

## Проекты

# Устойчива к лекарствам, но поддаётся скальпелю

## В России появятся новые центры лечения эпилепсии



Красноярские нейрохирурги начали осваивать технологию хирургического лечения эпилепсии. Толчком к этому стал пилотный проект Минздрава России, единственным участником которого от Сибирского федерального округа оказался Красноярский край. В рамках проекта на медицинской карте страны появятся несколько клиник, где проводится хирургическое лечение эпилепсии у пациентов с фармакорезистентностью заболевания. До сих пор все эти пациенты вынуждены были обращаться в федеральные центры нейрохирургии.

В качестве тренера в Красноярскую краевую клиническую больницу прибыл заведующий отделением

функциональной хирургии новосибирского Федерального центра нейрохирургии Александр Дмитриев. Именно он выполнил первую показательную операцию, во время которой ему ассистировали красноярские коллеги. Задача хирургического вмешательства в данном случае – устранить очаг патологического возбуждения в головном мозге. Согласно статистике, эффективность такого лечения превышает 80%. Речь идёт о 30% больных эпилепсией, организм которых не отвечает на медикаментозную терапию, и приступы повторяются.

Первой пациенткой, которой выполнена операция по поводу привисочной эпилепсии, стала 30-летняя жительница края. Стаж её болезни около 2 лет,

все лекарственные схемы не дали ожидаемого результата.

Как сообщили в больнице, потребность региона в хирургическом лечении эпилепсии оценивается примерно в 30 операций в год. Возможно, сюда будут направлять пациентов с эпилепсией из других регионов. Во всяком случае, это было бы логично, поскольку для накопления большого опыта и получения стабильно высоких результатов такого незначительного количества оперативных вмешательств нейрохирургам будет явно мало.

Елена СИБИРЦЕВА.  
МИА Сито!



**Михаил ИВАНОВ,**  
председатель совета Ассоциации работников здравоохранения Воронежской области, главный врач городской клинической больницы № 10, доктор медицинских наук:

*Кто в регионе отвечает за проведение аккредитации, кто и как её оплачивает? Предлагаю в 2022 г. не проводить её без оплаты.*

Стр. 4



**Олег ШИЛОВСКИХ,**  
генеральный директор Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза», главный специалист – офтальмолог Минздрава Свердловской области:

*Концессия не связала нам руки, наоборот, способствовала развитию, расширению инвестиций, появлению новых планов на будущее.*

Стр. 6-7



**Алексей ПРОТОПОПОВ,**  
ректор Красноярского ГМУ, доктор медицинских наук, профессор:

*Многие образовательные программы сформированы ещё в XX веке не рассчитаны на появление новых медицинских специальностей. Можно и нужно сделать их адекватными потребностям сегодняшней и будущей медицины.*

Стр. 10-11

## Острая тема

# Лучше поздно, чем никогда

**Росздравнадзор поручил своим территориальным органам сообщать в Следственный комитет и Прокуратуру о фактах антипрививочной пропаганды. В зоне особого внимания – медработники-антивакцинаторы.**

По мнению члена Комитета Госдумы по охране здоровья заслуженного врача России Олега Иванинского, решение правильное, хотя и немного запоздалое. Результаты вакцинации против COVID-19 были бы выше, а показатели заболеваемости и смертности от этой инфекции не росли такими темпами, если бы государство давно приняло жёсткие меры в отношении антиваксеров.

– Доверие к белому халату у населения традиционно высокое, и всё, что говорит человек, работающий в системе здравоохранения, воспринимается как истина. Но белый халат не делает медработника автоматически профессором-вирусологом, однако многие наши коллеги, не являясь специалистами в данной области, берут на себя смелость отрицать важность прививок и ношения защитных масок. И это удивляет.

Парламентарий отмечает, что любой человек вправе иметь точку зрения, отличную от общепринятой. Но, будучи сотрудником медицинской отрасли, публично высказывать своё мнение о вреде прививок и отговаривать людей от вакцинации недопустимо. Теперь за это придётся отвечать по закону.

В то же время эксперт считает необходимым не только лишать антиваксеров трибуны, но и обратить внимание на качество медицинского образования. Риск быть привлечённым к ответственности по статье УК РФ вряд ли изменит отношение противников прививок к вакцинопрофилактике.

– Если человек с медицинским дипломом искренне не понимает, что вакцинация единственный способ сохранить человеческие жизни во время любой пандемии, значит, ему плохо объяснили это на этапе обучения, – считает О. Иванинский.

Он также обращает внимание на то, что антипрививочники и ковид-диссиденты не работают в «красных зонах», но именно там в качестве пациентов рано или поздно оказываются те, кто им доверился.

Ольга БЕРЕЦКАЯ.  
МИА Сито!

## Акценты

# Кто ответит за гололедицу?

**Чем окончатся ноябрьские всеобщие гуляния? По мнению учёных, с высокой долей вероятности с появлением новых вариантов коронавируса SARS-CoV-2 с неизвестными свойствами и очередной волной подъёма заболеваемости.**

Руководитель отдела Института вирусологии им. Д.И.Ивановского Минздрава России доктор биологических наук Александр Бутенко считает, что поездки россиян за границу в конце октября и начале ноября могут негативно отразиться на результатах мер, принятых властями для снижения заболеваемости COVID-19. Эксперт назвал головотяпством легкомысленное отношение людей к режиму нерабочих дней и к опасности заражения коронавирусом.

И вот тут хочется поспорить: гололедица – это очевидно, но в чём

именно исполнении? Разве их – учёных – кто-то спрашивал, открывая границы тёплых стран для российских туристов ровно тогда, когда Президент страны объявил о нерабочих днях в связи с обострением эпидситуации? Опять несогласованность действий правой и левой рук, или, напротив, тщательно продуманный манёвр?

А вот ещё одно несоответствие слов и дел. Неделя нерабочих дней охарактеризовалась ежедневным обновлением рекордов по росту числа заболевших и умерших от COVID-19: первое перевалило за 40 тыс., второе за 1100. На этом фоне мэр Москвы и губернатор Московской области заранее, ещё 3 ноября поспешили заявить о том, что нерабочие дни в этих регионах не будут продлены после 7 ноября. Два субъекта РФ с максимальными цифрами ежедневного прироста случаев заболевания

и смерти от коронавируса сочли, что кризис миновал. Одной недели достаточно для того, чтобы показать заботу о населении, пора переключиться на заботу об экономике (особо подчеркнули, что можно будет, наконец, посещать рестораны, ночные клубы, торговые и фитнес-центры).

Впрочем, как верно отметил А. Бутенко, само население о своей безопасности думать не собирается. В столичном метро в нерабочие дни были такие же толпы пассажиров, большинство из них по-прежнему без масок. В очередной раз был сделан вид, что антиковидные меры приняты, а население в очередной раз сделало вид, что ничего не заметило. Расплачиваться же за это будут, как всегда, врачи в «красных зонах».

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

Пережить шок от начала пандемии, продержаться во время локдауна и продолжать существовать в нынешних непростых условиях, не только не снижая темпов, но улучшая условия работы и создавая что-то новое, и при этом продолжать строить планы на будущее, способны немногие.

Однако, когда общаешься с генеральным директором Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза», главным специалистом – офтальмологом Минздрава Свердловской области, заслуженным врачом РФ Олегом Шиловских понимаешь, что такое вполне возможно.

Нет, он не воспринимает произошедшие за последние годы преобразования в центре как естественный, рутинный процесс. Кто, как не генеральный, знает, чего стоило сохранение заработной платы коллектива в то время, когда центр в течение 2,5 месяцев вообще не работал, и прибыли, соответственно, не было; какие человеческие и финансовые ресурсы понадобились для переоборудования помещений, появления нового операционного блока хирургии слёзных путей и окулопластики, открытие которого состоялось совсем недавно.

## Инвестируя в собственное развитие

Четыре года назад между Екатеринбургским центром «Микрохирургия глаза» и Министерством здравоохранения РФ подписано концессионное соглашение о государственно-частном партнёрстве, в рамках которого клиника брала на себя обязательства по развитию собственной структуры (выступая одновременно и в роли инвестора, и в роли организации, оказывающей медицинскую помощь) при обязательном сохранении объёмов оказания помощи в рамках ОМС, а государство в свою очередь даёт на 25 лет федеральное здание в пользование центру.

«Мы сами предложили программу инвестиций, определившись, что нам нужно. И развиваемся в этом направлении так, как задумано. Жизнь, конечно, вносит коррективы: как правило, всегда получается с приростом. Например, площадей пришлось освоить гораздо больше, чем изначально планировалось», – говорит О.Шиловских. И добавляет характерную для него фразу: «По ходу дела всегда возникает желание ещё что-то изменить и здесь, и там, и тут».

Добавлю: не просто изменить, а сделать максимально удобно и для пациентов, и для сотрудников. И всё это на наивысшем уровне.

Олег Владимирович с удовольствием перечисляет: отремонтированы стены, заменено 300 окон – разных размеров, конфигурации и назначения. Причём, на такие же, финские, только улучшенные, как были предыдущие, установленные при строительстве центра почти 34 года назад. Потому что другие потенциальные поставщики уступали и по качеству работ, и по надёжности поставок: а что такое оставить без окон оперблок или стационар? Это значит полностью остановить лечебный процесс.

Всего освоено более 3 тыс. м<sup>2</sup> площадей под офисные помещения на цокольном этаже клиники. А в последние годы – ещё 1 тыс. м<sup>2</sup> под внутрибольничную аптеку, перенос которой позволил освободить пространство для нового оперблока.

В подвале под оперблоком разместили системы вентиляции,

## Тенденции

# Дакриохирургия, или «слёзный путь» к здоровью

Новый операционный блок открылся в Екатеринбургском центре МНТК «Микрохирургия глаза»



Экскурсию по новому оперблоку первым лицам Свердловской области проводит О.Шиловских (справа)

кондиционирования, водоподготовки.

Освоение цокольных помещений повлекло за собой необходимость в новой лестнице вниз, чтобы не перегружать лифт для перемещения пациентов. Да и сейчас сотрудникам предлагают в лифте ездить на цокольный этаж только с грузом, а два пролёта лестницы преодолевать пешком. Быстрее и куда полезнее для здоровья...

Для Свердловской области и жителей региона это важное событие. Здесь будут проводиться сложные и востребованные хирургические операции для взрослых и детей.

Отрадно, что мы открываем современный операционный блок центра «Микрохирургия глаза» в Год медицинского работника.

Для реализации проекта сложные условия эпидемии не оказались преградой. Это серьёзное усиление медицинской базы нашего региона.

Евгений КУЙВАШЕВ, губернатор Свердловской области.

Наиважнейшим делом считает генеральный директор и обновленные системы вентиляции.

«За 30 лет изменились требования к ней, да и назначение

тельства, в рамках программы госгарантий делаем более 25 тыс. операций. Можно сказать, что каждая семья Свердловской области с нами столкнулась, по-

20 лет назад пришёл его заместитель (сегодня – помощник генерального директора по клинико-экспертной работе) Виктор Ободов. Он уже тогда увлекался офтальмопластикой, но выполнял только единичные операции.

В проекте же предлагалось сосредоточиться именно на дакриологии, то есть на нарушениях выработки и отведения слезы и способах их лечения, поскольку больных с патологией слёзных путей становилось всё больше.

Дакриология оказалась междисциплинарной специальностью, частично относящейся к офтальмологии, частично – к оторинола-

Запуск новых технологий мирового уровня Екатеринбургским центром МНТК «Микрохирургия глаза» – это ещё один шаг развития высокотехнологичной медицинской помощи нашим жителям. А самое главное, – ещё и доступной медицинской помощи.

Свердловчане будут получать её бесплатно за счёт сформированного государственного заказа.

Андрей КАРЛОВ, министр здравоохранения Свердловской области.

сколькo сделано более миллиона операций и практически 6 млн пациентов проконсультировано».

## На стыке специальностей

«Вишенкой на торте» четырёхлетней реконструкции стал новый оперблок для хирургии слёзного аппарата, на открытие которого приехали губернатор области Ев-

рингологии. В то время лечением патологии слёзного пути занимались в основном оториноларингологи; в центре же полагали, что это дело офтальмохирургов.

По воспоминаниям В.Ободова, в успех не очень верилось, задумка была масштабной, новаторской и требовавшей немалых вложений. Но директору идеи показались трезвыми, и он предложил раз-



«Первопроходец» дакриохирургии и офтальмопластики В.Ободов в операционной

гений Куйвашев и полномочный представитель Президента России в Уральском федеральном округе Владимир Якушев. Они высоко оценили вклад клиники в здравоохранение области и Уральского региона в целом, а уровень оказания медицинской помощи в центре назвали «высшим пилотажем».

С проектом, озаглавленным «Слёзный путь», к О.Шиловских

бить их воплощение на несколько этапов. Для начала посмотреть, где и как это делается, поучиться, собрать всю информацию. Затем составить список оборудования. Ну, а дальше уже можно обсуждать и место проведения операций.

«Научное название данного направления – «Дакриохирургия и окулопластика», так как операции, направленные на восстановление



В новом операционном блоке хирургии патологии слёзных путей и окулопластики



Первые пациенты на лечении в новом оперблоке

слёзных путей, затрагивают все отделы: и слёзопроизводящий, и слёзоприёмный, и слёзотводящий пути, последний из которых в основном проходит через слёзный мешок и носослёзный канал, – поясняет В.Ободов. – Стало думать, какую помощь можно оказать пациентам с такими патологиями в нашем центре? Но в то время операции были ещё не разработаны, нам приходилось до многого доходить самим».

Важной вехой в становлении отделения стала поездка в Ярославль на конгресс ринологов по эндоназальным технологиям восстановления слёзотводящих путей.

Уже тогда стало очевидно, что эндоназальная, эндоскопическая хирургия имеет гораздо больше преимуществ, чем наружный подход, распространённый в то время и используемый некоторыми лор-врачами и сегодня. А именно: в зоне проекции слёзного мешка делается чрезкожный разрез, потом различными инструментами – кусачками, борями вскрывают кость, выходят на одну из стенок слёзного мешка, которая прилежит к переносице, вскрывают слизистую и создают путь оттока. Впоследствии поверхностные слои зашивают, и

*Сегодня в медицине всё преимущественно заточено на борьбу с новой коронавирусной инфекцией. Но важно, чтобы и по другим направлениям здравоохранения тоже продолжалась работа.*

*Одно из таких направлений – получение помощи больными с какими-либо отклонениями по офтальмологии. Здорово, что эти проекты не только не останавливаются, но и реализуются на высочайшем уровне.*

**Владимир ЯКУШЕВ,**  
полномочный представитель Президента России  
в Уральском федеральном округе.

Понимая свойства данного метода, клиника сразу же приобрела видеозондоскопическую стойку. А затем ещё и лазер, чтобы через слёзные точки можно было по слёзному каналу добраться до слёзного мешка. Правда, приходилось отрабатывать показания для применения этого прибора на практике, в зависимости от положения и размера слёзного мешка.

После этого обзавелись шейвером (затем ещё одним), которым можно было в полости носа высверливать отверстия в костных тканях, закрывавших воспалённый слёзный мешок.

В 2003 г. под новое направление выделили отдельный операционный зал в главном оперблоке, оснастили самым лучшим на тот момент оборудованием, и стали

поскольку она, по существу, является гнойной. Но все понимали: выносить её в отдельное помещение значит увеличение и расходов, и штатов.

Было найдено оптимальное решение: нынешний операционный блок «Слёзный путь» расположен в главном корпусе центра, но от других помещений отделён специальным переходом.

Здесь будет проводиться хирургия патологий слёзного аппарата, к которой относятся врождённые и приобретённые заболевания слёзных путей у детей и взрослых, посттравматические реконструкции лицевого скелета, восстановление слёзных протоков после сочетанных черепно-мозговых травм, хирургия доброкачественных и злокачественных новообразований, заболеваний

3D – и 4D-технологий. Это даёт возможность видеть с помощью эндоскопа оптическое изображение слёзного мешка и сравнивать его с виртуальной компьютерной моделью.

Эта технология тоже запатентована в центре, как и визуализация слёзного мешка, который в половине случаев расположен атипично.

Специалисты клиники – единственные в стране, кто применяет

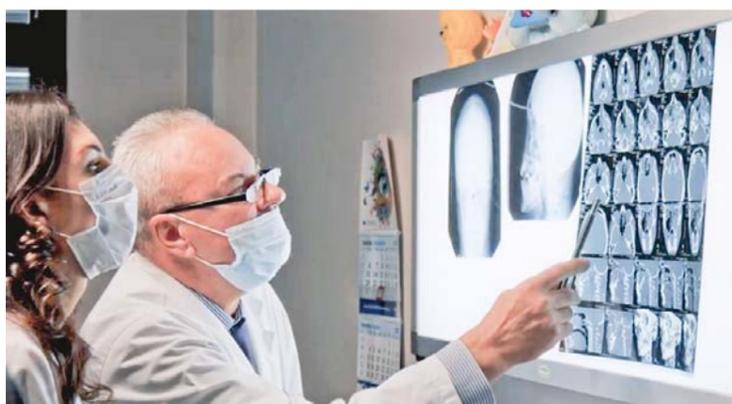
рингологи. Но в Екатеринбургский центр за опытом уже едут коллеги из разных городов России.

### Новое создавать интересно

Кто-то из великих дал определение счастья, как передышку на пути от вершины к вершине. Завершение каждого проекта в Екатеринбургском центре МНТК «Микрохирургия глаза», безусловно, становится праздником для всех. Но на брифинге в честь открытия



Ежедневно во втором оперблоке клиники проходит до 30 операций



М.Шляхтов с коллегами

век, энуклеация органа зрения и подготовка к главному протезированию. Без необходимого лечения эти заболевания могут привести к слепоте, а в детском возрасте даже к угрозе жизни.

Сегодня оперблок располагается на площади 300 м<sup>2</sup> и включает в себя просторный операционный зал на два рабочих места, анестезиологическую палату, душевые и раздевалки для персонала, через стенку – помещение для приёма больных, всё в комплексе. Созданы великолепные условия по вентиляции, освещению, стерильности, отоплению, предусмотрен подогрев пола и стен.

Установлено новое оборудование, приобретён ещё один видеозондоскопический комплекс, современные микроскопы, коблатор и т.п.

Поскольку ещё до официального открытия новая операционная хирургия слёзных путей и дакриологии уже начала работать в тестовом режиме, разница с предыдущими возможностями сразу стала очевидной: сейчас выполняется 30 операций в день, а ранее удавалось только 5.

Но дакриология в Екатеринбурге отличается ещё и тем, чего нельзя купить: энтузиазмом её создателей, которые сумели увлечь других специалистов, и сейчас в отделении уже работает 5 хирургов-офтальмологов-дакриологов.

«Мы постоянно улучшаем технологии: что-то узнаём и перенимаем на зарубежных симпозиумах, но большей частью это наши разработки, изобретения, – говорит М.Шляхтов. – У нас 20 патентов, ряд авторских свидетельств, есть международные награды».

Разработанные екатеринбургскими врачами технологии признаны перспективными и продвинулись. Так, в отделении первыми применили методы виртуальной эндоскопии, внедрив хирургию

ультразвуковой метод удаления костных тканей (диссекция), что позволяет значительно уменьшить продолжительность хирургического вмешательства (от 2 часов до 20 минут), наркоза и послеоперационной реабилитации.

Так, если раньше пациент на больничном листе находился месяц, теперь – максимум 2 недели. На третьи сутки у него восстанавливается свободное носовое дыхание, а процесс заживления идёт незаметно, безболезненно. И через определённое время человек забывает, что перенёс такую тяжёлую операцию.

Прорывным методом воздействия на ткань стала холодноплазменная кобляция, позволяющая бескровно пройти два хирургических этапа, не применяя никаких грубых методов – ни скальпелей, ни долота.

В данном случае происходит воздействие на уровне химической реакции. Электрический ток, пропущенный через определённую среду (физраствор) позволяет разложить жидкость, перевести её в состояние плазмы. Активные ионы начинают ткань растворять, она буквально тает под воздействием коблятора, который, к тому же, способен эту жидкость аспирировать внутрь себя.

Плюсом является и то, что он, в отличие от других аппаратов, не создаёт повышенных температур. Таким образом, технологии, которые существовали 100 лет в неизменном виде, сейчас переживают настоящую революцию.

«Мы находимся на первом этапе формирования большой школы дакриологии», – считает М.Шляхтов.

Пока что дефицит таких врачей огромный, специалистов такого профиля не так много, от Урала до Дальнего Востока патологии слёзотводящего аппарата оперируют, как правило, оторинола-

нового оперблока О.Шиловских не подводил итоги и не подчёркивал важность сделанного, а говорил о будущих планах.

«У нас новый проект: в центре города будет новая поликлиника для лечения глаукомы, надеюсь откроем её летом. Уже готовим под это и коллектив, и оборудование. Сейчас стадия завершения проектных работ. Площадка определена, здание построено, сдано в эксплуатацию и готово к реконструкции, которая должна начаться зимой, – говорит генеральный директор. – Поликлиника расположится на 1300 м<sup>2</sup> (действующее сейчас глаукомное амбулаторное отделение занимает 300 м<sup>2</sup> и существует на приспособленных арендуемых площадях)».

Он отмечает: вопрос исключительно важный, заболеваемость глаукомой растёт, а для диагностики необходимо крупное дорогостоящее оборудование. Такого оборудования (да и специалистов) в поликлиниках недостаточно.

«Многое зависит и от организации дела. Когда мы создадим, как планируем, регистр всех больных глаукомой, эти пациенты будут на полном контроле, они станут получать извещения, когда нужно идти на приём. Таким образом можно будет осуществить полную диспансеризацию города-миллионника по данному заболеванию. И я думаю, что первый год работы этой специализированной поликлиники сразу снизит инвалидность по глаукоме», – уверен главный офтальмолог Свердловской области.

«Мне кажется, если ничего не будем открывать – будет скучно жить, – замечает с улыбкой О.Шиловских. Эти слова – своеобразное кредо не только руководителя, но и его коллектива.

И напоследок, маленький штрих. Как только высокие гости уехали из центра после открытия оперблока, здесь моментально возобновилась обычная жизнь. Пациенты потянулись с диагностических линий в стационар, к лифтам повезли каталки из других операционных залов, по громкой связи зазвучали приглашения на приём.

Такой отлаженный ритм работы говорит о многом. И, наверное, он может быть одним из ответов на вопрос, почему у этого коллектива всё получается.

**Алёна ЖУКОВА,**  
спец. корр. «МГ».

Екатеринбург.



Операционная оснащена самым передовым оборудованием

созданный новый путь начинает функционировать.

К слову, поскольку нарушенный естественный путь слезы восстановить практически невозможно, бывает, что специалисты находят подходящее место рядом с ним и там создают новый канал, интубируя его с помощью силиконовых стентов, которые стоят 3 месяца. Так возникает новый «обводной» канал для слёз. После извлечения стента функция восстанавливается, и болезнь считается вылеченной.

«Отличие эндоназального доступа в том, что через нос при помощи современных аппаратов мы выполняем практически бескровное вмешательство и достигаем того же результата с более высоким качеством, гораздо быстрее и эффективнее», – разъясняет заведующий отделением хирургии слёзных путей и окулопластики Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» Михаил Шляхтов.

на одном столе оперировать больных с этой патологией.

Екатеринбургский центр стал первой офтальмологической клиникой в стране, где появилось такое отделение. Всё постепенно развивалось, рос профессионализм, осваивались новые технологии. Зародилась своя офтальмологическая школа. И к ним поехали учиться.

О.Шиловских отмечает: «В самом начале на первой операции мы попросили ассистировать В.Ободову известного отоларинголога из Казани профессора Владимира Красножёна. А через 10 лет уже В.Красножён прислал в центр тяжёлого пациента, поскольку к тому моменту «ученик» в чём-то превзошёл «учителя».

### Революционный подход

По словам генерального директора, эту хирургию изначально надо было обособить от «чистой»,