями, к этому шли последние несколько лет, открывая новые центры и кабинеты. Благодаря этой системе удалось за последние 5 лет снизить смертность от онкологических заболеваний на 3,7%, что является результатом работы команды онкологов и реализации нацпроекта «Здравоохранение». В планах до 2027 г. – открытие отделения радионуклидной терапии в рамках нацпроекта «Продолжительная и активная жизнь».

И.Мошуров отметил, что в рамках национального проекта «Здравоохранение» онкологическая служба в регионе практически полностью переоснащена. Ввод в эксплуатацию радиотерапевтического корпуса объединил все стационары и дневной радиотерапевтический стационар в единый мощный комплекс, а оснащение современным диагностическим оборудованием позволяет пролечить более 5 тыс. пациентов в год только лучевыми методами.

Радиотерапевтическая служба Воронежской области сегодня оснащена шестью линейными ускорителями, аппаратами для рентгенотерапии, контактной лучевой терапии, оборудованием для радиомодификации с использованием поверхностной гипертермии. В центре работают высококвалифицированные специалисты, которые проходят подготовку как в ВГМУ им. Н.Н.Бурденко, в том числе и на клинической базе онкоцентра, так и в крупных федеральных центрах. Теперь они имеют возможность оказывать помощь на высоком уровне, использовать передовое оборудование и уже делают это, подчеркнул И.Мошуров.

В 2024 г. воронежская радиотерапевтическая служба признана лучшей в России, а её представитель стала лауреатом Премии им. академика А.И.Савицкого, утверждённой Ассоциацией онкологов России и Российским обществом клинической онкологии (RUSSCO). Ещё одна заслуженная победа радиотерапевтической службы – участие в премии «Оргздрав-2024». По результатам всероссийского голосования проект ВОНКОЦ по управлению гарантией качества лучевой терапии вошёл в тройку лидеров и был отмечен дипломом за второе место в номинации «Управление качеством медицинской помощи: изменение стереотипов».

Сейчас в Воронежской области создан замкнутый контур оказания медицинской помощи онкологическим пациентам, которая соответствуют мировым стандартам. Служба региона признана одной из лучших стране. Высокую оценку ей даёт и академик А.Каприн, который отмечает, что эти достижения стали результатом плодотворной совместной работы как законодательных и исполнительных органов власти Воронежской области, так и рядовых сотрудников медицинских организаций.

– Мы теперь воочию убедились в правильности выбранного нами пути – необходимости концентрации всей специализированной медицинской помощи онкологическим пациентам в рамках одного лечебного учреждения. Сегодня практически каждый пациент с солидной опухолью может получить в кратчайшие сроки весь комплекс высококвалифицированной помощи в границах единого лечебного комплекса – от диагностики до хирургического, лучевого или лекарственного лечения, реабилитации или специализированной паллиативной помощи, – говорит И.Мошуров.

Коечная мощность хирургических отделений выросла с 210 до 290 коек, следом за этим количество пациентов, получивших хирургические пособия на этих койках, увеличилось с 8225 до 9737 человек, а число выполненных операций с 7751 до 9469, при этом рост оперативных вмешательств с использованием эндоскопического оборудования составил 137%. Ближайшая цель – не менее 10 тыс. операций в год в условиях круглосуточного стационара, как считают в онкоцентре, вполне реалистична.

Первый уровень онкологической помощи в области – это 45 первичных онкологических кабинетов в районах и городских поликлиниках. Второй – шесть центров в районах области и один на базе ВОНКОЦ для жителей миллионного Воронежа и близлежащих районов. И третий уровень – сам областной научно-клинический онкологический центр, где оказываются все виды специализированной онкологической помощи, за исключением нейрохирургии, онкогематологии и детской онкологии – эти профили представлены в двух областных больницах.

Новый радиотерапевтический корпус

Не просто диспансер, а научно-клинический центр

– Буквально года три назад у нас не было торакального и урологического отделений. Сегодня, согласно приказу Минздрава России, всех этих пациентов перевели сюда в связи с тем, что у нас появились другие возможности и открылся хирургический корпус. Мы одни из первых в регионах начали проводить эндоваскулярные вмешательства онкологическим больным. Я пригласил специалиста из областной больницы, где сам работал 19 лет и прошёл путь от рядового хирурга до заместителя главного врача по хирургии. Там же работал Михаил Ольшанский – доктор медицинских наук, эндоваскулярный хирург. Он пришёл со мной сюда, и под него было открыто это отделение. Мы сегодня делаем более трёх тысяч эндоваскулярных вмешательств больным онкологического профиля, – говорит И.Мошуров.

Эта технология позволяет вводить препарат в сосуд, который непосредственно кровоснабжает опухоль или орган, а порой даже в саму опухоль, создавая максимальную концентрацию препаратов в поражённом органе. При такой селективной химиотерапии эффективность лечения значительно возрастает. Сегодня это уже рядовая процедура в ВОНКОЦ. Учитывая, что на его базе работает кафедра онкологии ВГМУ им. Н.Н.Бурденко, здесь апробируют и другие новые методы для лечения онкологических больных. Сотрудники центра плотно сотрудничают с НИИ экспериментальной биологии и медицины ВГМУ, испытывая на крысах перспективные методики лечения опухолей. Так что онкодиспансер был переименован в научно-клинический онкологический центр вполне заслуженно.

– Мы смогли увеличить коллектив почти в два раза. Когда я пришёл, здесь работали 650 человек, а сегодня у нас 1250 сотрудников. Очень много молодёжи. Сегодня средний возраст врачей в центре – 42 года, что улучшает перспективы инноваций и внедрения новых методик, – рассказывает главный врач. – Более 170 студентов занимаются в нашем научном кружке. У нас подготовлены олимпийские команды по онкологии, которые занимают призовые места на российском и международном уровнях. Я издал приказ о доплатах опытным онкологам как наставникам молодых ребят, которые приходят к нам в онкоцентр.

А.Каприн не реже одного раза в год приезжает в ВОНКОЦ. У него хороший контакт с А.Гусевым, при активной поддержке которого модернизируется центр. На встречах с губернатором и главным онкологом намечаются планы по развитию онкологической службы, которые затем воплощаются в жизнь. В числе важнейших задач на будущее – развитие радионуклидной терапии на базе онкоцентра (радионуклидная диагностика здесь уже успешно применяется). В следующем году планируется подготовить помещения для индивидуального пребывания пациентов, а также изолированные отстойники канализации для применения этого современного метода терапии в онкологии.

– Хотел бы отметить доброе отношение к нам со стороны национальных медицинских исследовательских центров. Мы часто пользуемся консультациями ведущих специалистов федеральных НМИЦ, они нам с удовольствием приходят на помощь во многих сложных случаях. Работаем, что называется, в одной связке, – говорит главный врач.

Сейчас И.Мошуров баллотируется на должность ректора ВГМУ им. Н.Н.Бурденко.

– Меня приглашал к себе министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко, я ему изложил свою программу развития университета. Планирую развивать его по пяти направлениям. Образовательная деятельность – основная, научная инновационная деятельность – это путь от идеи до серийного производства препарата или аппарата. Лечебная деятельность – в основном кафедры находятся на базе лечебных учреждений, и сотрудник кафедры должен стоять на две головы выше любого рядового врача, потому что он преподаёт, внедряет инновации, на него должны равняться. Другие ключевые направления – воспитательная работа и международная деятельность, – говорит И.Мошуров.

По его словам, инфраструктуру университета надо расширять, в вузе не хватает лекционных залов, ему нужна своя клиника, ведь в ВГМУ сегодня имеются только две университетские клиники – стоматологическая и детская. Сегодня есть возможность создать университетскую клинику на базе первой детской больницы.

– Образовательная деятельность сегодня проходит с участием искусственного интеллекта, его уже применяют и в некоторых направлениях лечебной деятельности. Необходимо готовить студента, который завтра придёт работать на современном оборудовании и должен уметь использовать искусственный интеллект. Считаю, что нужно создать в университете кластеры как по онкологии, так и по другим направлениям – педиатрическому, стоматологическому, терапевтическому и хирургическому. В нашей областной больнице для этого есть и инфраструктура, и мощнейшая хирургическая школа. В идеале нам нужен новый лекционный корпус университета. Дистанционные методы образования не заменят живого общения с преподавателями. Это обязательное для студентов обучение культуре врачевания. Я хорошо помню своих профессоров в вузе – настоящих интеллигентов, – говорит И.Мошуров.

Что же касается областного онкоцентра, то его модернизация будет продолжена – реализуются мероприятия очередного этапа региональной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями». И руководство Воронежской области, и врачи делают всё возможное, чтобы пациенты понимали: тяжёлая болезнь – это не приговор. С каждым годом уменьшается потребность в направлении жителей Воронежской области в специализированные федеральные клиники даже на уникальные методы лечения. Практически любая онкологическая помощь может быть оказана в столице Черноземья.

Алексей ПАПЫРИН,
главный редактор
«Медицинской газеты».

Фото автора
и Анатолия СЕРЕДЫ.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 25 (2475)

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у взрослых

(Окончание. Начало в № 34 от 27.08.2025.)

Рекомендуется оксигенотерапия при развитии осложнений острой респираторной вирусной инфекции в виде поражения лёгких с дыхательной недостаточностью. УУР С (УДД – 5).

Комментарии: при появлении признаков дыхательной недостаточности (SpO_2 < 92%) необходимо обеспечить ингаляцию кислорода через носовые катетеры или лицевые маски. В зависимости от клинической ситуации (степень гипоксемии, ответ на кислородотерапию) используются различные системы для доставки кислорода в дыхательных путях пациента: носовые канюли (позволяют создавать кислородно-воздушную смесь с FiO_2 до 24-40%); стандартная лицевая маска (FiO_2 35-50%) или использование аппаратов для высокопоточной оксигенации (ВПО). Начинают со средней скорости потока (5-7 л/мин), при необходимости увеличивая до 10 л/мин, чтобы обеспечить приемлемый уровень оксигенации крови (PaO_2 более 60 мм рт. ст., SpO_2 выше 90%).

Прочие препараты. Рекомендуется назначение гастропротектора омепразола с целью протективного действия на слизистую пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне приёма различных препаратов, в том числе нестероидных противовоспалительных средств. УУР С (УДД – 5).

Комментарии: рекомендованная доза: 20 мг омепразола 1 раз в день.

Рекомендуется назначение A07FA противодиарейных микроорганизмов (пробиотиков) пациентам с ОРВИ, имеющим заболевания желудочно-кишечного тракта, функциональные гастроинтестинальные расстройства, кожные заболевания, при длительном применении антибактериальной терапии (более 7 дней), в том числе в недавнем анамнезе (в течение 1-2 предшествующих месяцев) для профилактики бактериальных осложнений и постинфекционных функциональных гастроинтестинальных нарушений, антибиотик-ассоциированного синдрома, повышению приверженности пациента антибиотикотерапии, снижению риска развития антибиотикорезистентности, защите и восстановлению кишечной микробиоты. УУР В (УДД – 2).

Комментарии: пробиотики назначаются в составе комплексной терапии в ранние сроки ОРВИ. Допускается применение препаратов, регулирующих равновесие кишечной микрофлоры (пробиотиков) в сочетании с противовирусными, антибактериальными препаратами или другими патогенетическими средствами.

– Пробиотик из бифидобактерий бифидум однокомпонентный сорбированный (по 2-3 капсулы или 2-3 пакетика 2 раза в день в течение 7-10 дней).

– Бифидобактерии бифидум + лактобактерии плантарум (по 1 капсуле или пакету) 3 раза в сут. Курс – 5-10 дней.

– Препарат линекс форте (комбинация Lactobacillus acidophilus (LA-5) и Bifidobacterium animalis subsp. lactis (BB-12) 1-3 капсулы в день в зависимости от тяжести симптомов.

– Бифидобактерии лонгум + энтерококкус фециум (2-3 капсулы в сутки 10-21 день).

– Сахаромицеты буларди (по 1-2 капс. два раза в день во время применения антибиотика).

Хирургическое лечение. Не проводится.

Медицинская реабилитация. Рекомендуется начинать реабилитационные мероприятия в периоде ранней реконвалесценции. УУР С (УДД – 5).

Рекомендуется пациентам с синдромом вирусной и поствирусной астении вне зависимости от степени тяжести, формы инфекционного процесса и периода болезни назначение АТХ: A13A общетонизирующих препаратов с противоастенической целью. УУР С (УДД – 5).

Комментарии: оксиэтиламмония метилфеноксиацетат обладает одновременно иммуномодулирующим и адаптогенным свойствами. Перорально в первый день 3 таблетки (600 мг) в сут., в последующие 7 дней по 1 таблетке (200 мг). Всего на курс 10 таблеток (суммарная доза 2000 мг), длительность курса 8 дней.

Рекомендуется комплексный характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия, исходя из преобладающих симптомов и синдромов. УУР С (УДД – 5).

Рекомендуется соблюдать последовательность и преемственность проводимых мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации. УУР С (УДД – 5).

Рекомендуется адекватность реабилитационных и восстановительных мероприятий и воздействия на адаптационные и резервные возможности пациента. УУР С (УДД – 5).

Комментарии: важны постепенность возрастания дозированных физических и умственных нагрузок, а также дифференцированное применение различных методов воздействия.

Рекомендуется постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий. УУР С (УДД – 5).

Комментарии: учитываются скорость и степень восстановления функционального состояния и профессионально-значимых функций, переболевших (косвенными и прямыми методами).

Профилактика и диспансерное наблюдение

Специфическая профилактика. Специфическая вакцинопрофилактика острых респираторных вирусных инфекций не разработана.

Неспецифическая профилактика. Рекомендовано выявление больных или лиц с подозрением на заболевания ОРВИ среди контактных. УУР С (УДД – 5).

Комментарии: больного изолируют в домашних условиях, при необходимости в условиях стационара в отдельном боксе до полного клинического выздоровления (в среднем на 1-2 недели). После клинического выздоровления пациент допускается к работе. Мероприятия в очаге не проводятся. Необходимо обеспечение больного отдельной посудой, предметами ухода. Карантинно-изоляционные мероприятия в отношении контактных лиц не организовываются.

Рекомендовано соблюдение масочного режима, со сменой масок каждые 3-4 часа работы, при работе с больными ОРВИ. УУР С (УДД – 5).

Рекомендована организация санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, предусматривающих обязательное обеззараживание посуды, воздуха и поверхностей в помещениях с использованием эффективных при вирусных инфекциях дезинфицирующих средств и методов, разрешённых к применению, а также текущая влажная уборка и проветривание помещений. УУР С (УДД – 5).

Рекомендовано проведение химиопрофилактики лицам при наличии в анамнезе контакта с больным ОРВИ с целью немедленного противовирусного действия и с целью повышения резистентности организма. УУР С (УДД – 5).

Комментарии: неспецифическая профилактика подразделяется на два варианта: экстренную, рассчитанную на немедленное противовирусное действие химиопрепаратов, интерферонов, индукторов интерферона (внутриочаговая и внеочаговая (плановая) и сезонная профилактика, проводимая в предэпидемический период с целью повышения резистентности организма человека к респираторным вирусам во время максимальной вероятности заболевания. Внутриочаговую профилактику проводят среди лиц, находившихся в непосредственном контакте с больными, в семьях, квартирах, больничных палатах (эпидемических очагах). Продолжительность внутриочаговой профилактики колеблется от 2 дней при прекращении контакта с источником инфекции до 5-7 дней, если контакт сохраняется. Внеочаговую профилактику проводят среди контингентов с повышенным риском заражения ОРВИ и с высоким риском неблагоприятных исходов заболевания.

Рекомендовано избирательное использование препаратов прямого противовирусного действия у лиц после контакта с больным ОРВИ или в эпидемический сезон с целью экстренной и плановой химиопрофилактики. УУР С (УДД – 5).

Рекомендовано использование умифеновира контактным лицам с целью химиопрофилактики:

– для постконтактной профилактики – 200 мг/сут, в течение 10-14 дней;

– для сезонной профилактики – 200 мг 2 раза в неделю, курс – 3 недели. УУР В (УДД – 3).

Рекомендовано использование оксодигидроакридинилацетата натрия контактным лицам с целью химиопрофилактики:

– разовая профилактическая доза составляет 250 мг (1 ампула) или 4-6 мг на кг массы тела. При длительном применении рекомендуемый интервал между введениями 3-7 суток. УУР С (УДД – 4).

Рекомендовано использование препаратов интерферона контактным лицам с целью химиопрофилактики:

– интерферон альфа-2b (лиофилизат для приготовления назального введения) – содержимое растворяют в 5 мл воды для инъекций, интраназально по 3 капли в каждый носовой ход 2 раза в сут., в течение 5-7 дней. При однократном контакте достаточно одного закапывания. При необходимости профилактические курсы повторяют. При сезонном повышении заболеваемости в указанной дозе, утром 1-2 дня;

– интерферон гамма человеческий рекомбинантный (лиофилизат для приготовления назального введения) – содержимое растворяют в 5 мл воды для инъекций, интраназально по 2-3 капли в каждый носовой ход за 30 мин до завтрака в течение 10 дней. При необходимости профилактические курсы повторяют. УУР В (УДД – 3).

Рекомендовано использование препаратов – индукторов интерферонов контактным лицам с целью химиопрофилактики в период подъёма заболеваемости ОРВИ:

– меглюмина акридонацетат (экстренная и сезонная профилактика). Для постконтактной профилактики гриппа и ОРВИ при непосредственном контакте (не более 3 дней назад) с больными гриппом или ОРВИ препарат принимают по 4 таблетки (600 мг) в сутки на 1, 2, 4, 6 и 8-е сутки (курс – 20 таблеток).

– оксиэтиламмония метилфеноксиацетат – по 1 таблетке (200 мг) в сутки после еды. Всего на курс 14 таблеток (суммарная доза 2800 мг), длительность курса 14 дней;

– азоксимера бромид (экстренная и сезонная) таблетки: по 1 таблетке в день в течение 10 дней, раствор: интраназально или сублингвально по 6 мг в сутки, суточная доза препарата (6 мг) вводится за 2-3 приёма в сут., суппозитории: суппозитории по 12 мг 1 раз в сут. ежедневно. Курс применения – 10 суппозиториев.

– тилорон – 125 мг 1 раз в неделю в течение 6 недель, курсовая доза составляет 750 мг. УУР С (УДД – 5).

Рекомендовано применение лизатов бактерий (Haemophilus influenzae + Klebsiella ozaenae+Klebsiella pneumoniae+Moraxella catarrhalis + Staphylococcus aureus + Streptococcus pneumoniae + Streptococcus pyogenes+Streptococcus viridans) пациентам вне зависимости от сезона по заболеваемости ОРВИ, проживающим в экологически неблагоприятных условиях и подвергающимся постоянному воздействию негативных факторов среды; пациентам с хроническими заболеваниями дыхательных путей и глотки (хронический бронхит / хроническая обструктивная болезнь лёгких, бронхиальная астма, хронический риносинусит, хронический тонзиллит и др.) для профилактики рецидивирующей респираторной инфекции и вторичной бактериальной инфекции. УУР А (УДД – 2).

Комментарии: у пациентов с хроническими респираторными заболеваниями применение лизатов бактерий (Haemophilus influenzae + Klebsiella ozaenae+Klebsiella pneumoniae + Moraxella catarrhalis + Staphylococcus aureus + Streptococcus pneumoniae+Streptococcus pyogenes+Streptococcus viridans) снижает количество эпизодов острых респираторных инфекций и обострений хронического заболевания, а также потребности в антибактериальной терапии. Назначается тремя курсами по 10 дней, интервал между курсами 20 дней.

Рекомендовано применение противовирусного биологического лекарственного препарата анаферон (антитела к гамма-интерферону человека аффинно очищенные – 10 000 ЕМД) с целью профилактики контактных лиц в период подъёма заболеваемости ОРВИ. УУР В (УДД – 2).

Комментарии: экспериментально и клинически установлена эффективность в отношении вирусов гриппа А и В, парагриппа, риновируса, респираторно-синцитиального вируса, аденовируса, сезонных штаммов коронавирусов, метапневмовируса, вирусов простого герпеса 1-го и 2-го типов (герпес губ, генитальный герпес). С профилактической целью препарат принимают по 1 таблетке 1 раз в день в течение 1-3 месяцев. Противопоказан при повышенной индивидуальной чувствительности к компонентам препарата, дефиците лактазы, наследственной непереносимости галактозы, глюкозо-галактозной мальабсорбции. Безопасность применения препарата у беременных и в период лактации не изучалась. При необходимости препарат можно сочетать с другими противовирусными, антибактериальными и симптоматическими средствами.

Рекомендован приём A11CC05 – колекальциферола взрослому населению в предэпидемический и эпидемический периоды ОРВИ длительно в качестве средства неспецифической профилактики при развитии тяжёлых форм ОРВИ. УУР А (УДД – 1).

Комментарии: низкий уровень витамина D связан с увеличением частоты сезонных респираторных инфекции и ухудшением показателей функции лёгких у взрослых. Приём от 6 месяцев до года, лицам без ожирения (ИМТ < 30 кг/м^2) в дозе 2000 МЕ/сут. или 10 000 МЕ/неделю, а при наличии ожирения (ИМТ > 30 кг/м^2) в более высоких дозах от 3000 МЕ/сут. до 6000 МЕ/сут. Длительный приём A11CC05 – колекальциферола связан с необходимостью поддерживать его целевой уровень (30-60 нг/мл) на протяжении всего года.

Диспансерное наблюдение. Рекомендовано диспансерное наблюдение у терапевта при развитии осложнений. УУР С (УДД – 5).

Комментарий: медицинские услуги при амбулаторном наблюдении для лечения (при необходимости) заболевания, оценки состояния и контроля за лечением.

Рекомендовано диспансерное наблюдение (диспансерный приём (осмотр) инфекциониста) в кабинете инфекционных заболеваний поликлиники при аденовирусной инфекции. УУР С (УДД – 5).

После выписки в течение 1 месяца рекомендовано воздержаться от профилактических прививок, кроме (при наличии показаний) анатоксина столбнячного и вакцины для профилактики бешенства. УУР С (УДД – 5).

Организация оказания медицинской помощи. На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы: возраст пациента; характер сопутствующих заболеваний; клиническая форма болезни; характер течения болезни (динамики нарастания симптомов); тяжесть заболевания; наличие и характер осложнений.

Рекомендуется до принятия решения о тактике ведения больного ОРВИ установить дефиницию случая ОРВИ у больного: неосложнённое течение или осложнённое течение. УУР С (УДД – 5).

Рекомендовано лечение в амбулаторных условиях пациентов с лёгкой и среднетяжёлой формой ОРВИ. В случае безуспешности проводимого лечения или невозможности его проведения в амбулаторных условиях рассматривается вопрос о госпитализации в стационар. УУР С (УДД – 5).

Рекомендована госпитализация в медицинскую организацию пациентов: с тяжёлым, среднетяжёлым и осложнённым течением ОРВИ, пациентов групп риска, а также по эпидемическим показаниям, в том числе и с лёгким течением болезни (проживающих в общежитиях и в условиях неблагоприятных факторов жилой среды). УУР С (УДД – 5).

Рекомендована срочная госпитализация больного ОРВИ в стационар при наличии следующих критериев: тахипноэ более 24 дыханий в минуту; гипоксемия (SpO_2 < 95%); наличие очаговых изменений на рентгенограмме грудной клетки. УУР С (УДД – 5).

Рекомендован перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии при наличии следующих критериев: клиническая картина быстро прогрессирующей острой дыхательной недостаточности (ЧД > 30 в мин, SpO_2 < 90%, АДсист. < 90 мм рт.ст.); другая органная недостаточность (острая почечная недостаточность). УУР С (УДД – 5).

Рекомендуется срочно пересмотреть схемы ведения больного ОРВИ при появлении признаков (симптомов) прогрессирующего течения болезни. УУР С (УДД – 5).

Комментарии: 1) при симптомах, свидетельствующих об ухудшении снабжения организма кислородом или сердечно-лёгочной недостаточности (одышка при движении или в состоянии покоя), затруднённое дыхание, синюшность, кровянистая или окрашенная мокрота, боль в груди, гипотония; гипоксия, определяемая по показаниям пульсоксиметра); при симптомах, свидетельствующих об осложнениях со стороны ЦНС (изменённое психическое состояние, бессознательное состояние, сонливость или трудности с пробуждением и периодические или постоянные конвульсии (судороги), спутанность сознания, сильная слабость или паралич); 2) при подтверждении вторичной бактериальной инфекции, основанное на результатах лабораторных исследований или клинических признаках (например, сохранение постоянной высокой температуры тела и других симптомов более 3 дней); 3) при появлении тяжёлого обезвоживания, проявляющегося в пониженной активности, головокружении, сниженном диурезе и вялости.

Рекомендована выписка пациента из медицинской организации при: стойком улучшении клинической картины, нормализации температуры тела, купировании респираторно-катарального синдрома. нормальных показателях общего анализа крови. УУР С (УДД – 5).

Разработчики клинических рекомендаций
Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням им. В.И.Покровского и Российское научное медицинское общество терапевтов.

В медицинских вузах страны

Вступая в новый учебный год

Сфера ИТ – студентам-медикам

Читинская ГМА. Забайкальский государственный университет и Читинская государственная медицинская академия заключили соглашение о долгосрочном научно-образовательном партнёрстве в области информационных технологий. Документ подписали ректор ЗабГУ Оксана Мартыненко и исполняющая обязанности ректора ЧГМА Наталья Ларёва.

В рамках соглашения читинские вузы объединят усилия в реализации совместных научных проектов в области искусственного интеллекта, аналитики данных и машинного зрения в медицине. Совместные исследования будут сосредоточены на тематике аддитивных технологий в протезировании, развитии телемедицины и мобильного здравоохранения.

– Современной медицине остро необходимы специалисты с цифровыми компетенциями. Забайкальский государственный университет в рамках проекта «Цифровая кафедра» приступит к обучению наших студентов основам искусственного интеллекта – важнейшего инструмента в проведении медицинских исследований. Такое сотрудничество позволит будущим медикам овладеть технологией, без которой уже сложно представить современную медицину, а также разрабатывать практические решения, востребованные в повседневной врачебной деятельности, – уточнила Н.Ларёва.

Уже с этого года вузы запустили сетевую программу «Адаптивная физическая культура и реабилитация». По завершении обучения выпускники получат два документа об образовании: диплом о высшем образовании по направлению «Адаптивная физическая культура» ЗабГУ и диплом о профессиональной переподготовке «Физическая реабилитация» ЧГМА.

В рамках соглашения студенты ЧГМА смогут обучаться на цифровой кафедре ЗабГУ, в планах у партнёров наращивать сотрудничество в подготовке специалистов для медицинской сферы.

– Необходимость в таком соглашении назревала давно. Мы уже ведём разработки в области применения ИТ в здравоохранении: от систем поддержки принятия врачебных решений на основе ИИ до аналитики медицинских данных. Одним из успешных примеров такого взаимодействия стал хакатон «Цифровое решение», проведённый при поддержке Сбера. В ходе мероприятия студенты ИТ- и медицинских направлений совместно разработали ряд решений, которые уже находят практическое применение – от систем электронной записи к врачу до сервисов получения результатов лабораторных анализов. Кроме того, сотрудничество с ЧГМА позволило нам совместно создать и запустить новую программу подготовки специалистов по физической реабилитации, которые очень нужны уже сегодня, – подчеркнула О.Мартыненко.

По семи медицинским направлениям

Кировский ГМУ. На базе Белорусского государственного медицинского университета успешно прошли Летние научно-образовательные школы по семи медицинским направлениям. Более 80 студентов из ведущих медицинских вузов России и Беларуси приняли участие в их работе. Программа школ была основана на практико-ориентированном подходе.

Летние научно-образовательные школы по семи направлениям в Беларуси

Кировский ГМУ был представлен студентами лечебного факультета 4-го курса Мариной Беляцкой (направление «Современная эндокринология») и Гарри Михайловым (направление «Ревматология»).

– После каждой лекции мы имели возможность осмотреть пациента с соответствующим заболеванием, провести опрос и физикальное обследование, а затем совместно с преподавателем разработать тактику лечения. Такой подход позволил не только получать теоретические знания, но и сразу применять их на практике. А общение с коллегами из разных вузов сделало обучение ещё более увлекательным, – рассказал Г.Михайлов.

– Это был невероятно полезный опыт, который углубил мои знания в области эндокринологии. Летняя школа вдохновила на дальнейшее развитие в области медицины. Отдельное спасибо хочется сказать организаторам, которые проявили искреннюю заботу о каждом участнике и предоставили возможность познакомиться с культурными традициями Беларуси, – отметила М.Беляцкая.

На выпускном вечере с напутственной речью к российским студентам обратился ректор, профессор, доктор медицинских наук Сергей Рубникович, который отметил высокий уровень их подготовки и пожелал дальнейшего профессионального совершенствования.

На выезд

Тульский ГМУ. Волонтёры-медики совместно с Тульским областным центром профилактики и реабилитации им. Я.С.Стечкина в рамках проекта «Добро в село» провели выездную диспансеризацию в ФАП посёлка Краснолесский Узловского района.

«Проект «Добро в село» – это комплексная инициатива, направленная на обеспечение доступности качественной медицинской помощи для жителей отдалённых и сельских территорий Тульской области. Он помогает повысить уровень осведомлённости населения о профилактике заболеваний, выявить факторы риска и своевременно диагностировать болезни на ранних стадиях», – отметили в сообществе тульских волонтёров-медиков.

Учащиеся осуществляли обход на дому маломобильных пациентов совместно с фельдшером, оказывая им необходимую помощь. Кроме того, волонтёры принимали непосредственное участие в анкетировании и сопровождении пациентов к специалисту на территории ФАПа, оказывая необходимую поддержку всем, кто в ней нуждался.

«Вместе мы делаем медицину ближе! Здоровье каждого жителя Тульской области – наш приоритет», – сказали участники проекта.

«Байкал»: эмоции во благо науки!

Иркутский ГМУ. Студенты Екатерина Баянова, Алина Кишинская, Марина Доржиева, Яна Самарина, Андрей Буянов и Александра Рогожникова побывали на международном молодёжном форуме «Байкал», цель которого – развитие компетенции успешного молодого человека, включая сферы его жизни и деятельности, прежде всего взаимодействие с природой и обществом, личностной и профессиональной самореализации молодых людей, формирование коммуникативной среды и условий поддержки молодёжных инициатив.

– Я в восторге! Именно эти слова приходят на ум, когда я рассказываю про форум «Байкал». Каждая прожитая минута в рамках этого мероприятия была продуктивна и эффективна: бесконечный поток действительно полезной информации, интересные знакомства, вдохновляющие лекции от топ-спикеров России, среди которых Виктор Волошин, Роман Костомаров, Татьяна Мужицкая и Николай Валуев. Форум «Байкал» – это отличная возможность посмотреть на привычные вещи под другим углом, узнать себя с новой стороны, ещё ближе познакомиться с Иркутской областью и теми возможностями, которые она даёт своим жителям и гостям. Если вы хотите найти мотивацию, узнать о новых профессиональных возможностях и познакомиться с интересными и разносторонними людьми, то вам точно сюда! – поделилась своими впечатлениями Е.Баянова.

А вот Яна Самарина победила в конкурсе Росмолодёжи: её проект «Медицинский слэм – Биомёд», который поддержали эксперты, потянул на 57 тыс. руб.

Домодедово приглашает

Северо-Осетинская ГМА (Владикавказ). Партнёрская сеть Домодедовской больницы (Московская область), привлекающая новые кадры из учебных заведений, неуклонно расширяется. В рамках поиска главный врач медучреждения Андрей Осипов побывал в Северо-Осетинской государственной медицинской академии, где встретился с ректором, профессором, доктором медицинских наук Олегом Ремизовым.

Результатом встречи стало заключение договора о подготовке врачебных кадров и среднего медперсонала для работы в подмосковной больнице. По информации министерства здравоохранения Московской области, соглашение предусматривает выделение целевых мест как для программ специалитета, так и для клинической ординатуры, а по окончании вуза молодым специалистам гарантировано жильё.

И уже этим летом больница в Домодедове стала площадкой для студентов 4-5 курсов СОГМА в ходе прохождения практики.

Тульские волонтёры-медики на выезде в ФАПе

Акватория Баренцева моря

Северо-Западный ГМУ им. И.И.Мечникова (Санкт-Петербург). В июле учёные 16 российских вузов отправились на научно-исследовательском судне «Профессор Молчанов» в экспедицию по программе «Арктический плавучий университет», где под руководством наставников студенты и специалисты из образовательных и научных организаций нашей страны исследовали акваторию Баренцева моря, работая на суше и высаживаясь на севере Новой Земли и островах Земли Франца-Иосифа. СЗГМУ им. И.И.Мечникова представлял доктор медицинских наук, профессор кафедры эпидемиологии, паразитологии и дезинфектологии Артемий Гончаров.

Артемий Евгеньевич – участник одиннадцати экспедиций в Арктику и Антарктику, в том числе по программе «Арктический плавучий университет». Также совместно со специалистами кафедры эпидемиологии, паразитологии и дезинфектологии СЗГМУ А.Е.Гончаров является соавтором разработки нового антимикробного препарата, созданного на основе антарктических бактерий, которые были получены в рамках 63-й Российской антарктической экспедиции.

По словам профессора, в ходе экспедиции микробиологи планировали усовершенствовать метод выделения и увеличения концентрации вирусов из проб, взятых в арктических озёрах. Полученный концентрат вирусов исследован разными способами, включая метагеномный анализ, – этот метод позволяет изучать генетический состав пробы в целом, без необходимости выращивания отдельных микроорганизмов в лабораторных условиях.

А.Гончаров отметил, что появились российские разработки для концентрирования вирусов и выразил уверенность в возможности их применения в полевых условиях:

– Если нашу заявку поддержат, то мы надеемся в следующий полевой сезон, который будет зимой этого года, поработать с микробиотой на озере Ширмахера (озеро Западное в оазисе Ширмахера) в Восточной Антарктиде. И также, возможно, на озёрах массива Вольтат, которые находятся ещё более континентально, то есть к югу от Оазиса Ширмахера, к югу от российской полярной станции «Новолазаревская».

На учёбу в столицу!

Смоленский ГМУ. Фонд «СПИД.ЦЕНТР» приглашает студентов-медиков, ординаторов и практикующих врачей на интенсив «Школа молодого врача». Обучение пройдёт в рамках проекта «Навстречу пациенту», который реализуется при поддержке грантов мэра Москвы для социально ориентированных НКО комитета общественных связей и молодёжной политики столицы.

Это недельный интенсив, в ходе которого студенты-ординаторы и практикующие врачи разных специальностей узнают о последних данных по эпидемиологии ВИЧ от ведущих российских специалистов, познакомятся и пообщаются с людьми, живущими с ВИЧ, а также представителями ключевых групп профилактики, услышат их истории.

Даты обучения: первый поток – с 15 по 21 сентября; второй поток – с 3 по 9 ноября.

Обучение в Москве, участие и обеды в течение дня занятий – бесплатно. Дорога и проживание оплачиваются участниками самостоятельно.

Отбор проводится на конкурсной основе: нужно прислать мотивационное письмо и резюме. Принимаются заявки от участников старше 18 лет.

Против СПИДа – всем медицинским миром!

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

Точка зрения

Репутационные механизмы зашевелились

Доктор биологических наук, член Европейской академии, профессор, вице-президент по биомедицинским исследованиям и директор Центра молекулярной и клеточной биологии Сколковского института науки и технологий (Сколтех) Михаил ГЕЛЬФАНД известен своей бескомпромиссной гражданской позицией: заместитель главного редактора издания «Троицкий вариант – наука», бывший член Общественного совета при Министерстве образования и науки РФ. Обозреватель «МГ» Болеслав ЛИХТЕРМАН встретился с ним в здании «Сколтеха» в небольшом кабинете без таблички и с голыми стенами. Рядом со столом на тумбочке лежит бубен, в который профессор ударяет, чтобы прервать кофе-брейк на конференции по биоинформатике, а на столе, кроме ноутбука, можно увидеть деревянные прищепки, которыми крепятся в фойе постеры участников.

Теория и практика

– Михаил Сергеевич, что входит в круг ваших обязанностей как директора Центра молекулярной и клеточной биологии «Сколтеха»?

– Как у любого университетского администратора – балансирование бюджета, всякая бюрократическая работа, ну и поддержание общего порядка.

Основное, что я делаю, – это фундаментальная наука, в основном не человеческая, а на каких-то других организмах. Что касается медицины, моя группа анализирует микробиоту при разных состояниях, скажем, сейчас начинается проект с центром им. А.С.Логинова: будем смотреть, как изменяется кишечный микробиом людей, которые принимают гормоны.

А вообще в «Сколтехе» довольно много занимаются медицинскими задачами, но лучше об этом разговаривать с соответствующими профессорами. Например, в нейроцентре давно изучают интерфейсы мозг-компьютер, а сейчас это почему-то стало очень актуально: управляемые протезы и т.д. Профессор Сухоруков занимается новыми материалами, в том числе для доставки лекарств. Есть группа профессора Николаева, исследующая белки с помощью масс-спектрометрии, у них есть диагностические панели для выявления маркёрных белков для разных патологий. Профессор Хайтович сначала занимался транскриптомикой мозга человека и других приматов, потом перешёл к липидомике, то есть стал исследовать содержание липидов в мозге, а затем сравнивать здоровых людей с больными. Конечно, у живого человека мозг на исследование не возьмёшь, но они после первых работ перешли к изучению липидов в крови: оказывается, есть такие, по содержанию которых можно довольно точно предсказывать психические расстройства. Ещё у нас много занимаются анализом медицинских изображений.

– Вы искусственный интеллект имеете в виду?

– Да, нейросети. Дальше какие-то уже более научные задачи, но тоже потенциально применимые. Например, смотрят, как работают цитохромы. Это, скорее, физика белка, которая, в перспективе, позволит понять фармакодинамику и фармакокинетику лекарств. Есть очень сильная группа, которая занимается изучением взаимодействия бактерий и фагов. Они смотрят в основном бактериальный иммунитет и, соответственно, фаговые системы его пробоя, так сказать антииммунитет. Если когда-то это дело дойдёт до фаговой терапии, то это будет актуально.

– По-моему, фаги давно применяются в медицине.

– Разговоров про это много, но клинических испытаний до сих пор вроде бы не было, никаких ярких результатов не видно.

Есть группа, которая занимается поиском антибиотиков. Они сделали систему для быстрого скрининга механизма действия антибиотика, то есть они не просто говорят, что что-то убивает бактерии, а целенаправленно находят антибиотики, которые действуют на рибосому, на аппарат трансляции. В соседней комнате сидит профессор Сергеев, у которого есть уникальный биобанк образцов всяких биологических жидкостей мальчиков до окончания пубертата. И вот с этим можно очень много всего интересного делать: сразу смотреть и транскриптомику, и метаболомику, причём во время быстрых изменений, что всегда самое интересное.

На первом месте – образование

– А ваша роль как вице-президента «Сколтеха» по биомедицинским исследованиям в чём состоит?

– Прежде всего в координации учебной деятельности, потому что программа у нас одна, а биологических центров и лабораторий несколько, и это действительно надо как-то увязывать.

– Извините, учебная программа для кого?

– «Сколтех» – это университет. Учим аспирантов и магистрантов.

Я считаю, что если мы университет, то на первом месте – образование. В отличие от академических институтов, у нас есть и аспирантские курсы: аспирант сам их выбирает, но какое-то обучение по специальности он должен пройти. У магистрантов, кстати, тоже очень свободный учебный план.

А для того, чтобы было хорошее современное биологическое образование, должна быть соответствующая наука. Классных биологов могут готовить только классные биологи. А из хорошей науки неминуемо вытекают неплохие приложения. Это такой закон природы.

– А бакалавров вы учите?

– Они сейчас начинают появляться. Есть совместный бакалавриат с Высшей школой экономики по нейробиологии, и мы обсуждаем совместные бакалавриаты с другими университетами, в частности, по биоинформатике, точнее, как раз по применению методов искусственного интеллекта в биологии.

– Есть ли у вас партнёрство с медицинскими вузами?

– В новом учебном году некоторые наши курсы включены в учебные планы части студентов Пироговского университета. Профессор Дмитрий Чудаков давно читает иммунологию и для наших магистрантов, и для своих студентов в РНИМУ им. Н.И.Пирогова, ко мне сейчас на биоинформатику придёт оттуда несколько студентов, на курс статистики они тоже будут ходить.

Мы совместно с Международным медицинским кластером пытаемся делать курсы повышения квалификации для врачей. Вера Рыбко, тоже наш профессор, читала им курс лекций по молекулярной онкологии. И он очень был успешный, получили много хороших отзывов. Проблема в том, чтобы врачам не приходилось платить из своего кармана, чтобы это шло в рамках дополнительного образования. Пока не очень получается. А это нужно на самом деле. Мы могли бы читать иммунологию, не прикладную, а молекулярные механизмы, там сейчас большой прогресс; современную медицинскую генетику, не для специалистов – они её и так должны знать, а для более широкого круга. То, что нужно всем, я просто вижу, – это статистика. Потому что даже в хороших медицинских диссертациях уровень статистической обработки материала часто довольно низкий, и врачи, которые пытаются заниматься наукой, сами это осознают.

– Есть ли какие-то гранты на упомянутые вами курсы повышения квалификации для врачей?

– К сожалению, нет. Молекулярную онкологию мы несколько раз читали, но фактически это было просто волонтёрство.

– Но науку вы, наверное, по грантам делаете?

– В основном по грантам, прикладные задачи делаются по контрактам с компаниями, и время от времени бывают государственные контракты. Исследовательская работа магистрантов и аспирантов частично поддерживается из бюджета «Сколтеха» – есть программа грантов на использование ресурсов центров коллективного пользования. Они относительно небольшие, но, скажем, можно секвенировать транскриптомы или метагеномы для дальнейшего анализа. Это полезно ещё и потому, что заодно студенты учатся писать гранты.

– Заказывают ли исследования медицинские учреждения?

– Я не помню и, честно говоря, не уверен, что такое вообще бывает на свете – чтобы больница заказала исследование. Но есть венчурный исследовательский фонд «Медтех», созданный Московской мэрией для того, чтобы финансировать биомедицинские разработки.

– Международное сотрудничество у вас как-то развивается?

– Это очень своевременный вопрос. Сколтех изначально был заточен на международное сотрудничество. Он создавался как международный университет. Например, преподавание на английском языке ведётся.

– Но ведь обучающиеся в основном из России?

– Не только. Сейчас у нас где-то 15% иностранных студентов. Было много иностранных профессоров. Некоторые до сих пор остались, в агроцентре есть два профессора из Индии и, кажется, из Египта. В этом году у меня будут китайский и сирийский аспиранты. Несколько лет назад был замечательный магистрант из Уганды. Каждая программа ежегодно выбирает лучшую дипломную работу, и его диплом был признан лучшим. Не у меня был парень из Зимбабве, тоже отличный. Он здесь окончил магистратуру и аспирантуру, защитился и уже пару лет работает в МГУ.

– Но это всё страны третьего мира…

– До исторического перелома у нас были студенты из Европы и Америки, теперь их нет. «Сколтех» находится под санкциями, многие журналы не принимают статьи с нашей аффилиацией. На самом деле глупость, по большому счёту, потому что вот чего здесь не было, так это военки. В университете, где 20% профессоров были иностранцами, странно вести какие-то секретные разработки. Поэтому западных студентов нет, есть китайцы немножко и колоссальный поток заявок из Африки, Пакистана, Индии, по большей части бессмысленных – но, как я говорил, бывают очень сильные студенты, чаще из Африки. На интервью всегда проходят несколько кандидатов не из России, и мы их внимательно слушаем.

– Как проходит приём в магистратуру?

– Сначала надо пройти онлайн-тест. Человек должен взять две любых биологии (общая, молекулярная, агробиология и нейронауки) и либо ещё одну биологию, либо что-то ещё (математика, физика или химия). Результаты теста ранжируются на три группы. Самые лучшие автоматически попадают на интервью. Самые худшие отсеиваются, а у тех, кто посередине, профессора смотрят документы: аттестат, резюме, мотивационное письмо и рекомендации. Те, кто получил высокие оценки по документам, тоже приглашаются на интервью. Ну, кроме того, если профессор на кого-то очень хочет посмотреть, то такого кандидата на интервью пригласят.

– Как проходит интервью?

– Обычно около половины наших профессоров в нём участвует, не одни и те же, а кто может. Каждый профессор даёт от одной до трёх своих статей в общий пул, а кандидат выбирает любую из этой библиотеки – то, что ему интересно, то, что он понимает. На интервью он должен пересказать её своими словами, без слайдов и записей. Но обычно до конца не дослушивают, потому что через несколько минут уже понятно, разобрался он или нет. Профессор, который дал статью, находится в аудитории. Сначала он задаёт какие-то вопросы, а дальше каждый спрашивает, что хочет – по статистике, по общей биологии и т.д. Интересуются обычно, чем занимался и чем хочет заниматься. Если нейронаукой, то вопросы по ней будут, если молекулярной биологией – то по ней, и т.д. А дальше профессора обсуждают кандидатуры. Я в основном смотрю резюме и мотивационное письмо, кто-то внимательно изучает оценки, в результате оказывается, что все стороны оцениваются и обсуждаются. Кого-то берут сразу, кто-то попадает в лист ожидания, потому что набор идёт в три волны – вдруг в следующую придут более сильные кандидаты.

Аналогично в форме собеседования в две волны проходят экзамены в аспирантуру, только вместо статьи кандидат рассказывает про свою предыдущую работу и план исследований, которые он собирается делать в аспирантуре. То есть даже если я очень хочу кого-то взять, то не могу это сам сделать, мне надо уговорить коллег. А поскольку мест меньше, чем кандидатов, то это непросто. Времени это занимает много, но с другой стороны, это всё-таки немножко гарантирует уровень, потому что слушают все и вопросы задают достаточно разнообразные. И потом, даже если я всех уговорил и взял себе аспиранта, а он не защитился, это означает, что я испортил себе репутацию. Когда в следующий раз захочу кого-то взять, мне скажут: «А у тебя не защищаются».

– Многих ли отчисляют из аспирантуры?

– Да нет, система так устроена, что в аспирантуру обычно поступают к конкретному профессору.

– Так кто кого выбирает – аспирант руководителя или наоборот?

– Аспирант заранее выбирает руководителя и с ним договаривается. Обычно это человек, с которым он уже работал. Как правило, я беру в аспирантуру людей, которых знаю.

– Вы сами присуждаете учёную степень?

– Мы сами присуждаем степень, которая ВАКом признаётся как кандидатская, а за рубежом – как Ph.D. Несмотря на санкции, мы свою репутацию стараемся держать и абы кому степени не присуждаем. У нас 70% аспирантов выходят на защиту, а в среднем по «Сколтеху» – 60%.

– А в целом по стране только 20% аспирантов защищается…

– При этом у нас правила жёстче ваковских по публикациям. Не просто две, а надо, чтобы журнал имел импакт-фактор больше 2, чтобы хотя бы в одной статье аспирант был первым автором, обзоры не считаются.

Вот, соответственно, есть собственное обучение, а есть наука. И это важно, потому что я склонен считать, что биологическая школа в «Сколтехе» – небольшая, но при этом самая хорошая в стране по общему уровню профессуры. У нас 20 с чем-то профессоров.

– А магистрантов или аспирантов сколько?

– Мы набираем в год 35-40 человек магистрантов. Аспирантов в этом году набрали, по-моему, 29.

– Интересно, какая у аспиранта стипендия?

– Базовая 75 тыс. руб.

– Ваша аспирантура длится четыре года. Если обучающиеся проходят учебные курсы, то остаётся ли у них время на собственные исследования?

– Если человек берёт, скажем, один курс в четверть, то у него вполне остаётся время на собственные исследования. И люди начинают работать с первого года, конечно.

О медицинских диссертациях

– Научной общественности вы известны как борец с плагиатом. Не жалко ли вам тратить на это своё время?

– Жалко, но, с другой стороны, на что-то его надо же тратить (улыбается – **Ред.**). В каком-то смысле это репутационная вещь, борьба за честь мундира. Научные звания девальвируются. Я присматриваю за науками о жизни: медициной, биологией, сельскохозяйственными науками. Если говорить конкретно про медицину, там проблема в том, что обычно диссертации не просто списаны, а сфальсифицированы. В самом мягком случае данные переносятся из одного региона в другой (например, из Твери в Орёл)

или из одного времени в другое. Я видел чудесные истории, когда экзема превращалась в псориаз, а дальше всё оставалось как было. Подменяется диагноз и лечение, а числа все остаются такими же. Если диссертация по экономике такая, то это безобразие, но человек хотя бы никого не зарежет. А когда это медицинская диссертация, это означает, что доктор просто врёт. Во-первых, я побоюсь лечиться у такого врача, и, во-вторых, он будет проводить клинические испытания, заниматься составлением списков лекарств и клинических рекомендаций. Я не хочу, чтобы это делал доктор, который сфальсифицировал диссертацию. Если нет абсолютного морального запрета на враньё, то можно пропихнуть всё, что угодно. Например, можно включить в клинические рекомендации гомеопатию.

Почему нельзя врать в науке? Потому что как только начинаешь врать, становится невозможно ею заниматься. Когда я читаю научную статью, я понимаю, что автор может заблуждаться, но как минимум картинки не нарисованы в фотошопе, а приводимые в таблице цифры не выдуманы. А если данные лабораторных анализов при какой-нибудь болезни перекочевали без изменений в другую, то никакой продукции этого человека затем верить нельзя. Ни его диагнозам, ни лекарствам, которые он предлагает. Мне сейчас прислали чудесную рекламу каких-то фирм, они делают лабораторные исследования: если вы направите пациента к нам, то 15% стоимости анализа вам вернём. Это чистый откат. Нормальный человек на это не поведётся. Тут тонкая этическая проблема: направить в одну лабораторию или в другую, если по качеству они равноценны, но одна обещает откат; мне кажется, это всё равно нехорошо. Но злой доктор, который в диссертации соврал, будет посылать больных за этими анализами, даже если они не нужны. Когда в сообществе нет абсолютного понимания, что врать нельзя, то это будут делать.

Единственный способ лишить человека учёной степени – это написать официальное заявление, которое рассматривает ВАК. Я лишил степени более полутора сотен человек, если брать все биологические, медицинские и сельскохозяйственные науки; по медицинским наукам, по состоянию на конец 2024 г. – 89 кандидатских и 17 докторских диссертаций. ВАК удовлетворяет три четверти моих заявлений о лишении научной степени; в остальных случаях или жалеют, если списано не очень много, или действует понятный административный ресурс.

– Наверное, у вас очень много недоброжелателей?

– Если я попаду, не дай бог, в больницу, то хорошо мне не будет, это я понимаю. Там выстроится очередь специалистов полечить все мои органы – и больные, и здоровые. С другой стороны, много раз после заседаний диссоветов или на конференциях ко мне подходили доктора и говорили, что очень поддерживают нашу деятельность.

– Как вы ищете сфальсифицированные работы?

– Есть компьютерные программы, которые автоматом сравнивают все диссертации со всеми и маркируют подозрительные случаи (на всякий случай – это не «Антиплагиат»). А дальше эти кейсы просматриваются подряд. Поскольку у ВАКа срок давности 10 лет, то в первую очередь я смотрю те, по которым он истекает. На самом деле свежих случаев довольно мало. Потому что вся эта деятельность началась в 2013-м и уже в 2015-2016 гг. народ сообразил, что откровенно списывать не надо. Кроме того, за это время количество защищённых в России диссертаций упало в два раза. Но там ВАК тоже старался, потому что он какие-то советы закрывал. Как я сказал, явного плагиата стало мало; чаще текст переписан, а числа в таблицах остались прежние, но это труднее доказывать. У меня были случаи, когда человеку оставляли степень, хотя несколько таблиц совпадают цифра в цифру.

– Ваша работа по проверке диссертаций как-то финансируется?

– Нет, абсолютно никак. Кроме того, отнимает время. Я как заявитель имею право присутствовать на всех этапах рассмотрения своего заявления в диссовете и в ВАКе. Соответственно, если это в Москве, то стараюсь ходить. Не в столице – присутствую онлайн конечно если это не интерферирует с другими делами.

Наука и лженаука

– Вы боретесь не только с фальсификациями, но и с лженаукой.

– Это разные части одного и того же слона, и они сильно коррелируют. У человека нет представления о научной этике, о том, как наука делается.

– Но ведь могут быть искренние заблуждения?

– Искренне заблуждающийся доктор? Эта история, по-моему, тоже немножечко опасна, потому что всё-таки есть доказательная медицина. Я не знаю, насколько ей сейчас учат.

– Но ведь медицина – это не вполне наука.

– И что? Есть международные рекомендации, как раз основанные на науке и на проведении корректных клинических испытаний.

– Но бывают же уникальные случаи.

– Я разговаривал с докторами. Они утверждают, что большая часть медицины рутинная. Думать надо, чтобы не пропустить нестандартный случай. Наука медицина, ремесло или искусство, но я не хочу, чтобы врач прописывал лекарство, потому что он в него верит. Хочу, чтобы он назначил лекарство, когда в клинических испытаниях доказано, что оно помогает от моей болезни. Ясно, что бывают очень редкие болезни, для которых клинических испытаний не проводилось и в каком-то смысле врач вынужден экспериментировать, но и там должны действовать прозрачные подходы – и уж тем более нельзя такое доверять недобросовестным докторам.

– А как же эффект плацебо?

– Я знаю, что такое эффект плацебо. И уверен, есть врачи, которые прописывают гомеопатические средства именно в расчёте на этот эффект или чтобы отвязаться от чрезмерно мнительных пациентов: «Мамаша не успокоится и своего ребёнка залечит, а так хотя бы безвредно». Я думаю, что это неправильно, потому что, во-первых, это сознательный обман. Во-вторых, это подрыв некоторых устоев. В каждом конкретном случае это может быть даже и хорошо, но как только врач начинает прописывать лекарства с недоказанной эффективностью, рушится вообще всё здание. Как известно, новый препарат нельзя продавать как лекарство, если он не прошёл клинических испытаний.

– Но можно продавать его как БАД.

– Про БАДы знаю две истории. Первая история классическая, описанная всюду. В состав китайского БАДа входила травка аристолохия, содержит почечный яд, и у людей, которые её заваривали, развивалась нефропатия; сейчас аристолохию всюду запретили. А вторая история отечественная. У нас в «Сколтехе» есть профессор Мария Логачёва, специалист по геномике растений, у которого был контракт с Минобрнауки на определение состава травяных чаёв (их продают в аптеках). При проверке одного сбора был обнаружен заметный процент ядовитого вьюнка. Понятно откуда он взялся: рвали траву вместе с ним, а он цепкий, и просто его не отодрали. Во втором случае на коробке было написано одно растение, а внутри – совсем другое. Они совершенно разные, но внешне похожие. Ну и ДНК плесневых грибков всюду была в изобилии.

– В завершение беседы подведите, пожалуйста, итоги вашей деятельности.

– Как я говорил, каких-то совсем одиозных случаев не осталось. В этом смысле борьба была успешной. Мне рассказывали истории, когда человек просил кого-то проверить статистику в своей диссертации, потому что придёт страшный Гельфанд. Так что есть ощущение, что репутационные механизмы если не заработали в полную силу, то хотя бы как-то зашевелились. Кроме того, таких людей, которые диссертации просто купили, перестают считать...

– Рукопожатными?

– Во всяком случае, степени лишают.

Если говорить про биологическую науку, она сейчас очень интересна. Видно какие-то вещи, про которые раньше даже думать было бессмысленно, например, как работают гены в отдельных клетках. Эмбриология совершенно меняется, потому что вы можете взять серию эмбрионов на разных стадиях, посмотреть работу генов на уровне единичных клеток, а дальше, например, смотреть, как происходит дифференцировка исходных клеток, тканей, органов. Или, например, стало ясно, что разных типов нейронов у человека гораздо больше, чем считалось. Гистологически они одинаковые, но в них работают разные наборы генов. Или, например, вы можете взять раковую опухоль вместе с окружением. Молекулярный диагноз по работе генов начали ставить давно, лет пятнадцать как. Сейчас классические раковые диагнозы стали ещё более подробными, именно не по генотипу, а по молекулярному дефекту. Это и есть персонализированная медицина, потому что в зависимости от молекулярного типа опухоли лечение и прогнозы разные. А когда вы работаете с единичными клетками, можете посмотреть, как устроены клоны в одной опухоли. Если смотрите геном отдельных клеток, то можете проследить генеалогию этих клонов, в каком порядке происходили мутации, а если транскриптом, то есть как гены работают, то вы можете посмотреть функциональную структуру этого клона, из каких субклонов с какими особенностями он состоит.

– Функциональная структура – хороший термин!

– Потому что, скажем, если мишенью является какой-то сигнальный путь, то он должен быть активен. Если есть клон, в котором этот сигнальный путь неактивен, то он выживет после терапии. То есть помимо того, что это очень интересная биология, примерно понятны практические применения – вы понимаете, когда ваш препарат будет действовать не на всю опухоль, а только на часть клонов.

Я ещё очень люблю древнюю ДНК, это моё старое хобби. Там чудесные вещи люди делают. К примеру, у предков европейцев и азиатов была гибридизация с неандертальцами, известно с 2010 г.: у вас примерно 2% неандертальских аллелей, и у меня столько же. Очень продвинулось наше понимание истории человечества: как происходил этногенез в неолите и потом, древние миграции и так далее. Скажем, долго спорили, представители какой археологической культуры были носителями праиндоевропейского языка; сейчас выяснили в первую очередь благодаря древним геномам. Можно кости смотреть не только человеческие, но и домашних животных и восстанавливать историю одомашнивания, а можно определять геномы древних бактерий. Оказалось, что многие инфекционные болезни появились во время неолитической революции, потому что люди стали жить большими группами и одомашнили животных, от которых заражались: скажем, сальмонелла, вызывающая брюшной тиф, перешла к нам от свиней. Если говорить про более поздние истории, то штамм возбудителя чумы, вызвавший эпидемию в Европе в середине XIV в., это знаменитая «чёрная смерть», был обнаружен на древнем кладбище около Иссык-Куля; люди, которые там похоронены, умерли за 15-20 лет до начала эпидемии в Европе: вот потенциальный источник. Всё это не моя область, но это очень интересно, потому что тут биология смыкается с историей, археологией и даже лингвистикой.

Современные технологии

Новый патч для ран

Учёные Университета МИСИС разработали медицинскую повязку нового поколения, которая останавливает кровотечение и предотвращает инфицирование сложных ран в полевых условиях и зонах ЧС, подавляя рост опасных патогенов, включая устойчивые к антибиотикам штаммы.

Трудно заживающие раны, включая ожоги и тяжёлые повреждения, полученные в полевых условиях или зонах чрезвычайных ситуаций, зачастую становятся очагами заражения, в основном из-за бактерий, устойчивых к большинству современных антибиотиков. Инфекции, вызванные такими микроорганизмами, приводят к тяжёлым последствиям, а стандартные перевязочные материалы не способны одновременно защитить сложную рану от микробов и ускорить её заживление.

«Исследователи Университета МИСИС под руководством одного из ведущих материаловедов России и мира, директора НИЦ «Неорганические наноматериалы», доктора физико-математических наук, профессора Дмитрия Штанского разработали повязку, предназначенную в первую очередь для тяжёлых ранений в условиях ограниченной медицинской помощи. Она создана из нанофибрового материала – тончайшей мембраны, волокна которой в сотни раз тоньше человеческого волоса. Инновационный патч, прошедший клинические испытания, способен снижать кровопотерю почти в 4 раза по сравнению с обычными перевязочными средствами, ускорять заживление раны, уничтожать широкий спектр бактериальных штаммов. Также повязка будет эффективна при лечении диабетических язв и сложных ожогов», – рассказала ректор НИТУ МИСИС Алевтина Черникова.

Мембрана изготовлена из биоразлагаемого полимера поликапролактона, усиленного наночастицами оксида меди и дополнительно обработанного антибиотиками неомицином и бацитрацином.

«Поликапролактон был выбран за свою биосовместимость, прочность и способность имитировать внеклеточный матрикс, который способствует регенерации тканей. Тонкие нановолокна получены методом электроформования с добавлением наночастиц оксида меди. При этом образующиеся мембраны обладают высокой механической прочностью – до ~12 МПа на разрыв, что превышает прочностные характеристики многих коммерческих перевязочных материалов», – отметила научный сотрудник научно-исследовательского центра «Неорганические наноматериалы» НИТУ МИСИС Кристина Котякова.

В испытаниях на животных новая повязка снизила кровопотерю в 4,6 раза по сравнению с обычными средствами. Учёные МГУ им. М.В.Ломоносова и Государственного научного центра прикладной микробиологии и биотехнологий провели исследование бактерицидных и фунгицидных свойств материала, отметив высокую эффективность против устойчивых к антибиотикам штаммов супербактерий: стафилококка, синегнойной и кишечной палочек, энтерококка и грибка Candida auris.

По мнению авторов, исследование открывает новые возможности для борьбы с антибиотикорезистентными бактериями и может найти применение как в полевых условиях, так и в госпиталях. В ближайшее время учёные планируют провести расширенные доклинические и клинические испытания. У команды уже есть стратегический партнёр – российское научно-производственное предприятие «КровеСтоп», специализирующееся на создании средств, предназначенных для остановки кровотечений.

Исследование поддержано грантом Российского научного фонда (№ 24-79-10121), работа выполнена в рамках стратегического технологического проекта НИТУ МИСИС «Биомедицинская инженерия и биоматериалы» по программе Минобрнауки России «Приоритет-2030».

Антон СОКОЛОВ.

Ориентиры

Уникальная экспертиза

Операция при сложных случаях врастания плаценты во время беременности, разработанная коллективом под руководством директора МОНИИАГ, профессора Романа Шмакова, показывает прекрасные результаты, позволяя максимально снизить объём кровопотери у пациенток и сохранить матку, что даёт возможность женщине повторно родить. МОНИИАГ делится опытом с коллегами и во второй раз в этом году проводит Школу по врастанию плаценты.

Врачи из Москвы, Московской области (Видное, Наро-Фоминск, Коломна, Щёлково), Ставрополя, Волгограда, Республики Саха (Якутия) прошли обучение по врастанию плаценты, которое провёл коллектив МОНИИАГ под руководством Р.Шмакова. Курс длился 16 часов и состоял из трёх сложнейших операций по врастанию плаценты, лекций и семинаров.

«К нам на школу приезжают уже очень опытные специалисты, можно сказать, элита акушерства, которые делают самые сложные операции у себя в регионах. В рамках обучения мы показываем нашу новую методику, проводим её совместно с коллегами из Института Склифосовского. В этот раз оперировали пациентку из Волгограда, и это была уникальная по сложности операция – очень тяжёлое врастание в мочевой пузырь. К счастью, такое случается редко. На этом курсе мы показываем не только операции, – сказал Р.Шмаков. – Также обучаем азам диагностики при этой тяжёлой патологии, используя уникальные возможности современных УЗ-аппаратов. Мы показываем на практике разработанные нами ультразвуковые алгоритмы, предоперационное и интероперационное мониторирование. И, конечно, интересно виртуозное баллонирование аорты, которое проводят коллеги из Склифа».

«Мы благодарны коллегам из МОНИИАГ, за то, что они делятся своим опытом, – отметила заместитель главного врача по медицинской части Видновского перинатального центра Наталья Любимова. – Мы тоже оперируем врастание плаценты уже более 8 лет, проведено более 300 операций. Наша методика немного отличается, поэтому мы хотим изучить опыт коллег. Операция должна быть с минимальными кровопотерями, наиболее щадящая для пациентов, и чтобы мы могли сохранять матки женщинам».

Андрей ФИРСОВ.

Наши интервью

Спрос рождает технологии

Материнство любым способом: где границы разумного и этичного?

В последние месяцы репродуктология стала тем разделом медицины, который активно продуцирует сенсации для СМИ. Чего здесь больше – истинной научной и технологической новизны или журналистских преувеличений? И главное – в какой мере новые подходы к решению проблемы бесплодия отвечают требованиям норм биоэтики? Попробуем разобраться.

Прогрессивно, но запрещено

Итак, сразу несколько информационных поводов привлекли к себе внимание. Первый – сообщение о том, что в США родился ребёнок из эмбриона, который был заморожен ещё в 1994 г. Сам по себе это не первый случай использования технологии криоконсервации в репродуктологии, однако в этот раз впечатляет «возраст» размороженного эмбриона.

Второе событие, которое заслуживает внимания – публикации в зарубежных изданиях о технологии митохондриального переноса, как одной из компонент ЭКО. В процессе «конструирования» эмбриона фактически происходит объединение биоматериала троих человек – ДНК обоих родителей и митохондриальной ДНК донора. При этом генетический материал донора составляет не больше 1%. Заявляется, что митохондриальная заместительная терапия позволяет родить здорового ребёнка женщинам, которые являются носительницами генетических мутаций, приводящих к тяжёлым наследственным заболеваниям у детей.

Данная технология также не является новинкой, ещё в 2016 г. стало известно о первых таких «экспериментальных» процедурах, выполненных американскими врачами в Мексике. С тех пор дети, зачатые в результате трёхкомпонентного ЭКО, родились в Великобритании, Австралии, Греции. Тем не менее при всей прогрессивности методика всё ещё запрещена во многих странах.

Наконец, последней каплей стала новость, размещённая на днях в британском издании Daily Mail под таким заголовком: «Технологии переходят черту». На очередной международной выставке умных разработок Китай представил робота-гуманоида, якобы способного вынашивать детей.

Это своего рода инкубатор, в котором, по замыслу авторов проекта, может проходить весь цикл беременности от оплодотворения до родов. Причём в условиях максимально приближенных к естественным: в искусственной матке эмбрион развивается в искусственной амниотической жидкости и получает питание через катетер, который имитирует пуповину. Разумеется, зачатие будет пробирочным, а роды – извлечением доношенного плода из искусственной матки.

Идея сразу вызвала споры между теми, кто безоговорочно поддерживает технический прогресс во всех сферах жизни человека, включая деторождение, и теми, кто считает подобный замысел неэтичным.

Вопреки природе

О пределах возможного и допустимого в столь чувствительной теме мы беседуем с руководителем отделения репродуктологии Московского областного НИИ акушерства и гинекологии членом-корреспондентом РАН **Ксенией КРАСНОПОЛЬСКОЙ.**

– Ксения Владиславовна, как ведущий российский эксперт вы вправе делать заключения о том, не слишком ли далеко зашли так называемые «инновации». Но прежде чем оценивать сказанное выше, скажите, почему столь велико внимание учёных и инженеров к вспомогательным репродуктивным технологиям? Обусловлено ли это запросом медицины, который в свою очередь вызван ростом заболеваемости бесплодием?

– Действительно, проблема бесплодия становится всё более и более актуальной. Мы видим это по тому, как растёт число супружеских пар, которые обращаются к специалистам в связи с тем, что у женщины не наступает беременность.

Само по себе данное обстоятельство может быть связано с разными причинами, но наиболее частая из них следующая. Природа устроила нас таким образом, что, в отличие от всех иных систем организма, репродуктивная система имеет возрастные функциональные ограничения. По замыслу создателя, женщина должна за период своей фертильности успеть забеременеть, выносить плод, родить, покормить грудью и вырастить ребёнка. И желательно, чтобы она успела пройти этот цикл не один раз.

А что происходит в современном мире? Люди стали откладывать деторождение на потом, то есть, говоря чиновничьим языком, «сдвигать вправо» время активного использования собственной репродуктивной функции. Молодые женщины всерьёз полагают, что сначала надо выучиться, сделать карьеру, заработать достаточно денег и вообще пожить для себя, а родить, дескать, они всегда успеют. Когда же, наконец, начинают задумываться о детях, оказывается, что активность репродуктивной системы уже снижена, вероятность зачатия и благополучного вынашивания беременности стала меньше.

Кроме того, с возрастом человек, как правило, приобретает хронические заболевания. В том числе такие, которые сами по себе либо их лечение влияют на репродуктивную функцию. Не только ставшие фактически эпидемией болезни сердца, рак, сахарный диабет и ожирение, но даже «банальная» операция по поводу аппендицита может вызвать проблемы в виде спаек в области малого таза.

Поэтому, к сожалению, вспомогательные репродуктивные технологии становятся всё более востребованными.

– В отношении мужского бесплодия тоже есть отрицательная динамика?

– Здесь ситуация несколько проще. С возрастом у мужчин нарушается сперматогенез, однако в популяционном масштабе снижение мужской фертильности не является катастрофой. Во-первых, регулярно коррелируются в сторону уменьшения ВОЗские нормативы «качественной» спермограммы. Во-вторых, есть технологии, которые позволяют легко преодолеть снижение мужской фертильности во всех его проявлениях. Да и в целом в проблеме супружеской бездетности доля мужского бесплодия существенно меньше, чем женского.

Семь раз отмерь, потом ЭКО

– Что касается доступности вспомогательных репродуктивных технологий, насколько она велика в нашей стране? Есть ли возможность получить такую помощь повсеместно или всё сосредоточено в столичных регионах?

– В Российской Федерации доступность репродуктивных технологий выше, чем во многих странах. И сама эта помощь в нашей стране на очень хорошем уровне.

– Практикуется ли в лечении бесплодия что-то менее сложное и высокозатратное, чем ЭКО? Или опыт показывает, что не надо тратить время ни на какие другие способы лечения и сразу назначать ЭКО? Тем более что и тридцать лет назад, когда методика экстракорпорального оплодотворения только-только внедрялась, и сегодня её результативность остаётся на уровне 30%.

– Надо тратить время! Совершенно неправильно полагать, будто сразу следует идти на экстракорпоральное оплодотворение. Существуют и другие методы лечения бесплодия, начинать всегда надо с более простого. Во многих случаях есть возможность добиться наступления беременности, не прибегая к дорогостоящей процедуре ЭКО.

Например, метод овариальной стимуляции высокоэффективен при поликистозе яичников у женщины, если всё остальное в норме. У пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием в большинстве случаев помогает простая лапароскопия, во время которой убирают спайки. После такого вмешательства беременность наступает естественно и быстро.

При выборе способа лечения всегда надо взвешивать «за» и «против». В одних случаях действительно методом выбора является только ЭКО, а в других можно обойтись без него. Я всем своим ученикам говорю: если вам удалось добиться наступления у женщины беременности, не используя ЭКО, значит, вы умеете правильно клинически мыслить.

– Известно, что доступность любой наукоёмкой медицинской процедуры рано или поздно показывает оборотную сторону. Гинекологи говорят, что многие женщины с порога заявляют: хочу ЭКО. Не знаю, как к этому относитесь вы, но мне кажется, что готовность отвечать на подобные запросы пациентов, которые используют интернет в качестве источника информации, – тупик для системы здравоохранения.

– Я тоже считаю, что это не очень хорошо. Человек может по своему желанию купить что-то в магазине, а в данном случае речь идёт о серьёзной медицинской процедуре. К тому же дорогостоящей. Даже если она проводится по квоте, не будем забывать, что бесплатно ЭКО обходится пациентам, но не государству.

К сожалению, в нашем обществе есть очевидный дефицит уважения пациентов к мнению доктора. Люди сами себе ставят диагнозы и назначают схемы лечения, пользуясь разными источниками информации. Это неблагоприятная тенденция.

– Кстати, о мнении врача. Сегодня в онкологии и в кардиологии принято предлагать пациенту возможность получить так называемое второе мнение у другого специалиста. И в этом нет ничего заведомо конфликтного, напротив: уточняется диагноз и тактика лечения. В репродуктологии так тоже принято?

– Скорее нет, чем да. Обычно поиском другого специалиста занимаются сами пациенты, которые хотят услышать второе мнение о том, нужно им делать ЭКО или не нужно. Иногда это действительно на пользу.

В то же время очень важно, чтобы врач, который является специалистом по ЭКО, но не практикует более простые методы лечения бесплодия, не настаивал исключительно на экстракорпоральном оплодотворении. Иначе «второе мнение» нельзя будет считать объективным.

Между «хочу» и «могу»

– Прошу простить меня за следующий жёсткий вопрос. Общаясь с неонатологами и детскими реаниматологами, много раз слышала от них, что большинство недоношенных новорождённых с критически низкой массой тела – дети, появившиеся на свет в результате ЭКО. Многие из них затем пожизненно имеют серьёзные проблемы со здоровьем. Возможно ли усовершенствовать эту технологию до такого уровня, когда вероятность рождения заведомо нездоровых детей после ЭКО будет сведена к минимуму?

– Вынуждена возразить: дело не в качестве технологии экстракорпорального оплодотворения. Есть прямая корреляция между исходным состоянием здоровья будущей мамы, течением беременности и риском недоношенности плода. Напомню, что к необходимости использовать вспомогательные репродуктивные технологии прибегают женщины, у которых бесплодие, как правило, ассоциировано либо с возрастным снижением репродуктивной функции, либо с какими-то серьёзными соматическими проблемами в анамнезе, включая инфаркт и инсульт. Женщина хочет забеременеть в 35-40 и даже в 50 лет, и мы дарим ей эту возможность.

Естественно, риски осложнённого течения беременности при этом возрастают, как и вероятность рождения недоношенного ребёнка. Таким образом, надо очень внимательно относиться к ведению беременности у женщин после ЭКО.

– Нормы биоэтики обязательно учитываются при проведении научных исследований, но такие ограничения почему-то не ставятся для применения медицинских технологий. Но ведь это было бы гуманно по отношению к ребёнку, который родится у пациентки, перешагнувшей биологический возраст здорового материнства. Разве нет?

– Очень сложный вопрос. Он больше философский, чем медицинский. Наверное, как врач я не должна одобрять идею ограничить возраст применения вспомогательных репродуктивных технологий. Тем более что ситуации, в результате которых женщина не может самостоятельно забеременеть и родить в молодости, могут быть разными вплоть до самых трагических.

В то же время в некоторых европейских странах установлены возрастные ограничения для проведения ЭКО и других процедур. И, действительно, это дало клинический результат в плане состояния здоровья рождённых детей.

Одним словом, если и регулировать применение вспомогательных репродуктивных технологий, то исключительно на уровне законодательства. При этом критериями допуска к ЭКО должны быть не только исходный статус здоровья у женщины, но и жизненная ситуация, которая обусловила необходимость семьи прибегнуть к помощи репродуктологов. Я тоже считаю, что рожать в 45-50 лет не надо, уже поздновато и в биоэтическом, и в социальном плане.

Наука и мода: опасное пересечение

– Ксения Владиславовна, хотелось бы узнать ваше мнение о технологиях, вызвавших столько шума в СМИ. Использование в процедуре ЭКО эмбриона, замороженного 30 лет назад, и митохондриальный перенос, когда рождается ребёнок с биоматериалом от трёх родителей, – не есть ли это наука ради науки? Станут ли обе эти методики когда-нибудь широко применяться?

– По поводу эмбриона, который 30 лет хранился в условиях сверхнизких температур, могу сказать, что данный подход используется и сегодня. Несколько изменилась сама техника криоконсервации, но суть осталась прежняя. Эмбрионы в результате долговременной глубокой заморозки выживают и затем приживаются в матке женщины достаточно хорошо, если условия их хранения не нарушались.

В настоящее время криотехнологии очень востребованы по той же причине, о которой сказано выше. Возраст планируемого деторождения увеличивается, и многие молодые женщины хотят заморозить свои яйцеклетки, чтобы воспользоваться ими в будущем, когда будут готовы стать матерью.

– То есть это становится модой и медицинская наука откликается на спрос?

– Можно и так назвать. Но факт остаётся фактом: популярность услуг криобанков биоматериала растёт.

Что касается пересадки митохондриальной ДНК, за этой процедурой обращаются женщины не просто в позднем репродуктивном возрасте, но и с носительством опасных генетических мутаций. Для них митохондриальный перенос – возможность иметь генетически здоровое потомство.

В то же время нельзя сказать, что эта технология доведена до совершенства и готова к тому, чтобы получить широкое применение. Требуется ещё несколько лет наблюдений, прежде чем сделать окончательный вывод об эффективности и безопасности митохондриального переноса.

Тем не менее уже сейчас надо понимать: это не панацея. При всей высокотехнологичности процедура митохондриального переноса даёт и, скорее всего, будет давать результат в очень низком проценте случаев. Да и вопрос этичности самого явления «трое биологических родителей» пока не получил однозначного ответа. Одним словом, исследования в данном направлении однозначно будут продолжаться.

– А зачем? Учёные просто смотрят, где границы возможного?

– Отчасти да. Но только отчасти. Главная задача науки – искать способы решения проблем, которыми осложнена жизнь людей. Другой вопрос, как человечество будет использовать научные достижения.

Беседу вела Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Медицинская газета

№ 35 • 3. 9. 2025

Здоровая жизнь

Рецепт долголетия врача

Cura te ipsum (лат.) – врач, исцели сначала себя! Медработник – главный ресурс системы здравоохранения, но хронический стресс и эмоциональное истощение грозят его исчерпать. Как показал наш материал «Профвыгорание – не личная проблема» («МГ» № 17 от 30.04.2025), это – системная угроза качеству помощи. В таких условиях забота врача о себе перестаёт быть личным делом – это профессиональный императив и основа долгой карьеры.

Как же сохранить здоровье, энергию и ясность ума на долгие годы практики?

Директор Российского геронтологического научно-клинического центра Пироговского университета, член-корреспондент РАН, профессор Ольга ТКАЧЁВА представила научно обоснованный «Рецепт долголетия врача». Это не просто общие советы, а ключевые правила.

Следовать этим принципам не эгоизм, а долг. Здоровый врач – это гарантия качества помощи, снижение риска ошибок и самый убедительный пример для пациентов. Открываем рецепт долгой и эффективной жизни в профессии.

Практикующие врачи ежедневно заботятся о здоровье пациентов, но нередко забывают о собственном самочувствии. Современная медицина признаёт, что здоровье медицинского работника – это не только личное дело, но и важный фактор качества лечения. Медицинские организации подчёркивают: здоровье врачей напрямую влияет на здоровье населения, ведь образ жизни самого врача отражается на его взаимодействии с пациентами и рекомендациях, которые он им даёт.

О.Ткачёва рассказала о ключевых правилах поддержания здоровья врачей в контексте долголетия. Эти принципы помогают врачу сохранять своё здоровье, продлевать профессиональное долголетие и служить положительным примером для окружающих.

Основные правила долголетия для врача

Существует несколько важнейших факторов, способствующих продлению жизни и сохранению здоровья. Эти правила долголетия одинаково актуальны и для самих медицинских работников:

Регулярная физическая активность. Движение – фундамент долголетия. Развитая мышечная масса способствует замедлению процессов старения из-за высвобождения особых молекул – миокинов и улучшения обмена веществ. Врачам, как и всем людям, следует уделять время аэробным нагрузкам и силовым упражнениям не реже нескольких раз в неделю. Физическая активность особенно полезна при плотном графике работы – это окупится пользой для здоровья и энергичностью на работе.

Здоровое питание и контроль массы тела. Рацион с достаточным количеством овощей и клетчатки, умеренное потребление калорий и поддержание нормальной массы тела – необходимое условие долгой здоровой жизни. Избыточное питание и ожирение, как подчёркивает О.Ткачёва, доказанно ускоряют старение организма. В практике врача это значит, что важно следить за своим питанием даже в условиях дежурств и авралов: регулярные приёмы пищи, избегание переедания и выбор полезных продуктов помогут сохранить и фигуру, и ясность ума во благо и самому врачу, и его пациентам. Хотя, безусловно, это легко на словах, но очень непросто в жизни.

Психоэмоциональное равновесие и полноценный сон. Хронический стресс, переутомление и недосып подтачивают здоровье любого человека, а для медицинских работников это особенно опасно. Необходимо уделять внимание психоэмоциональному здоровью: поддерживать позитивный настрой, соблюдать баланс работы и отдыха, уметь справляться со стрессом и обязательно высыпаться. О.Ткачёва относит психологическое благополучие и качественный сон к ключевым составляющим долголетия. Для медработника это означает важность профилактики эмоционального выгорания – через методы релаксации, хобби, общение с близкими и достаточный отдых.

Когнитивная и социальная активность. Мозг, подобно мышце, нуждается в тренировке. Продолжение обучения, чтение, осваивание новых навыков и активное общение – всё это помогает сохранять ясность ума с возрастом. В контексте врачебной практики важно не замыкаться только на работе: участие в профессиональных сообществах, обмен опытом с коллегами, поддержание интересов вне медицины и дружеских связей – всё это способствует когнитивному здоровью. Общительный и интеллектуально активный врач дольше остаётся в здравом уме и твёрдой памяти, что напрямую отражается на качестве его профессиональной деятельности.

Профилактика заболеваний: вакцинация и регулярные осмотры. Современные исследования показывают, что некоторые профилактические меры обладают эффектом геропротекции – замедляют возрастные изменения. Кроме того, медицинским работникам любого возраста необходимо регулярно проходить медицинские обследования (диспансеризацию). Это позволяет вовремя выявлять и контролировать факторы риска хронических заболеваний, которые ускоряют старение. К сожалению, медработники часто пренебрегают походом к врачу, откладывая собственное здоровье на потом – такой подход может привести к неожиданным проблемам, предотвратимым при раннем обнаружении.

Врач как пример для пациентов

Для врача забота о себе важна не только с личной точки зрения, но и с профессиональной – как часть медицинской этики. Практикующий врач, который правильно питается, не курит, занимается спортом, имеет большую силу убеждения для пациентов. Не случайно 82% врачей сами считают крайне важным вести здоровый образ жизни и быть личным примером для своих пациентов.

Важно отметить, что многие медики стараются «брать себя в пример» при общении с больными. Согласно опросам, 76% врачей хотя бы иногда рассказывают пациентам о собственном положительном опыте здорового образа жизни, подкрепляя тем самым рекомендации, а около трети делают это регулярно. А значит, личный пример врача действительно способен вдохновить людей на изменения. В то же время 29% врачей признались, что самим им сложно следовать всем правилам ЗОЖ, главным препятствием называются нехватка времени (31%) и стресс на работе (22%). Напряжённый график, ночные дежурства, эмоциональное выгорание – всё это влияет на качество заботы о себе. Однако признание этих трудностей – первый шаг к их преодолению. Если врач осознаёт ценность заботы о себе, он может постепенно внедрять здоровые привычки даже в плотный рабочий распорядок. В конечном счёте, преодолевая личные барьеры, доктор приобретает бесценный опыт, которым может затем поделиться со своими пациентами.

Профилактика выгорания и качество помощи

Следование принципам здорового образа жизни служит для врача и защитой от профессионального выгорания. Медицинская профессия сопряжена с высоким уровнем стресса, и игнорирование собственного благополучия может привести к эмоциональному истощению. Это не абстрактная угроза – метаанализы показывают прямое влияние состояния врача на результаты лечения. Так, у перегоревших, уставших докторов в разы выше риск допустить медицинскую ошибку, ниже показатели удовлетворённости со стороны пациентов. Напротив, врачи, которые находят время для отдыха, семьи, физической активности, реже испытывают симптомы выгорания и дольше сохраняют высокую работоспособность и концентрацию. Поддержание баланса и собственного здоровья таким образом становится частью профессионального долга.

В заключение можно сказать, что забота врача о собственном здоровье выгодна всем. Для самого медработника это ресурс долгой и успешной профессиональной жизни, более низкий риск развития заболеваний и высокая удовлетворённость от работы. Для пациентов – более энергичный и внимательный доктор, который своим примером подкрепляет рекомендации. Следуя научно обоснованным «правилам долголетия», врачи не только инвестируют в своё будущее, но и лучше выполняют свою главную миссию – сохранять здоровье пациентов.

Денис ГЛАЗКОВ,
обозреватель «МГ».

100 строк на размышление

Чемоданы с лекарствами

Почему россияне массово везут препараты из Египта

Египет давно стал для россиян местом паломничества – солнце, Красное море, древние храмы и пирамиды, отдых по доступной цене. Но есть ещё одна причина, по которой туристические самолёты заполняются до отказа, и она вовсе не связана с экскурсиями. Всё чаще российские отдыхающие возвращаются домой не только с пакетами фиников и статуэтками фараонов, но и с сумками, набитыми лекарствами. Это явление получило название «аптечный туризм», и оно обретает всё более массовый характер.

Картина знакома многим. Турист, только что прилетевший в Хургаду или Шарм-эль-Шейх, в первый же день отправляется не к морю, а в аптеку. Русские вывески «Аптека» встречаются почти на каждом шагу, словно хозяева бизнеса заранее готовились к наплыву покупателей из России. И они не ошиблись: эти торговые точки стали для россиян своеобразными центрами притяжения, порой даже более важными, чем сувенирные лавки. «Некоторые у нас закупаются на 200-500 долларов сразу, – рассказывает владелец небольшой аптеки в Хургаде Мухамед. – И везут не только для себя, но и для родственников, друзей, коллег. У вас дома это дорого и не всегда качественное, а здесь – дешевле и работает». Его брат Керим добавляет: «Вы же сами видите, всё на русском написано. Россияне для нас как родные покупатели».

И действительно, цены в Египте зачастую поражают воображение. Оригинальные препараты стоят в два, а то и в четыре раза дешевле, чем в России. При этом местные фармацевты уверяют: всё официальное, качественное. «У меня семья, мне тюрьма ни к чему», – устало отвечает провизор, когда очередной турист подозрительно уточняет: не «левый» ли это товар. Жёсткие законы страны делают подделку лекарств делом смертельно рискованным: здесь за это грозит не только длительный срок, но и смертная казнь. В итоге доверие к местным аптекам у россиян выше, чем к отечественным.

Парадокс в том, что речь идёт вовсе не о редких или экзотических средствах. На прилавках востребованы самые привычные препараты – обезболивающие, противомикробные, ангиопротекторы. То, что, казалось бы, должно без проблем приобретаться в любой российской аптеке. Но всё чаще на родине пациенты жалуются: лекарства стали хуже действовать, а их цена выросла в разы. «Мы специально приехали, чтобы закупить лекарства для себя и коллег, – признаются врачи из Нижнего Новгорода, встретившиеся в одном из отелей. – В России те же препараты либо дорогие, либо действуют хуже. Здесь дешевле и эффективнее. А нам ведь важно, чтобы работало».

Истории пациентов и волонтёров только подогревают интерес к теме. В 2022 г. в аэропорту была задержана женщина, которая пыталась провести через границу лекарства для детей с муковисцидозом. Это вызвало большой общественный резонанс: оказалось, что для некоторых семей аптечный туризм – не прихоть, а вопрос жизни и смерти. Когда официальные каналы поставок буксуют, люди готовы сами лететь за тысячи километров, чтобы достать нужный препарат. Многие заказывают лекарства заранее, прося знакомых или даже случайных туристов помочь с доставкой. Особенно часто – препараты для онкобольных и людей с диабетом.

На улицах курортных городов всё это выглядит обыденно. Рядом с лавками, где торгуют манго, специями и бижутерией, сияют аккуратные витрины аптек. Внутри – стерильная чистота и порядок. Контраст разительный: на улице – бойкий восточный базар с его хаосом и яркими красками, а здесь – строгая дисциплина и идеальный порядок. Термолабильные лекарства тут же достают из холодильника, как того требуют инструкции. Туристы недоумевают, но для египетских фармацевтов это вопрос профессиональной и личной безопасности. «Мы не можем рисковать, – объясняет фармацевт Самех, подрабатывающий гидом. – Здесь очень жёсткий контроль. Никто не будет подделывать лекарства. Это не только деньги, это судьба».

Самех, кстати, говорит и о другом, напоминая о более широком контексте: «Наши страны имеют давние добрые отношения. Вы помогали нам в освоении мирного атома, развитии обороноспособности, в энергетике. Мы вам – фруктами и овощами. Лекарства тоже стали частью этой взаимной торговли. Люди просят туристов привезти необходимые лекарства. Это показатель того, что у вас есть потребность. Почему ваши компании богатеют, а люди страдают? Надеюсь, ваше правительство разберётся».

Сложно не согласиться. Аптечный туризм в России стал отражением глубокого кризиса фармацевтического рынка. Истоки проблемы уходят в далёкие 90-е, когда многие фармкомпании зарабатывали первичный капитал на челночных поставках в условиях дефицита. Но что же сейчас? Импортозамещение, о котором так громко заявляют чиновники, зачастую остаётся на бумаге. Препараты исчезают с полок, а их аналоги стоят дороже и не всегда дают нужный результат. Пациент, привыкший доверять аптеке, вдруг вынужден сомневаться: то ли препарат другой, то ли состав изменили, то ли просто качество упало. На этом фоне Египет кажется оазисом стабильности.

Но у аптечного туризма есть и обратная сторона. Юридические риски очевидны: ввоз лекарств для личного пользования разрешён лишь в ограниченном объёме и с рецептом. Стоит превысить норму – и турист рискует оказаться в неприятной ситуации на таможне. Да и сами лекарства, купленные за границей, могут представлять опасность, если пациент принимает их без консультации с врачом. Есть риск ошибиться в дозировке, не учесть противопоказания, совместимость с другими средствами. «Мы всегда советуем брать только то, что вы уже принимаете и знаете, – говорит российский терапевт, предпочитающий оставаться анонимным. – Экспериментировать с иностранными аналогами без врача – опасно».

Однако спрос рождает предложение, и пока российский рынок не готов предложить пациентам качественные и доступные препараты, аптечный туризм будет только развиваться. «У вас врачи лучше, а у нас лекарства», – шутят египтяне, и в этой шутке, как известно, лишь доля шутки. Ситуация с аптечным туризмом не только курьёз, но и тревожный сигнал. Люди готовы лететь в другую страну ради таблеток, которые должны быть доступны у них дома. Это показатель не доверия к иностранному, а недоверия к своему.

И пока чемоданы туристов набиваются блистерами и коробками вместо сувениров, вопрос остаётся открытым: что важнее для государства – отчёты о процентах импортозамещения или реальные судьбы людей, которые ищут лекарства в других странах? Аптечный туризм стал символом того, что пациент больше не верит обещаниям, а ищет решение своими силами. И, похоже, этот символ ещё долго будет сопровождать российских туристов на рейсах в Египет, Турцию и дальше.

Евгений МЫТАРЕВ.

Ну и ну!

Муха заразила человека

Министерство здравоохранения и социальных служб США сообщило о первом в стране заражении человека личинками плотоядного паразита – обитающего в тропиках вида мясной мухи. Представитель министерства Эндрю Г.Никсон сообщил, что случай подтверждён Центром по контролю и профилактике заболеваний США (CDC). Заболевание выявлено у пациента, вернувшегося из Сальвадора. Отмечается, что в связи с законами о конфиденциальности пациентов другие подробности о случае заражения человека мясной мухой отсутствуют. Пациенту было проведено лечение, и в штате приняты профилактические меры.

Подтверждение правительством случая заражения этим паразитом поступило всего через неделю после того, как министр сельского хозяйства США Брук Роллинз отправилась в Техас, чтобы объявить о планах строительства там стерильного объекта по разведению мух в рамках усилий по борьбе с этим вредителем. В Соединённых Штатах они были полностью истреблены в 1960-х гг., когда учёные начали выпускать в больших количествах стерилизованных самцов мясной мухи, которые спаривались с дикими самками и производили бесплодные яйца.

Министерство сельского хозяйства США подсчитало, что вспышка вызванной мясной мухой инфекции может обойтись экономике Техаса, крупнейшего штата США по производству крупного рогатого скота, примерно в 1,8 млрд долларов в виде падежа животных, затрат на рабочую силу и расходы на лекарства.

Самки паразитических мух откладывают яйца в раны на теле любого теплокровного животного. После вылупления сотни личинок прогрызают живые ткани, в конечном итоге убивая хозяина, если вовремя не начать лечение. Процесс питания личинок напоминает вкручивание шурупа в древесину.

Они могут быть опасны для крупного рогатого скота и диких животных и редко заражают людей. Лечение обременительно и включает удаление сотен личинок и тщательную дезинфекцию ран.

В сообщении отраслевой группы производителей мясной продукции Beef Alliance говорится, что CDC должен был сообщить о положительном случае заражения мясной мухой в Новом Свете как должностным лицам здравоохранения штата Мэриленд, так и ветеринарному врачу штата Мэриленд. «Мы по-прежнему надеемся, что, поскольку осведомлённость в настоящее время ограничена представителями отрасли и государственными ветеринарами, вероятность утечки информации о положительном случае заболевания низкая, что сведёт к минимуму влияние на рынок», – написал руководитель Beef Alliance.

Торговцы скотом и производители говядины обеспокоены возможными случаями заболевания крупного рогатого скота, поскольку цены уже достигли рекордных отметок. Поголовье крупного рогатого скота в США находится на самом низком уровне за последние семь десятилетий.

Случай заболевания человека и отсутствие прозрачности вокруг него могут стать политическим вызовом для министерства сельского хозяйства. Роллинз впервые объявил о планах создания стерильного объекта по разведению мух на авиабазе Мур в Эдинбурге, штат Техас, недалеко от места, где 50 лет назад во время последней крупной вспышки действовал производственный объект по борьбе с мясной мухой, в июне, заявив, что ввод объекта в эксплуатацию займёт от двух до трёх лет. Мексика также приняла меры по ограничению распространения вредителя, который без лечения может убить скот за несколько недель. В июле правительство страны заявило о начале строительства объекта по разведению стерильных мух стоимостью 51 млн долларов.

Единственный действующий завод в США находится в Панама-Сити и может производить до 100 млн стерильных мясных мух в неделю. По оценкам Министерства сельского хозяйства США, для того, чтобы оттеснить вредителя в тропические леса между Панамой и Колумбией, их потребуется выпускать 500 млн еженедельно. Мясные мухи перемещаются на север через Мексику из Центральной Америки с 2023 г. Они являются эндемиками на Кубе, Гаити, в Доминиканской Республике и странах Южной Америки.

В июле Мексика сообщила о новом случае заболевания, произошедшем примерно в 595 км к югу от границы с США, в Иксуатланде-Мадеро, штат Веракрус. Министерство сельского хозяйства Америки немедленно распорядилось о закрытии торговли скотом через южные порты въезда после того, как ранее импорт был приостановлен в ноябре и мае. Обычно США импортируют из Мексики более миллиона голов крупного рогатого скота в год для откорма на откормочных площадках и переработки в говядину.

Выводы

Обезболивающие приводят к рискам

Новые данные свидетельствуют о том, что противосудорожный препарат прегабалин, который обычно назначают при хронической боли, связан с повышенным риском развития сердечной недостаточности (СН), особенно у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) в анамнезе. В когорте из более чем 240 тыс. получателей Medicare с неонкологической хронической болью начало приёма прегабалина было связано с повышением риска возникновения СН на 48% в целом и на 85% у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями в анамнезе.

Хроническая боль затрагивает до 30% взрослых в возрасте 65 лет и старше. Исследователи под руководством доктора медицинских наук Элизабет Парк из Медицинского центра Колумбийского университета им. Ирвинга в Нью-Йорке отметили, что неопиоидные препараты, такие как габапентиноиды прегабалин и габапентин, широко назначаются при хронической боли. Прегабалин обладает большей активностью, чем габапентин, и, следовательно, может быть связан с повышенным риском развития СН из-за воздействия, вызывающего задержку натрия/воды.

Для дальнейшего исследования исследователи обследовали 246 237 участников программы Medicare в период с 2014 по 2018 гг., включая 18 622 (8%) новых пациентов, впервые принявших прегабалин, и 227 615 (92%) новых пациентов, впервые принявших габапентин. Все пациенты были в возрасте от 65 до 89 лет, страдали хронической болью неонкологического происхождения и не имели в анамнезе сердечной недостаточности.

Исследователи использовали обратную вероятность для корректировки обширного списка из 231 сопутствующих факторов с целью снижения влияния помех и попытались максимально точно воспроизвести гипотетическое целевое исследование, в котором пациенты Medicare получали новые рецепты на прегабалин или габапентин для лечения боли, не связанной с раком.

За 114 113 человеко-лет наблюдения 1470 пациентов были госпитализированы или направлены в отделение неотложной помощи по поводу СН. Частота на 1000 человеко-лет составила 18,2 для прегабалина и 12,5, что соответствует примерно шести дополнительным эпизодам СН в год на каждые 1000 пациентов, получавших прегабалин, при скорректированном коэффициенте риска (HR) 1,48. Разница была ещё более выраженной у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в анамнезе.

Авторы заявили, что полученные результаты подтверждают текущие рекомендации Европейского агентства по лекарственным средствам проявлять осторожность при назначении прегабалина пожилым людям с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

С клинической точки зрения, полученные результаты имеют «немедленные клинические последствия», пишут доктор медицины из Weill Cornell Medicine Роберт Чжан и доктор медицины из Tzafon (Poriya) Medical Center Эдо Бирати. «Врачам следует сопоставлять потенциальные сердечно-сосудистые риски, связанные с прегабалином, с его анальгетической эффективностью. Это особенно актуально, учитывая растущее использование габапентиноидов среди пожилых людей и сохраняющуюся проблему полипрагмазии в этой возрастной группе», – рекомендуют Чжан и Бирати. Более того, если применение прегабалина связано с впервые выявленной СН, это повышает вероятность того, что препарат может выявить скрытое субклиническое сердечно-сосудистое заболевание, что указывает на необходимость тщательного обследования сердца перед назначением этого лекарства.

Исследования

Стимуляция мозга при афазии

Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) может дополнить стандартную языковую терапию, помогая замедлить прогрессирование первичной прогрессирующей афазии (ППА) – нейродегенеративного заболевания, которое нарушает коммуникацию. В рандомизированном плацебо-контролируемом клиническом исследовании 6 месяцев активной прерывистой тета-волновой ТМС в сочетании с языковой терапией улучшила или смягчила снижение регионального метаболизма мозга, развитие языковых навыков, функциональных нарушений и нейропсихиатрических симптомов у взрослых с ППА.

ППА – гетерогенный клинический синдром, характеризующийся прогрессирующими нарушениями речи и/или языка. Большинство случаев обусловлено лобно-височной дегенерацией или болезнью Альцгеймера. В настоящее время не существует эффективных медикаментозных методов лечения, хотя логопедическая терапия доказала свою эффективность. ТМС может вызывать изменения в возбудимости коры головного мозга, потенциально способствуя реорганизации языковых сетей, и показала себя многообещающей в качестве дополнительного метода лечения постинсультной афазии.

Предыдущие исследования, изучавшие краткосрочные эффекты ТМС на ППА, сообщали о «обнадёживающих» результатах, но долгосрочные эффекты, выходящие за рамки нескольких недель вмешательства, до сих пор не изучались. Исследователи под руководством доктора медицинских наук Хорди Матиаса-Гуиу из отделения неврологии клинической больницы Сан-Карлос в Мадриде (Испания) отобрали 63 взрослых человека с ранней стадией ППА (42 женщины; средний возраст – 72 года).

Участники были рандомизированы (2:1) в группы активной прерывистой тета-волновой ТМС или фиктивной ТМС в течение 6 месяцев, после чего сразу же проводилась научно обоснованная языковая терапия для PPA.

Испытание включало 24-недельное лечение, включающее двухнедельный интенсивный курс, в течение которого ежедневно применялась активная ТМС или имитация ТМС в сочетании с речевой терапией, а затем поддерживающую фазу, в течение которой та же стимуляция применялась еженедельно в течение 22 недель. Оценка состояния участников проводилась на исходном уровне, через 3 месяца после начала лечения и по его окончании (через 6 месяцев).

Основным результатом было стандартизированное отношение значений накопления (SUVR) при ПЭТ-изображении с ФДГ в левом полушарии, оценённое на исходном уровне и через 6 месяцев (сразу после вмешательства). Первичный результат оказался положительным, с более высоким скорректированным средним значением SUVR в активной группе, чем в группе ложной ТМС.

Активная ТМС также ассоциировалась со значительным улучшением всех вторичных языковых показателей через 6 месяцев, включая мини-тест лингвистического статуса, со скорректированной средней разницей через 6 месяцев в 7,71 балла. У пациентов в группе симулированной терапии этот показатель ухудшился по сравнению с пациентами в группе активного лечения. Активная ТМС также привела к улучшению способности называть обученные слова при конфронтации, которая улучшилась в среднем на 23,8 балла у активных получателей по сравнению с получателями ложной ТМС.

Функциональная независимость также улучшилась: показатели повседневной активности снизились на 5,4 балла (что указывает на улучшение результатов) в активной группе по сравнению с группой, получавшей имитацию ТМС. Нейропсихиатрические симптомы также уменьшились, что на 4 балла выше по шкале нейропсихиатрического инвентаря.

Существенных различий в количестве нежелательных явлений не наблюдалось. Приверженность протоколу лечения была высокой (92%).

«В целом эти результаты свидетельствуют о том, что сочетание ТМС и языковой терапии является возможным и эффективным вариантом лечения ППА», – заключили учёные. Они заявили, что в будущих исследованиях необходимо изучить потенциал ТМС в сочетании с научно обоснованным вмешательством в развитие речи для поддержания или продления этих преимуществ по истечении 6 месяцев.

А как у них?

Расходы увеличились

Недавний анализ показал, что пациенты в США, имеющие частную страховку и впервые диагностированный рак, особенно те, у кого заболевание находится на более поздней стадии, несли «значительные расходы из собственного кармана». Они увеличились в среднем почти на 600 долларов.

Расходы на лечение рака в США растут, но большинство исследований сосредоточено на получателях государственной страховки Medicare. Важно понимать финансовое бремя пациентов с частной страховкой, особенно учитывая рост заболеваемости раком среди молодых американцев. Учёные из Медицинской школы Стэнфордского университета в Пало-Альто (Калифорния) провели ретроспективное исследование 19 656 пациентов с раком, используя набор данных, который связывает претензии крупной частной страховой компании с реестром онкологических заболеваний «Наблюдение, эпидемиология и конечные результаты».

У 74,1% пациентов был диагностирован рак молочной железы, у 14,5% – колоректальный рак, а у 11,4% – рак лёгких. Анализ также включал 26 502 человека без рака, которым была присвоена псевдодата постановки диагноза. Ежемесячные расходы из собственного кармана (доплаты, совместное страхование и франшизы) рассчитывались на основе страховых случаев и поправки на инфляцию в долларах США по курсу 2024 г.

После постановки диагноза «рак» ежемесячные расходы выросли в среднем на 592 доллара. Эти дополнительные расходы увеличивались с увеличением стадии заболевания: от 462 долларов в месяц при раке стадии 0 до 720 долларов в месяц при раке стадии IV. Расходы из собственного кармана резко возросли в месяц постановки диагноза и оставались высокими в течение 6 месяцев по сравнению с расходами у людей без рака – в среднем 4145 долларов США совокупных дополнительных расходов (за 7 месяцев).

Подготовил Игорь НАУМОВ.

По материалам Medscape, Reuters, JAMA.

Грани

Осмыслить новые реалии и дилеммы

Моральные и философские регуляторы деятельности врача

В современном здравоохранении стремительно развиваются биотехнологии, а человеческие отношения порой отодвигаются на второй план. Поэтому необходимо проанализировать сходства и различия норм и принципов моральных регуляторов медицинской деятельности. Деонтология, этика медицины и духовно-нравственная культура направлены на благо и уважение прав людей, могут дать правильные знания, как следует поступать. Но духовно-нравственная культура, с философской точки зрения, выходит за рамки деонтологии и этики, поскольку включает в себя элементы личной духовности и религиозных убеждений, побуждает к просоциальному поведению. Обсудим это подробнее.

Из истории становления моральных принципов медицины

Этические требования всегда были частью врачебного искусства. Со временем они развивались и приобретали формы, отражающие различные философские концепции и модели взаимодействия с больным человеком. Среди них особо выделю пять – медицинскую деонтологию, медицинскую этику, биомедицинскую этику, биоэтику и духовно-нравственную культуру врача. Каждое из этих понятий обрело свой философский контекст и практическое применение.

Медицина неразрывно связана с философско-мировоззренческими и ценностно-смысловыми представлениями людей. Лечебно-диагностическая и просветительско-профилактическая помощь человеку не ограничивается естествознанием, но предполагает и нравственное измерение. На протяжении тысячелетий милосердие, сострадание и забота составляли краеугольное основание философии медицины, врачебной этики, отношения к пациенту и просоциального поведения.

Моральные предписания, адресованные доктору как члену общества, в каждую историческую эпоху имели свои характерные отличия. На формирование нравственных норм и оценок работы врача накладывали отпечаток религиозные, философские, культурные, социальные, экономические и иные традиции разных народов. Главный же принцип – облегчение страданий больного человека – как правило, оставался неизменным.

Самые ранние документы, в которых изложены моральные нормы и права врачей, включают свод законов вавилонского царя Хаммурапи (XVIII в. до н.э.), древнеиндийские медицинскую энциклопедию «Аюрведа» (IX-III в. до н.э.) и законы Ману (II-I в. до н.э.), а также сочинения величайших древнегреческих врачей-мыслителей Гиппократа и Галена, римского врача Цельса.

На формирование моральных принципов оказали влияние средневековые арабские врачи-философы Ибн-Сина (Авиценна) (X-XI вв.), Ар Рази (X в.), Ибн-Аль-Талмид (XII в.). Авиценне принадлежит афоризм: «Врач должен иметь глаз сокола, руки девушки, мудрость змеи и сердце льва». Также отметим западноевропейские подходы к врачебной этике, представленные Парацельсом (XV-XVI вв.) и И.Кантом (XVIII в.).

Термин «деонтология» введён английским философом-правоведом И.Бентамом в 1834 г. в книге «Деонтология, или Наука о морали». В дальнейшем совокупность нравственных норм профессионального поведения медицинских работников стала называться медицинской деонтологией. Последняя включает в себя круг вопросов, входящих в рамки служебных обязанностей медперсонала: соблюдение врачебной тайны, ответственность за жизнь и здоровье больных, характер взаимоотношений с коллегами, пациентами, их близкими и т.д. В отличие от медицинской этики, деонтология имеет черты узкой специализации, например, деонтология терапевта, педиатра, стоматолога. Хотя, конечно, не существует отдельно взятой этики терапевта, педиатра и стоматолога.

Исследователь Р.Мур подчёркивает, что медицинская этика – это общечеловеческая этика, применимая к медицинской практике и не имеющая уникальных правил. По его словам, «старая этика, пытающаяся найти своё место в новых, часто трудных обстоятельствах» востребовали и новый ценностный контент, философский анализ и нравственную регламентацию.

Философский и культурологический базис

На мой взгляд, фундаментом медицинской деонтологии и этики медицины является духовно-нравственная культура врача. Это система его внутренних ориентиров, личных убеждений, глубинных намерений, моральных качеств, гражданской позиции, экзистенциальных воззрений, религиозных предпочтений, велений долга и совести. Духовно-нравственная культура включает в себя традиционные ценности, смыслы и мотивы врачебного искусства, служения людям и Отечеству, а также требования деонтологии, определяющие просоциальное поведение и профессиональное отношение к пациентам, коллегам, болезни и здоровью, жизни и смерти, работе, обществу, религии. Это уважение к личности страждущего человека, забота о его благополучии и самочувствии, милосердие, честность, ответственность, совестливость, чуткость, гуманность...

Врач – не просто профессия, но и призвание, требующее больших знаний, мастерства и чистого морального облика. Духовно-нравственная культура как раз и позволяет делать верный осознанный выбор, выстраивать свой профессиональный путь и расставлять приоритеты, отделяя важное от второ- и третьестепенного. Её ценности невидимы, субъективны и не поддаются естественно-научному измерению. Это своего рода субъективная реальность: порядочность, милосердие, доброта, смирение, самокритичность, самоотдача, дружба, любовь, жертвенность... Они мотивируют и направляют, словно ментальный компас.

Так, если для спокойствия совести нужно преодолеть много трудностей, то они побуждают не бросать начатое дело. А когда доктор сомневается, что выбрать и предпринять, могут дать подсказку. Чтобы побороть жажду наживы, нужно предложить больному лечение эффективное, хотя и менее выгодное врачу с коммерческой точки зрения. Иногда необходимо уступить коллегам, пожертвовать даже чем-то дорогим и не продавливать ситуацию «под себя», чтобы сохранить уважение коллектива или избежать недобросовестной конкуренции.

Со временем и опытом духовно-нравственная культура претерпевает изменения, что естественно для развития живого человека. Если она угасает, то возрастают цинизм, халатность, безразличие к страданиям, ожесточённость, риск ятрогенных заболеваний у пациентов и синдрома эмоционального выгорания у врачей... Если она растёт, то укрепляются гуманизм, уважение к достоинству каждого человека (независимо от социального статуса, вероисповедания, возраста, пола и национальности), стремление к просоциальному поведению, самопознанию и самосовершенствованию, стрессоустойчивость. А в итоге повышаются внутренняя удовлетворённость врача и качество жизни пациента.

По словам выдающегося хирурга и священноисповедника Луки (В.Войно-Ясенецкого), «состояние духа больного, доверие или недоверие врачу, глубина веры и надежды на исцеление или, наоборот, психическая депрессия, вызванная неосторожными разговорами докторов в присутствии больного о серьёзности его положения, во многом определяют исход недуга. Психотерапия, состоящая в словесном, вернее духовном воздействии врача на больного, – общепризнанный, часто дающий прекрасные результаты метод лечения многих болезней».

Вот почему духовно-нравственная культура неразрывно связана с религиозностью, менталитетом, личностным ростом и духовным развитием. Как сказал замечательный русский терапевт Сергей Боткин: «Если после разговора с врачом больному не стало легче, то это плохой врач».

Традиционная религия – надёжный помощник в поисках смысла жизни и профессии. Эмпирические исследования подтверждают, что высокий уровень религиозной вовлечённости связан с высокими показателями осмысленности человеком своей жизни и труда. Участие в совместных молитвах, обрядах и таинствах помогает избежать одиночества и отчуждения, формирует здоровьесберегающее мышление и просоциальное поведение.

Духовно-нравственная культура способствует активному слушанию, эмпатии и пониманию эмоционального состояния пациентов, что минимизирует стресс, тревожность, беспокойство и другие симптомы, часто сопровождающие посещение врачебного кабинета. Это необходимо для создания комфортной и доверительной атмосферы во время консультаций и процедур.

Наука и практика, основанные на духовно верных ориентирах, способствуют формированию профессиональной идентичности в социальном служении людям – принадлежности одному экспертному сообществу, коллегиальности, взаимопомощи и чувству локтя. Тогда врач стремится конструктивно разрешать конфликты, лучше осознаёт свою роль как защитника здоровья пациента и готов взять на себя ответственность не только за его физическое состояние, но также психоэмоциональное благополучие.

Верные духовно ориентированные практики (молитва, покаяние, трезвомыслие, самоанализ, саморефлексия, следование голосу совести т.п.), тренинги по развитию эмоционального интеллекта, эмпатии, стрессоустойчивости и жизнестойкости, способы когнитивной, эмоциональной и волевой саморегуляции помогают пройти через горе, пережить различные трудности. Это чрезвычайно важно для сохранения душевного спокойствия и равновесия в условиях высокой нагрузки и стресса, нахождения ресурсов, чтобы стать более чутким и отзывчивым к потребностям пациентов, участвовать в благотворительных акциях и волонтёрских проектах. Наставничество со стороны опытных врачей также является важным инструментом передачи традиционных ценностей и смыслов молодым специалистам. Делясь опытом, наставники рассказывают о сложностях профессии и о том, как они справлялись с моральными дилеммами.

Очевидно, что специалист без чувства человечности и сострадания способен принести большой вред. Нужно понять, что каждый пациент – это не очередной клинический случай или картина болезни, а страдающий человек со своими переживаниями, страхами и потребностями. Поэтому врачи должны быть готовы лечить не только полость рта или печень, но также поддерживать пациентов, проявляя внимание и заботу в целом.

Основные сходства и различия

Главное сходство деонтологии, этики медицины и духовно-нравственной культуры состоит в том, что все они направлены на благо и уважение прав людей; могут дать правильные знания, как следует поступать; связаны с моральными аспектами здравоохранения; стремятся к справедливости и равенству в доступе к медицинской помощи, сочетанию финансовых средств и моральной ответственности.

Но есть и существенная разница: лишь духовно-нравственная культура укрепляет внутренний стержень и душевные силы. С философской точки зрения, она выходит за рамки деонтологии и этики, поскольку включает в себя элементы личной духовности и религиозных убеждений. Если человек стремится к духовно-нравственной гармонии и зрелости, то воспринимает свою профессию не только как способ достичь сугубо земных целей (исполнение должностных обязанностей, возможность построить карьеру, заработать деньги, обеспечить материально себя и близких). Прежде всего это реализация смысла жизни посредством просоциального поведения и выполнения священной миссии, ориентированной на служение людям, обществу и Отечеству.

В современном здравоохранении стремительно развиваются биотехнологии, а человеческие отношения порой отодвигаются на второй план. Вот почему философско-мировоззренческие, этико-деонтологические и духовно-нравственные аспекты подготовки и работы имеют огромное значение для профессионального становления, личностного роста и развития будущих специалистов. Необходимо обеспечить интеграцию таких модулей в программы непрерывного медицинского образования, чтобы доктора всегда развивали полезные профессиональные качества. Иначе любые разговоры о деонтологии и этике останутся пустыми благопожеланиями, тщетными призывами и красивыми лозунгами.

Константин ЗОРИН,
кандидат медицинских наук,
доцент кафедры ЮНЕСКО,
физического воспитания
и здорового образа жизни
Российского университета медицины.

Живопись — такое же искусство, как и врачевание

Член Союза художников РФ с 2015 г., Сергей КОРЖОВ в 1993 г. окончил лечфак Воронежского мединститута. С тех пор работает фтизиатром в Задонске Липецкой области. Мы встретились в его художественной мастерской, расположенной в старом деревянном доме. Две комнаты от пола до потолка плотно завешаны холстами с пейзажами и натюрмортами. Во дворе каменный амбар с тремя большими помещениями: в одном находится токарный станок, в другом – багетная мастерская, в третьем – сушильня.

– Сергей Павлович, когда и как вы стали художником?

– Вспомните 90-е, как мы тут жили, какая была зарплата. Семья вся врачебная: тёща – врач, я – врач, жена – врач, двое детей, а кормить-то их надо было. Что надо народу? Хлеба и зрелищ. Я с детства любил рисовать. Богатые заказывали какие-то росписи стен, элементы дизайна, что-то ещё, и я этим занимался. Тогда начали приватизировать базы отдыха, и там тоже понадобились оформители. В 2003 г. брат мне помог выкупить это здание, и поэтому появилась своя мастерская. Это пространство для общения с людьми, и не только местными. Тут многие московские профессора побывали – Перельман, Примак, Аксёнова, Васильева и т.д.

– В вашей мастерской, помимо холстов, вижу старый самовар, какие-то кувшины и бутылки…

– Я очень люблю созерцать старинные предметы, уходящую натуру, имеющую какую-то свою историю. У меня была целая выставка бабочек. Мы знаем капустницу да лимонницу, а их на самом деле очень много, с множеством оттенков, поэтому вот мне интересно. Каждый человек чем-то увлечён, есть передвижники, а есть подвижники, у каждого своя функция: кто-то несёт свою религию в массы, а кто-то ждёт, когда придут к нему. Если человек ко мне пришёл, увидел что-то интересное, можно ему рассказать. Я своё ищу, какие-то образы, видение, закаты, восходы, цвета. Кому-то нравится, кому-то нет. Как угодить каждому? Никак.

– Ваши работы продаются?

– Да, продаются. Человек придёт, купит, уйдёт.

– Но сейчас что вас больше всё-таки кормит – живопись или фтизиатрия?

– Сейчас-то вообще хорошо. Так-то у меня зарплата 32 тыс., а с прошлого года мы 50 тыс. федеральные получаем. Если бы не эти деньги, то можно было бы сказать, что да, живопись кормит. Представляете, сколько денег вложено сюда. Когда в 90-х приобрёл несколько кисточек и тюбики краски, жена заплакала: «Как же мы будем теперь месяц жить». И тут приехал один товарищ, а я как раз нарисовал две картинки и ему продал. Говорю жене: «Ну, вот месяц мы теперь поживём». Поэтому перестал брать заказы очень давно. Где-то лошадку купили, где-то блюдо (С.Коржов изготавливает игрушки и посуду из дерева – **Ред.**), где-то картину. Тут продал, там купил. Но, в принципе, мастерская существует много лет, и я сюда только вкладываю. То есть, с одной стороны, прибыльное дело, а с другой стороны – убыточное. Ну, представьте, покупаешь ты, допустим, станок токарный, и что надо сделать? Надо иметь много резцов. И ты, сколько бы ни точил, каждый раз, продавая какую-то вещь, хочешь другой резец, другой патрон, что-то ещё. Нет же предела совершенствования. То есть просто хочется более качественно продукцию выпустить. Не кого-то там удивить, а себя порадовать.

– А вы могли бы бросить фтизиатрию и жить живописью?

– Живописью жить нельзя, понимаете? Надо жить работой. Если я начну думать о еде, то перестану что-то делать. Это однозначно. Это уже пройденный этап у меня. Многие живописцы, как и врачи, тоже профессионально выгорают, и вопрос, как и где найти вдохновение. Во время ковида я уходил на работу в 8 утра и приходил в полночь, а в субботу и воскресенье просто взахлёб писал, потому что надо было находить эти все эмоции для того, чтобы опять на неделю заряжаться.

– Вы сейчас каждый день рисуете?

– Стараюсь, да. Вот сегодня принесли оформить картину. Это тоже живопись. Многие художники не знают, как оформить свои работы.

– Я не встречал художников, которые одновременно занимались бы багетом.

– Девяносто процентов успеха картины зависит от её оформления. Очень много работы даёт монастырь. Иконе нужно обрамление, киот, вкладыш, багет. Когда я открыл багетную мастерскую, у меня работал парнишка, и мы вдвоём большие объёмы делали, по 5 тыс. рам в день.

– Вы пишите маслом?

– Сейчас в основном да. А так, у меня все техники. Тут просто не представлено. Ну, акварель сложно хранить, масло дольше лежит, и поэтому мне как бы более приемлемо с ним работать. Первая персоналка у меня такая большая (200 работ) была в 2000 г. Тут я много выставочных пространств открыл для того, чтобы молодёжь притягивать. Делаю персональные выставки, направляю, как-то помогаю.

– Это дилетанты или профессионалы?

– Моя сокурсница Аня Карпова работает в деканате медицинского университета. Она говорит, что в этом году 25 дипломов вообще не забрали. Ну как можно окончить мединститут и не забрать диплом? Так и художники работают не по специальности. Вытягиваешь их через интернет, видишь где-то их работы, начинаешь потихоньку раскручивать для того, чтобы пришло хотя бы осознание, что человек не просто окончил художественное училище или институт, что он может творить, он должен это делать. Один художник работал педагогом. А жена его постоянно пилила, меня в пример ставила: «Ну глянь, он врач, а у него и выставки персональные, и он уже член Союза художников. А ты, профессионал, так вот ведёшь себя. Давай-ка занимайся». И он начал потихоньку подтягиваться.

Сейчас меня включили в программу «Задонск – столица филатуризма», когда человек приезжает, приобретает филагид-путеводитель и проходит почтовые квест-маршруты. На открытку с репродукцией моей картины приклеивается марочка и ставится печать туристско-почтовой станции «Задонская земля». То есть у меня есть почта художника. Вот такая история развивается уже третий год. Люди, которые сюда приезжают, приобщаются к живописи.

– На марке вместо цены указано «3,75 вёрст». Что это?

– Это расстояние от нашего нулевого столба до моей мастерской. У нас был первый почтовый тракт, именем которого названа улица. Помимо почты художника, есть каменная, голубиная, монастырская, сырная, есть почта Кудыкиной горы, и т.д. То есть почтовые станции знакомят человека не только с городом, а ещё и с его историей. Потому что многие мои картины – это отражение вчерашнего дня. Изображены те здания, которые уже перестроены или сломаны. Нередко жители находят свои дома только на картинах. Чтобы город стал более привлекательным, нужно что-то делать.

– Зачем вы пошли в депутаты?

– Я ещё не был членом Союза художников, но выставки уже делал, мероприятия тут проводил. Надо было как-то их узаконить, вот и пошёл в районные депутаты. А потом, когда депутатские полномочия заканчивались, я приготовил буклет и поехал в Москву, чтобы вступить в союз.

– Вот у вас на холсте изображена панорама Задонска. Сколько времени уходит на такой этюд?

– На панорамный этюд – обычно полдня на пленэре. Потом что-то дописывается в мастерской.

– А портреты вы пишите?

– Я много писал их на заказ, а сейчас от портрета ушёл абсолютно, потому что мне стало неинтересно. Это сложная история. Почему-то у меня получается так, что на картинах нет ни людей, ни животных. Но когда на картине нет предмета, который одухотворён, человек хочет в неё зайти. Он там будет один. Многие покупатели потом признаются: «Слушай, хорошо, что никого нет. Мне тут нравится гулять в одиночестве». Один товарищ заказывал специально что-нибудь для души. Я нарисовал дорогу, даль, гладь воды. И вот он просто освободил комнату, поставил два кресла, журнальный столик и повесил на стену мою картину. И когда приходит с работы, садится и смотрит. Говорит: «Я в ней поброжу чуть-чуть, полегчает, и пойду дальше».

– А беспредметных композиций у вас нет?

– Бывало разное, в 90-х что только не делал. Хозяин сказал: «Вот так», – значит, будет так, потому что выживать было надо.

– Какие ваши любимые художники?

– Их несколько. Назову Васильевых – Фёдора (это классическая живопись XIX в.) и Константина, жившего в прошлом веке. Последний, конечно, больше график, но его философская идея была интересная.

– Удивительно, что вы сочетаете работу на токарном станке с живописью, потому что в моем представлении это совершенно разные занятия.

– Нет, ну, смотрите, это опять вопрос формы. В чём форма вот этого предмета заключается (показывает деревянную плошку – **Ред.**)? Ствол-то идёт вот так, тут одна сердцевина, а тут другая. А есть предметы, у которых три сердцевины, это когда попадают ветки, понимаете?

– А кони – это ваши изобретения?

– Как деревяшка легла, так и сделал. Вот там рисунок сюда идёт, и я хвост деревянный сделаю, а там, где нет этого рисунка, может, и хвост будет такой вот тряпочный. Ну, дерево разное, и лошадки разные. Вот это дерево какое?

– Похоже на дуб. Угадал?

– Нет, это белая акация. Она плотнее дуба в разы. Видите, как опалесцирует? Рисунок глубокий очень, насыщенный. А это какое дерево?

– Может быть, вишня?

– Яблоня. Она белая бывает чаще. Неинтересно делать из того, из чего все. Хочется всегда работать с цельным куском дерева.

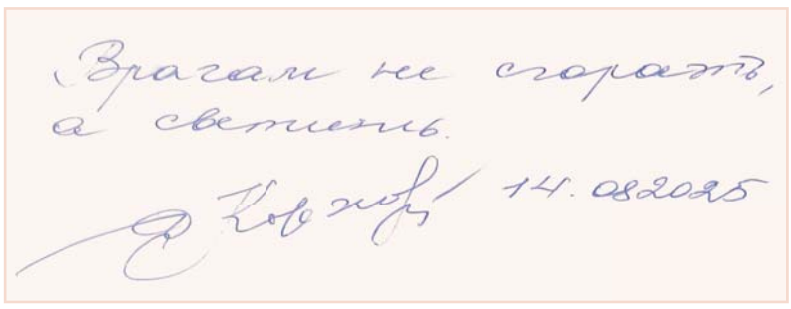
– Ваша врачебная работа как-то отражается в вашем творчестве?

– Скорее наоборот. У меня были детские книжки с моими рисунками и мультики по профилактике туберкулёза. Живопись – это такое же искусство, как и врачевание. Если кто-то столяр по внутреннему состоянию души, то он будет хирургом. А терапевты более мягкие, поэтому занимаются живописью.

– Какие у вас творческие планы?

– Мне хотелось бы центр пленэрный открыть, потому что очень много художников едут по трассе М4 «Дон» с юга в Москву и с Москвы на юг и все останавливаются в Центральном Черноземье. Но они не могут найти такой центр, где соединятся 10-15 человек. Здесь бывают молодёжные пленэры, мы принимали 12-й фестиваль, была большая выставка всех участников. Тут как бы точка такая – Воронеж рядом, Липецк недалеко. Недавно китайцы приезжали с пленэром, у нас обменные такие процессы бывают. Поэтому и планы можно строить.

Борис НИЖЕГОРОДСКИЙ.
Задонск.



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.
Материалы, помеченные значком ❑, публикуются на правах рекламы.
За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.
Редакция имеет право публиковать присланные в свой адрес материалы. Факт пересылки означает согласие автора на передачу редакции прав на публикацию и получение соответствующего гонорара.

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

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 № 1612
Тираж 10 500 экз.
Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»: Брянск (4832) 646673; Новосибирск 89856322525; Омск (906) 9928139; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89383585309; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).
Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-65711 от 13.05.2016 г. Учредитель: ООО «Медицинская газета».