

Медицинская

21 сентября 2022 г.
среда
№ 37 (8055)

Газета®

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

Сколько стоит честь врача? О перспективах защиты медработниками чести и достоинства в суде.

Стр. 4-5

Современный взгляд на роль особой суперсистемы, заботящейся о здоровье и омоложении организма.

Стр. 10-11

Человек и микромир: война или содружество?

Стр. 12

Важно

Лекарства без вреда

Безопасность оказания медицинской помощи складывается из многих факторов. И все они очень важны



М. Мурашко выступает перед студентами

Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко прочитал открытую лекцию студентам Российского университета дружбы народов, а также будущим специалистам и выпускникам медицинских вузов из более чем 100 стран мира. В этом году темой Всемирного дня безопасности пациентов, который отмечается 17 сентября, стало безопасное применение лекарственных препаратов, а лозунгом – «Лекарства без вреда». И это неслучайно: в период пандемии COVID-19 количество людей, обращающихся за медицинской помощью, резко выросло, более интенсивно стали разрабатываться новые лекарства, более широко начали использоваться уже известные препараты.

«Принципы безопасности, которые необходимо соблюдать всегда и везде, сегодня интегрируются в систему здравоохранения. Это очень важно: в России в год фиксируется более 1 млрд визитов в поликлиники, более 44 млн вызовов скорой помощи, почти 30 млн госпитализаций», – пояснил цифры министр.

При таких огромных объемах качества и эффективность лечения зависят от правильности назначения лекарственных препаратов, побочные

действия которых должны находиться на строгом контроле. Но безопасность включает в себя десятки факторов. Это и квалификация медицинского персонала. Строгие стандарты при обработке различных инструментов, используемых при малоинвазивных процедурах и вмешательствах. Здесь можно назвать и цифровизацию здравоохранения, позволяющую избежать ошибок при ведении документации. И многое-многое другое. Все названные темы крайне серьезные.

По оценкам исследования, проведенного под эгидой ВОЗ, нежелательные явления, вызванные небезопасным оказанием медицинской помощи, являются одной из 10 основных причин смерти и инвалидности во всем мире. В странах с высоким уровнем дохода при оказании стационарной помощи вред причиняется каждому десятому пациенту. Он может наступить в результате ряда нежелательных явлений, почти 50% из которых можно предотвратить. Каждый год в результате небезопасного оказания медицинской помощи в больницах стран с низким и средним уровнем дохода (СНСД) происходит 134 млн нежелательных явлений, от которых ежегодно умирает 2,6 млн пациентов.

По данным ещё одного исследования, на долю СНСД приходится около 2/3 всех нежелательных явлений, вызванных небезопасным оказанием

медицинской помощи, и лет жизни, потерянных в результате инвалидности и смерти.

Во всем мире при оказании даже первичной и амбулаторной медицинской помощи вред причиняется 4 из 10 пациентов. В 80% случаев причина вреда можно предотвратить. Наиболее серьезные последствия имеют ошибки при диагностике, а также назначении и использовании лекарственных средств.

В странах – членах Организации экономического сотрудничества и развития 15% всех расходов и рабочей нагрузки в больницах являются прямым следствием нежелательных явлений.

Как подчёркивают эксперты, вложение ресурсов в сокращение масштабов вреда, причиняемого пациентам, может привести к значительной экономии средств и, что ещё важнее, позволит добиваться более благоприятных медицинских исходов у пациентов. Примером профилактической меры в этой области является повышение качества взаимодействия с пациентами, что при условии его надлежащей организации может позволить снизить бремя вреда, причиняемого пациентам, на 15%.

Алексей ПИМШИН.

Фото с сайта Минздрава России.

Сотрудничество

Снимки проверяет нейросеть

Делегации Армении, Белоруссии и регионов России посетили столичный Центр диагностики и телемедицины

Интеграция и партнёрство стали основными тезисами международной встречи в столичном научно-практическом клиническом центре диагностики и телемедицины (НПКЦДиТ). Делегации из Белоруссии, Армении и Белгородской области познакомилась с работой московских рентгенологов, а также своими глазами убедились в пользе использования нейросетей для определения признаков заболеваний.

Центр объединяет сразу несколько важнейших направлений деятельности: наука, образование, технологии, медицина. В этом году экспертами организации были разработаны национальные стандарты по использованию искусственного интеллекта, а с 1 сентября вступил в силу первый ГОСТ по его тестированию. Специалисты НПКЦДиТ внедряют разработки в практическое здравоохранение: врачи референс-центра пользуются нейросетями для описания лучевых исследований пациентов Москвы. Объём медицинских изображений, обработанных алгоритмами, достиг 7 млн. Гости впервые побывали в таком необычном учреждении. Главными задачами были знакомство с работой для интеграции внедрения лучших практик. Кроме того, установление деловых и профессиональных контактов с центром для дальнейшей совместной деятельности.

«В рамках союзного государства хотелось бы рас-

смотреть более тесное сотрудничество в области подготовки специалистов по лучевой диагностике. Также перенять опыт в области стандартизации протоколов исследований для их унификации. И конечно, мы будем рады участию коллег в наших медицинских форумах, конгрессах, конференциях», – рассказала декан медико-диагностического факультета Гомельского государственного медицинского университета Республики Беларусь Ирина Назаренко.

«Благодарю за приглашение, это было действительно интересно. Я был во многих странах, но такого центра, как у вас, не встречал. Мы будем работать над вопросами внедрения подобных технологий в Республике Армения. Планируем сотрудничать с НПКЦДиТ в образовательном и медицинском направлениях», – отметил президент Ассоциации радиологов Армении, внештатный специалист Минздрава Республики Армения по радиологии Костан Галумян.

«Мы хотели бы изучить опыт, который имеется у центра, какие наработки есть по использованию искусственного интеллекта в разных областях медицины. Будем рады найти пути интеграции для использования нейронных сетей и для наших пациентов», – поделился ведущий инженер-программист Белгородской центральной районной больницы Андрей Кузин.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

АВТОРИТЕТНОЕ МНЕНИЕ

Владимир ПОРХАНОВ

Главный врач Научно-исследовательского института - Краевой клинической больницы № 1 им. С.В.Очаповского (Краснодар), академик РАН:

Эффективно помочь больному без высоких технологий во многих случаях просто невозможно.

Стр. 6-7



Новости

Поможем, чем можем?

Обещанная ещё в 2020 г. финансовая поддержка со стороны федерального центра на строительство детской многопрофильной больницы в Красноярске всё-таки будет выделена. Работы на объекте начнутся в следующем году. Об этом сообщили в Министерстве здравоохранения Красноярского края со ссылкой на Минздрав России.

Поддержка, правда, составит всего 30% от предстоящих затрат – на реализацию первой очереди стройки из федерального бюджета планируется направить 5,8 млрд руб. на 2023-2027 гг., в то время как из краевого бюджета – в 2 раза больше. Такой подход называется софинансированием, но, как говорится, и на том спасибо. Причём заметим, что речь идёт лишь о возведении корпусов первой очереди. О том, может ли регион надеяться на соучастие федерального центра в строительстве второй очереди больничного комплекса, чиновники пока не говорят.

По замыслу, мощность краевой детской многопрофильной клиники составит 640 коек, в том числе 230 хирургических, 250 соматических, 160 инфекционных и 60 реанимационных. Соответственно, больничный городок должен представлять собой 5 корпусов, включая лечебные, диагностический и административный, а также несколько вспомогательных зданий. Первая очередь стройки – всё, кроме хирургического корпуса. Судьба последнего будет зависеть от результатов следующего переговорного процесса и готовности федерального правительства поучаствовать в данном проекте.

Елена БУШ.

Красноярск.

В Сургуте врачи успешно провели операцию беременной с опухолью головного мозга и спасли ребёнка

В Сургуте мультидисциплинарная бригада специалистов травматологического центра и центра охраны материнства и детства провела операцию беременной женщине с опухолью головного мозга.

Как сообщили в Департаменте здравоохранения ХМАО, 28-летняя пациентка поступила на госпитализацию в нейрохирургию травматологического центра Сургута на сроке гестации 28 недель 4 дня. Для решения вопроса о дальнейшем лечении пациентки собрали консилиум. Специалисты учли все возможные риски для матери и ребёнка и приняли решение проводить операцию кесарева сечения. А уже после решать вопрос с хирургическим лечением соматического заболевания. Согласие на операцию дали родственники пациентки.

После детального обследования и подготовки плода команда акушеров-гинекологов, детских реаниматологов, неонатологов, трансфузиологов центра охраны материнства и детства сделали кесарево сечение. Благодаря профессионализму врачей на свет появилась девочка весом 1160 г. Малышку сразу же доставили в отделение детской реанимации центра.

За состоянием матери сейчас наблюдают специалисты нейрохирургического отделения травматологической больницы.

Сергей ФЁДОРОВ.

Подмосковные врачи удалили у пациентки почти 8-литровую кисту яичника

В приёмное отделение Ивантеевского филиала Московской областной больницы им. В.Н.Розанова бригадой скорой помощи была доставлена 49-летняя женщина с приступообразными болями, тошнотой и температурой. При этом визуально живот пациентки соответствовал 9-му месяцу беременности, которую она отрицала.

«Ещё в приёмном отделении мы заподозрили у пациентки кистозное опухолевидное образование брюшной полости гигантских размеров. На УЗИ данные подтвердились. Во время операции лапаротомическим доступом, то есть через небольшой разрез, была удалена гигантская киста яичника объёмом около 8 л. Других патологий не обнаружено», – рассказал заведующий хирургическим отделением Андрей Мохов. Его цитирует пресс-служба Минздрава Московской области.

На данный момент пациентка чувствует себя хорошо и уже выписана. Специалисты напоминают, что регулярное прохождение профосмотров позволяет выявить различные патологии на ранней стадии.

Елена КРАВЕЦ.

Сообщения подготовлены корреспондентами «Медицинской газеты» и Медицинского информационного агентства «МГ» Cito! (inform@mgzt.ru)

АКЦИЯ!

Медицинская
газета

Настоящее будущего
ФМБА: новый импульс развитию науки



С 1 октября по 25 ноября 2022 г. редакция проводит ЛЬГОТНУЮ ПОДПИСКУ для наших читателей!

Это всегда хорошая новость и работает специально для вас!

Предлагаем оформить подписку на печатную версию издания через редакцию на 1-е полугодие 2023 г. и на 2023 год по ценам 2022 г.! Мы уверены – это правильный выбор!

Оставить заявку на оформление подписки можно по следующим адресам электронной почты:
mg.podpiska@mail.ru,
mg.podpiska@mail.ru

Признание

Сто лет со дня основания

Президент наградил сотрудников Роспотребнадзора в связи с юбилеем

В Александровском зале Большого Кремлёвского дворца прошло торжественное мероприятие по случаю 100-летия со дня образования государственной санитарно-эпидемиологической службы России. Президент РФ Владимир Путин выступил перед сотрудниками Роспотребнадзора и вручил государственные награды.

15 сентября 1922 г. был издан декрет Совета народных комиссаров РСФСР «О санитарных органах республики», который считается днём создания санитарно-эпидемиологической службы. Сегодня в её составе 85 территориальных управлений, 84 центра гигиены и эпидемиологии, 21 научно-исследовательский институт, 11 организаций соответствующего профиля, 18 противочумных учреждений. Всего в этих структурах трудятся более 67 тыс. человек.



Торжественное мероприятие по случаю 100-летия образования государственной санитарно-эпидемиологической службы



Президент вручил золотую медаль «Герой Труда Российской Федерации» врачу-вирусологу Центра гигиены и эпидемиологии в Калининградской области Ирине Коваль

«Значение деятельности Роспотребнадзора для граждан, общества, государства огромно, его действительно невозможно переоценить. Круг ваших полномочий включает различные направления, но все они концентрируются на решении задач по охране здоровья людей, по обеспечению их благополучия и безопасности. Мы в полной мере это поняли, почувствовали. Когда я сказал «мы», то имею в виду всю страну – все почувствовали это в связи с пандемией коронавируса и особенно в самый острый, тяжёлый период, в начале, когда не только наша страна, но и весь мир почти ничего не знали об этом вирусе, его особенностях», – отметил В.Путин в своём обращении к сотрудникам службы.

По его словам, опыт обеспечения эпидемиологической безопасности накапливался в стране десятилетиями, и крайне важно беречь те традиции, которые создавались целыми поколениями санитарных врачей. Президент РФ напомнил, что в период реформ 90-х шли дискуссии по поводу того, нужна ли санитарно-эпидемиологическая служба с функциями жёсткого контроля, с её чёткой подчинённостью федеральному центру.

«Тогда благодаря твёрдой позиции специалистов, руководителей вашей службы эта система была сохранена. И слава богу, как выяснилось, жизнь потом не раз подтверждала правильность такого решения. В те же 90-е годы удалось погасить вспышки туберкулёза, вирусного гепатита, дифтерии, кори... Целостность управленческой вертикали службы,

её готовность быстро и эффективно действовать в экстремальных условиях во многом обеспечили успех нашей общей борьбы с эпидемией коронавируса», – отметил Президент РФ.

Он добавил, что отечественная научная мысль вместе с большим опытом практического применения помогла победить многие опасные инфекции, а вопросы охраны благополучия граждан стали рассматриваться всё более комплексно, с учётом разнообразных аспектов повседневной жизни людей – таких важнейших, как качество воды, продуктов, и в целом, в широком смысле слова, защиты прав потребителей.

Президент РФ вручил государственные награды 20 сотрудникам службы.

Ирина Коваль, врач-вирусолог Центра гигиены и эпидемиологии в Калининградской области, удостоена звания Героя Труда Российской Федерации. Нина Тихонова, главный научный сотрудник Московского научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н.Габричевского Роспотребнадзора, и Галина Трухина, заведующая отделом Федерального научного центра гигиены им. Ф.Ф.Эрисмана Роспотребнадзора, награждены орденом Александра Невского.

Орденом Пирогова награждены Василий Акимкин, директор Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии Роспотребнадзора; Марина Брюхачева, заведующая отделом обеспечения эпидемиологического надзора Центра гигиены и

эпидемиологии в Архангельской области и Ненецком автономном округе; Михаил Вильк, директор Всероссийского научно-исследовательского института железнодорожной гигиены; Яна Господарик, руководитель Управления Роспотребнадзора по Камчатскому краю; Александра Иванова, старший научный сотрудник лаборатории эпидемиологического анализа и прогнозирования отдела эпидемиологии Российского научно-исследовательского противочумного института «Микроб» Роспотребнадзора; Лидия Кафтырева, заведующая отделом микробиологии, ведущий научный сотрудник Санкт-Петербургского научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии им. Пастера Роспотребнадзора; Надежда Константинова, заместитель начальника отдела эпидемиологического надзора Управления Роспотребнадзора по Ярославской области; Антон Лопатин, директор Противочумного центра; Евгений Рождественский, директор Алтайской противочумной станции; Светлана Рожкова, руководитель Управления Роспотребнадзора по Калужской области; Джангар Санджиев, руководитель Управления Роспотребнадзора по Республике Калмыкия; Антон Семенхин, руководитель Управления Роспотребнадзора по Чукотскому автономному округу; Любовь Семьина, заведующая вирусологической лабораторией Центра гигиены и эпидемиологии в Архангельской области и Ненецком автономном округе; Рита Термулаева, руководитель Управления Роспотребнадзора по Чеченской Республике; Ирина Тюменцева, ведущий научный сотрудник Ставропольского научно-исследовательского противочумного института; Ирина Шевкун, начальник Управления санитарного надзора Роспотребнадзора.

Медалью Луки Крымского награждена Елена Липина, консультант отдела организации надзора за инфекционными и паразитарными болезнями Управления эпидемиологического надзора.

Всему коллективу Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека объявлена благодарность Президента Российской Федерации.

Фёдор СМЕРНОВ,
обозреватель «МГ».

Фото с сайта
http://www.kremlin.ru.

Инициатива

Методика объективности

Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России (ЦНИИОИЗ) разработал методику, по которой региональные органы в сфере охраны здоровья смогут объективно оценить финансовое состояние своей лечебной сети и улучшить его, если потребуется. Главным критерием благополучной работы клиник в институте выбрали платёжеспособность, напрямую связанную с отсутствием просроченной кредиторской задолженности.

Наличие кредиторской задолженности, говорят в ЦНИИОИЗ, результат недостижения целого ряда показателей. Первый из показателей – соответствие объёмов

специализированной медицинской помощи мощности клиники. Если баланс не соблюден, медучреждение продолжает нести расходы, которые никак не возмещаются.

Далее идёт контроль над расходованием средств на медпомощь и выполнение плановых объёмов лечения. Проведение постоянного аудита позволит выявить отклонения и не допустить финансовые потери, уточняют специалисты института. Также в ЦНИИОИЗ считают важной финансовую самостоятельность организации, а именно – её способность самостоятельно извлекать доходы.

План финансово-хозяйственной деятельности, в свою очередь, должен составляться с учётом мощности организации, кадровой обеспеченности, установленного целевого показателя по дости-

жению уровня заработной платы медработников, структуры заболеваемости. «Глубокий и структурированный подход к расчёту каждой статьи затрат позволит в будущем избежать образования расходов, не подкреплённых соответствующими доходами», – подчёркивают в ЦНИИОИЗ.

Результатом обработки массива данных станет типизированное заключение о ситуации и рекомендации, с оценкой уровня риска появления просроченной кредиторской задолженности. Цель аудита, в первую очередь, обеспечить «платёжеспособность» клиник, чтобы они не обращались за допсубсидиями к учредителям.

Как именно будет реализовываться методика, в ЦНИИОИЗ пока не уточняют. Рабочая группа института по организации здраво-

охранения периодически посещает регионы, чтобы оценить мощность местных медорганизаций и дать методические рекомендации по снижению смертности, наладке маршрутизации и др. В 2021 г. аудит был проведён в 10 регионах, выяснилось, что основными проблемами остаются недостаток кадров и состояние инфраструктуры, говорил в июле начальник Управления по взаимодействию с регионами ЦНИИОИЗ Павел Митрошин.

По итогам 2021 г. сотрудники института также подготовили рекомендации по снижению смертности населения от болезней системы кровообращения вне больниц – от составления списка субъектов с высокой долей смертей от БСК и перечня подлежащих диспансеризации жителей до работы с фокус-группами потенциальных пациентов, которые по каким-то причинам не хотят посещать медучреждения.

Игорь КОРАБЛЁВ.

Тенденции

Приоритетный филиал

Губернатор Владимирской области Александр Авдеев и ректор Приволжского исследовательского медицинского университета (ПИМУ, Нижний Новгород) Николай Карякин подписали соглашение о создании филиала на базе Владимирского государственного университета (ВлГУ). Проект входит в программу развития ПИМУ, одобренную Минздравом России на 10 лет с финансированием около 1 млрд руб. в год.

«Соглашение предусматривает взаимодействие на ближайший год. За этот период мы должны подготовить всю материально-техническую базу, выполнить необходимые требования по лицензированию, получить соответствующее одобрение, провести ремонт в корпусе ВлГУ, чтобы провести первый набор студентов-медиков летом 2023 г. Потребуется чёткая, слаженная работа всех коллег – администрации области, Депздрава, Дедобразования и ПИМУ. Для нас это важная задача. Мы впервые получили полную поддержку федеральных коллег. Будем решать проблему нехватки кадров у нас в регионе», – рассказал Александр Авдеев.

Планируется, что по наиболее дефицитной в отношении кадров для региона специальности «лечебное дело» будет открыто 100 бюджетных мест. Помимо специалитета появится ординатура по самым востребованным в регионе медицинским специальностям – кардиологии, пульмонологии, анестезиологии и реанимации. Также в филиале будут открыты программы получения последипломного образования для практикующих врачей.

Преподавательский состав будет состоять из работников нижегородского головного вуза, а также практикующих во Владимирской области врачей, готовых по совместительству обучать студентов. По словам ректора ПИМУ Николая Карякина, уже получено более 100 резюме от медиков региона, которые хотят работать в филиале. Также Н.Карякин отметил, что отобранные кандидаты перед началом учебного года должны пройти дополнительную педагогическую подготовку.

Государственные учреждения здравоохранения Владимирской области испытывают потребность почти в 900 врачах и 1,5 тыс. медиков среднего звена. За 6 лет Владимирский филиал ПИМУ планирует выпустить тысячу врачей по специальности «лечебное дело» и ещё 350 ординаторов. До сих пор во Владимире не было образовательного учреждения, которое бы занималось подготовкой врачей, несмотря на их нехватку. Проблему пытались решить ещё в 2014 г. – тогда ВлГУ подписал соглашение с Научным центром сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева, но проект так и не был реализован.

Создание филиала ПИМУ во Владимире стало возможным отчасти благодаря программе Минобрнауки России «Приоритет 2030», по которой Приволжский университет в сентябре 2021 г. получил около 1 млрд руб. Благодаря этому на базе университета в июне 2022 г. открылся Институт реабилитации, где медпомощь ежегодно смогут получить до 1,5 тыс. пациентов из России и других стран. На создание института направили 100 млн руб., в том числе 70 млн – по программе «Приоритет-2030».

Леонид ПОЛЯКОВ.

Перемены

Национальный медицинский исследовательский центр (НМИЦ) онкологии им. Н.Н. Блохина открыл отделение для детей раннего возраста и детей неонатального периода. Здесь пациенты смогут получать противоопухолевую терапию и хирургические виды лечения с рождения. Об этом рассказала директор НИИ детской онкологии и гематологии НМИЦ Светлана Варфоломеева.

«Иногда опухоли появляются ещё пренатально, поэтому важно было создать такое отделение, чтобы пациенты не теряли времени в других клиниках и своевременно поступали к онкологу», – отметила С.Варфоломеева. По её словам,

Федеральная кумуляция

в отделении будут работать все структуры, институты и центры, «перед которыми поставлена одна задача – обеспечить качественное и наименее токсичное лечение ребёнка».

В свою очередь, министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко подчеркнул, что некоторые дети могут быть переведены в центр сразу после рождения, а маршрутизация может быть запланирована ещё до родоразрешения.

В августе нынешнего года федеральный Минздрав отложил

вступление Порядка медпомощи по детской онкологии и гематологии на 2 года. Задержка объясняется длительными сроками подготовки детских онкологов-гематологов, а также позицией главного внештатного специалиста детского онколога-гематолога Минздрава, генерального директора НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачёва Галины Новичковой. Она в марте 2022 г. выступила против проведения клинических исследований с участием детей для регистрации препаратов

для терапии онко- и гематологических заболеваний.

При этом, согласно опубликованному в феврале докладу ВОЗ, в Европе наблюдается высокое неравенство в сфере лечения детского рака. Для детей и подростков до 19 лет в России средний показатель общей смертности от рака (исключая немеланомный рак кожи) составляет 3% – это сравнительно высокий показатель по региону, указывается в документе.

Борис ЕФИМОВ.

Криминал

Октябрьский районный суд Санкт-Петербурга избрал меру пресечения фигурантам уголовного дела, подозреваемым в хищении более 215 млн руб. через фиктивное трудоустройство нескольких человек в Токсовскую межрайонную больницу Ленинградской области.

Не признавшего вину бывшего и.о. главного врача медучреждения Виктора Федотова (сейчас он работает директором Всеволожского дома интерната) отправили в СИЗО до 4 ноября 2022 г., бывшему главному бухгалтеру больницы Наталье Собо-

Запрет определённых действий

левой назначили запрет определённых действий (вину она признала).

Элина Голд и Маргарита Погорелова, занимавшие должности главного бухгалтера и заместителя главного бухгалтера больницы, признавшие вину, находятся под домашним арестом до 4 ноября. Врач-офтальмолог хирургического отделения Абдулла Гаджиев и врач-стажёр Ислам Сулейманов арестованы также до 4 ноября (оба вину не признали).

Следственные органы 6 сентября возбудили в отношении подозреваемых дело по ч. 4 ст. 159 УК РФ. По предварительной версии, не позднее января 2018 г. фигуранты фиктивно устроили в Токсовскую больницу Всеволожского района 14 человек. До апреля 2022 г. фигуранты якобы снимали начисляемую этим людям зарплату и распорядились деньгами по своему усмотрению. Таким образом, считает следствие, было

украдено порядка 215,7 млн руб.

Правоохранители провели 14 обысков по месту жительства подозреваемых и других людей, которые могут быть причастны к этому преступлению, а также по месту работы и в Комитете по здравоохранению Ленинградской области. Был изъят ряд предметов и документов, а также деньги в рублях и иностранной валюте.

Вячеслав ДАШКОВ.

Подписка-2023

2023
Подписные издания

ПОЧТА РОССИИ

Газеты
Журналы
Альманахи
Книги

1 полугодие

Официальный каталог Почты России на первое полугодие 2023 года
8 800 800 80 80

Все 6000 изданий (поглав номенклатура) представлены на сайте podpiska.pochta.ru

Уважаемые читатели!

Оформить подписку на «Медицинскую газету» можно, воспользовавшись каталогами:

Подписные издания

- ✓ Официальный каталог «Почта России» на первое полугодие 2023 г.;
- ✓ Электронный каталог «Почта России».

Подписные индексы:

ПН016 – на год
ПН014 – на месяц.

- ✓ Каталог периодических изданий – газеты и журналы, первое полугодие 2023 г. («Урал-Пресс»).

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

КАТАЛОГ
периодических изданий
газеты и журналы

1 полугодие 2023 года

30 лет
со свободной прессы

Избранные издания для бизнеса

По льготным ценам подписаться на «МГ» можно через редакцию, направив заявку по электронной почте: mg.podpiska@mail.ru; mg.podpiska@mail.ru.

Справки по телефонам: 8-495-608-85-44, 8-916-271-08-13.

– Полина Георгиевна, для начала давайте поясним, что в юриспруденции именуется оскорблением, что – клеветой, а что – причинением вреда деловой репутации. Прежде чем требовать в суде сатисфакции от обидчика, медработник или медицинская организация должны чётко понимать, какого рода обида им нанесена.

– Действительно, надо признать, что медработники и медицинские организации всё чаще становятся жертвами клеветничества, оскорблений или иных действий и событий, которые ущемляют их честь, достоинство и деловую репутацию. Данная категория дел непростая, а судебная практика по ним хотя и большая, но крайне неоднородная. Сказать заранее, что суд непременно встанет на сторону оскорблённого или оклеветанного врача и медицинской организации, к сожалению, нельзя: процент выигранных медиками дел не так велик, как хотелось бы.

Теперь о смысле: перечисленные вами явления находятся в разных плоскостях законодательства. Защита чести, достоинства и деловой репутации – сфера гражданского судопроизводства, клевета – предмет уголовного судопроизводства, а оскорбление – административного.

Уголовная ответственность за клевету наступает по статье 128.1 УК РФ. За ущемление чести, достоинства и репутации физического лица предусмотрена как гражданско-правовая ответственность по статье 152 ГК РФ, так и уголовная по статье 128.1 УК РФ. При этом защита деловой репутации возможна только для юридических лиц, российское законодательство полагает, что физические лица не имеют деловой репутации. В свою очередь, когда мы говорим о клевете, здесь потерпевшим может быть признано только физическое лицо, то есть конкретный медицинский работник, а не больница.

Теперь про оскорбление. Само это понятие – из Кодекса об административных правонарушениях, и некоторые суды считают, что дела об оскорблении должны рассматриваться исключительно как административные. Другие суды так же аргументированно утверждают иное: оскорбление должно рассматриваться в рамках статьи 152 ГК РФ. В чём разница? В рамках административного дела, если гражданин привлёк к ответственности за оскорбительное высказывание в адрес клиники или конкретного медработника, он выплачивает штраф, который идёт в доход государства, и на этом всё заканчивается. Если же это дело рассматривается в рамках гражданского права, то у лечебного учреждения или врача есть дополнительные меры защиты: они могут потребовать, чтобы оскорбительного толка информацию удалили с сайта, печатное издание с оскорбительной публикацией изъяли из оборота, опубликовали опровержение сведений, выплатили компенсацию морального вреда и т.д.

В основе каждого из этих событий лежат разные факты, которые должны быть доказаны истцом, чтобы другая сторона понесла ответственность. И действовать нужно в рамках определённых алгоритмов, тогда шансов на успешный результат больше.

– С чего нужно начать и как быстро действовать?

– Чтобы врачи и лечебные учреждения могли претендовать на защиту чести, достоинства и деловой репутации, им необходимо доказать в суде, что порочащие их ложные сведения были действительно распространены, а также подтвердить, кем, когда и где именно. Поэтому первое, что медработникам необходимо сделать, долго не раздумывая, – это зафиксировать факты устных оскорблений, например, призвав на помощь очевидцев, а также факты размещения оскорбительной или недостоверной информации в СМИ, на сайтах-отзовиках и в социальных сетях, пока их не удалили сами авторы. Сделать скриншоты страниц, на которых размещены оскорбительные статьи или отзывы, записать видеосюжеты, которые были показаны по телевидению, и

затем у нотариуса заверить их достоверность.

Второе – надо будет доказать в суде, что распространённые сведения являются порочащими честь, достоинство и деловую репутацию. Следует иметь в виду, что это сложная для доказывания категория, крайне субъективная. Наконец, если конкретный ответчик обнаружен, то дальше уже ему предстоит доказать, что распространённые

– Пока сказанное вами не внушает оптимизма, честно говоря...

– На самом деле всё если и не оптимистично, то не так уж и безнадежно. Анализ российской судебной практики по данной категории дел показывает: выиграть дело можно. Вот наглядный положительный пример. В Кемеровской области женщина позвонила главному врачу станции скорой

вопроса, либо сопроводит свои обидные слова модной словесной конструкцией: «это моё личное оценочное суждение». И в итоге медика, вероятнее всего, в суде ждёт поражение.

– Но это же иезуитство в чистом виде! Следуя данной логике, вообще надо отменить в ГК и УК статьи о клевете и оскорблении, коль скоро формулировка «это моё личное оценочное суж-

– Суды судам – рознь, в том-то и проблема. В одних случаях людей за точно такое же «оценочное суждение» привлекали к уголовной ответственности как за клевету, а в других не привлекали даже к гражданской ответственности.

Кстати, о клевете в отношении медицинского работника: хотелось бы чуть подробнее остановиться на этой теме. Согласно статье 128.1 УК РФ, уголовная ответственность за

Наши интервью

Сколько стоит честь врача? Недорого

О перспективах защиты медработниками чести и достоинства в суде



Прошу простить за непарламентское выражение, но российский пациент за постсоветские годы заметно распоясался. Речь не только о том, что он уже не просит о помощи, а требует, назначив не себя, а систему здравоохранения единственно ответственной за его здоровье. Важно и то, в какой форме эти требования декларируются: от плохо скрываемого неуважения ко всему медицинскому сообществу до откровенных оскорблений словом и делом в адрес конкретного человека в белом халате.

Казалось бы, утри слёзы и продолжай работать дальше, ведь обиды врачей на оскорбления пациентов – это, в сущности, такая мелочь по сравнению с теми страданиями, которые испытывает больной человек. Но... нет. Нельзя призывать даже представителей самой гуманной профессии встать на путь всепрощенчества, потому что он опасен: общество, освобождённое от соблюдения норм морали, очень быстро останется без врачебной помощи вообще, так как из отрасли уйдут даже самые «толстокожие», устав терпеть грубость и ложные обвинения.

Ну а если не прощать, то могут ли врач или медицинская организация добиться извинений от обидчика и как это сделать? О юридическом механизме защиты чести и достоинства в беседе с корреспондентом «МГ» рассказала преподаватель Академии последипломного образования Федерального научно-клинического центра ФМБА России, кандидат юридических наук, адвокат Полина ГАБАЙ – одна из признанных российских экспертов в области правового обеспечения медицинской и фармацевтической деятельности, защиты прав медицинских работников и учреждений здравоохранения, подготовки законодательных инициатив.

им порочащие сведения о медработнике или лечебном учреждении соответствуют действительности. А это как раз самое тонкое место процесса: если суд примет от человека, якобы опорочившего врача или клинику, доказательства того, что распространённые им сведения на самом деле достоверны, то дело можно считать закрытым. Никакой ответственности обидчик не понесёт, какие бы контрдокументы ни приволили сами медработники в свою защиту.

– На что могут рассчитывать врач или лечебное учреждение в случае победы в суде?

– Сразу скажу, больших иллюзий питать на этот счёт не стоит. Главное, на что можно рассчитывать, – моральное удовлетворение. Как уже сказано, медработник или медорганизация вправе потребовать опровержения недостоверных либо оскорбительных сведений о себе, которые были распространены обидчиком. Они также вправе потребовать возмещения материальных убытков, которые возникли в связи с тем, что честь, достоинство и деловая репутация истца были опорочены, и компенсации морального вреда. Однако о больших суммах, назначаемых судом в качестве компенсации морального вреда, говорить точно не приходится: мы не в Европе и не в Америке. В среднем удаётся добиться выплаты в размере 35 тыс. руб. Согласитесь, это несопоставимо с искивыми требованиями пациентов и их родственников к врачам и лечебным учреждениям.

Ещё раз уточню, что моральный вред – категория, присущая только физическому лицу. В отношении юридического лица корректнее говорить о репутационном вреде, но данное явление в Гражданском кодексе чётко не обозначено, поэтому некоторые суды признают факт причинения репутационного вреда, а некоторые не признают.

помощи и сказала, что приехавшая на вызов к её ребёнку бригада была в состоянии алкогольного и наркотического опьянения. Руководство и сотрудники «скорой» решили побороться за свою честь в суде, и дело было выиграно медиками. Сам факт распространения недостоверных сведений доказан с помощью голосовой записи, благо все телефонные переговоры в службе «03» записываются. Кроме того, медицинское освидетельствование не подтвердило у медработников состояние алкогольного и наркотического опьянения, а ответчица не смогла предоставить суду доказательства правдивости распространённых ею сведений. В итоге решением суда она вынуждена была принести извинения и даже выплатила символическую компенсацию морального вреда.

Ещё один пример того, как лечебное учреждение вступилось за свою деловую репутацию и выиграло суд: жительница Красноярского края публично на общегородском мероприятии в присутствии большой аудитории и СМИ заявила, будто в городской больнице умирают и затем бесследно исчезают люди. Естественно, она не смогла доказать в суде истинность своих утверждений. Суд встал на сторону больницы, обязав женщину публично извиниться перед коллективом лечебного учреждения.

В то же время есть случаи, когда защита чести и достоинства невозможна в принципе. В частности, если порочащие сведения в отношении врача были сформулированы в форме вопроса, а не утверждения, то судьи именно на это и указывают: дескать, гражданин всего лишь задал вопрос, высказал предположение, и такие слова не могут считаться порочащими честь и достоинство. Но мы же понимаем, что лицо, которое хочет оскорбить медработника и при этом избежать ответственности, воспользуется именно данной хитростью и либо поставит в конце предложения знак

«дение» стала индульгенцией на оскорбление и клевету.

– Согласно абсолютно. Поэтому и говорю, что данная категория дел очень сложная. По общему правилу, защита чести, достоинства и деловой репутации от мнений, убеждений, оценочных суждений в порядке статьи 152 ГК РФ невозможна. Именно так решил суд в отношении врача из Дагестана, о котором пациентка сказала, что он не имеет представления о медицине, описывает томограммы, которые не умеет читать. Суд счёл это оценочным суждением женщины, которое не может быть проверено на предмет соответствия действительности, и никакой ответственности за свои слова ответчица не понесла. И это, кстати, не удивительно: российское законодательство декларирует право человека на личное мнение и свободу слова, а личное мнение – категория субъективная, поэтому судьи соглашались с тем, что за «оценочное суждение» в адрес врача граждане отвечать не могут.

В то же время в отличие от иных категорий судебных дел здесь сильно развита состязательность судебного процесса, когда каждая из сторон использует разные механизмы защиты. Нередко проводится лингвистическая экспертиза, задача которой – определить, является ли высказывание, распространённое ответчиком, оскорбительным по сути, ущемляющим честь и достоинство истца. Лингвист помогает отличить мнение от утверждения, а клевету – от факта. Иными словами, очень многое в состязательном процессе зависит от адвокатов.

– Интересно, остался ли доктор после этого работать в профессии? Ведь если, по мнению судов, любой человек, не имеющий медицинского образования, вправе оценивать уровень профессионализма врача и широко транслировать свои выводы, то не следует удивляться нарастающему дефициту кадров в здравоохранении.

клевету подразумевает наказание либо в виде штрафа, размер которого в разных ситуациях может доходить до 500 тыс. руб., либо в виде обязательных работ. Ответственность за клевету возможна в том случае, если пациент распространял не просто «личное оценочное мнение», а заведомо ложные сведения, порочащие репутацию медицинского работника. Так, в Ульяновской области пациентка в присутствии представителей Министерства здравоохранения заявила, будто сотрудники больницы брали взятки за госпитализацию в стационар. В этом случае пациентка в рамках уголовного процесса была оштрафована, правда, чисто символически – на 5 тыс. руб. Но важен прецедент.

Житель Пермского края изготовил листовку, в которой написал, что травматолог городской больницы совершал в отношении пациентов, в том числе детей, насильственные действия сексуального характера, пользуясь беспомощным состоянием больных, находящихся под воздействием медикаментов. Своё творение автор разместил на информационном стенде возле жилого дома. Суд установил, что это клевета в чистом виде, и наказал сочинителя.

– Когда медики сталкиваются со словесными оскорблениями со стороны пациентов и их родственников, имеет ли смысл связываться с обидчиками в таких случаях?

– Имеет при условии, что врача удовлетворит мизерный штраф, которым законодательство оценивает вину грубияна. Административная ответственность за унижение чести и достоинства другого лица, выраженное в неприличной форме, согласно ст. 5.61 КоАП РФ, влечёт наложение административного штрафа в размере от 1 до 3 тыс. руб. Здесь имеется в виду как письменное, так и устное оскорбление, которое может даже сопровождаться неприличными жестами, плевками, пощёчиной, обливанием и пр.

– Оскорбить доктора всего за одну тысячу рублей? Да это же героизм! Нет слов... А в случае с размещением недостоверной порочащей информации в СМИ закон защищает медработников? И, кстати, кто выступает ответчиком в суде – журналист, который ретранслировал негативное мнение пациента о враче или клинике, или сам автор мнения? Когда негативный отзыв, сопровождаемый оскорблениями, появился на одном из сайтов-отзовиков, кому предъявлять претензии – автору отзыва или владельцу ресурса? Наконец, главное зло современности – социальные сети, там люди вообще в выражениях не стесняются ни в постах, ни в комментариях к ним. Как определить и наказать виновного?

– Это очень сложная категория судебных дел. Статья 57 Закона РФ № 2124-1 от 27.12.1991 «О средствах массовой информации» предусматривает случаи, когда редакция, главный редактор, жур-

налист не несёт ответственности за распространение ложных порочащих сведений. В частности, если эти сведения являются дословным воспроизведением сообщений и материалов, распространённых другим СМИ. То есть можно сто раз перепечатать в разных газетах, журналах, на интернет-ресурсах информационных агентств любую бредовую «новость» о врачах-убийцах, и никто не понесёт наказание за это.

– По-моему, это вопиющий законодательный дефект. Наличие подобной статьи в Законе о СМИ олицетворяет не свободу слова, а полную свободу от наказания за любое сказанное слово. И это касается не только интересов медицинского сообщества.

– Действительно, законодательство несовершенно. Однако даже при таких условиях защита чести, достоинства и деловой репутации всё равно возможна. Во-первых, на СМИ может быть возложена обязанность опубликовать опровержение. Во-вторых, помимо СМИ есть иные ответчики. Например, если сведения содержатся в авторских произведениях, автор может выступать в суде в качестве ответчика или соответчика. То же самое, когда журналист сослался на конкретное физическое лицо и привёл его прямую речь, то отвечать за свои слова будет это лицо. Если же журналист дал собственную негативную оценку действиям медработников, основываясь на непроверенных сведениях, разумеется, претензии следует предъявлять ему и его работодателю: напомню, что тот же Закон о СМИ обязывает их проверять достоверность размещаемой информации.

В этом смысле показательный пример – судебное разбирательство в отношении новостного агентства «Росбалт», которое, как это делают все СМИ, просто скопировало из другого средства массовой информации текст, содержащий недостоверную информацию порочащего характера о медицинском учреждении. Сначала суд отклонил иск врачей, сославшись на то, что данное агентство лишь тиражировало сведения, а не сочинило их, поэтому отвечать должно СМИ-первоисточник. Но суд второй инстанции, куда обратилось лечебное учреждение, привлёк в качестве соответчиков и СМИ-первоисточник, и агентство «Росбалт». В итоге информацию удалили, дали опровержение и выплатили компенсацию морального вреда.

Теперь что касается сайтов-отзовиков: они изначально предназначены для того, чтобы люди делились там собственным мнением в отношении товаров и услуг, в том числе медицинской помощи. И на всех таких ресурсах размещены предупреждения о том, что сайт не несёт ответственности за содержание комментариев. На самом деле на сайтах-отзовиках, как и любых других интернет-ресурсах, не должна размещаться информация оскорбительного характера, ущемляющая чью-то честь и достоинство, национальные и религиозные чувства, что бы ни было заявлено в политике компании. Мы с коллегами получаем много обращений от врачей и клиник, о которых на таких сайтах порой появляются отзывы оскорбительные по форме и ложные по сути. Пишем обоснованные претензии, и негативные отзывы убирают.

– Убрать оскорбительный отзыв с сайта-отзовика, на мой взгляд, – это вообще никакое не наказание для нарушителя и не сатисфакция для поруганной чести врача или клиники. Поэтому что до того, как этот отзыв уберут, его успеют прочесть тысячи потенциальных пациентов. В итоге врач и клиника получают удар по деловой репутации и недополучат доход.

– В том-то и дело, что невозможно заставить администрацию сайта-отзовика публично принести извинения, а тем более компенсировать клинике недополученный доход. Задача любого интернет-ресурса – что сайтов, что соцсетей – предоставить свою площадку для того, чтобы физические лица могли высказывать своё мнение о чём угодно и как угодно. Более того, у таких площадок нет обязательного

требования к людям, которые являются их пользователями, проходить идентификацию личности. И это также огромная проблема: найти человека, который скрывается за неким условным никнеймом, порой просто невозможно.

Медики часто допускают в таких случаях ошибку, подавая иск в суд на какое-то конкретное лицо, которое, как они полагают, скрывается за тем или иным сетевым именем в социальной сети. А доказательств этого у них нет, и суд отказывает в претензии. Здесь надо действовать иначе: сначала доказывать в суде факт недостоверности размещённых сведений, не указывая в исковом заявлении конкретного ответчика. Как только суд признает, что размещённые сведения не соответствуют действительности, направляется требование к администрации сайта удалить эти сведения и дать опровержение. Правда, никаких денежных компенсаций здесь не будет.

– Разве это решает проблему? Соцсети удалят один пакостный текст, на его месте появятся другие.

– Правовое регулирование деятельности интернет-ресурсов – вообще тема сложная и не до конца разъяснённая. В частности, нет ясности, кто несёт ответственность за размещение порочащих сведений о каком-то человеке или организации – администратор доменного имени или владелец сайта. В судебном сообществе есть и такая, и другая точки зрения. Данный вопрос нуждается в чётком определении Верховного суда либо законодателями.

И вообще, решение проблемы защиты чести и достоинства медработников невозможно без изменения ментальности российского общества. Пока в нашей стране будут относиться к данной категории судебных дел, как «3 тыс. рублей за поруганную честь – красная цена», глобально ситуация не изменится.

– Нечёткость законодательных формулировок, судебский субъективизм – условия, которые точно не способствуют правосудию.

– В Гражданском процессуальном кодексе прямо сказано, что суд оценивает доказательства по своему внутреннему убеждению. Это тоже своего рода оценочное суждение. С судьями вообще всё очень сложно, они сверхзаняты. В таком крупном регионе, как Москва, на рассмотрение дела может отводиться до 10 минут. Можно ли за такое короткое время вникнуть в суть претензии истца?

По моему мнению, было бы правильно ввести специализацию для судей, чтобы они нарабатывали опыт ведения дел по одному направлению. В частности, по здравоохранению. Кроме того, по медицине было бы неплохо сформировать силами профессиональных врачей сообществ третейские суды. Этот институт неплохо работает по другим сферам деятельности, а здесь его почему-то нет.

Вообще, роль профессиональных медицинских сообществ в нашей стране весьма незначительная в отличие от мировых практик. У нас врачебные ассоциации в основном занимаются образовательными проектами, но крайне мало уделяют внимания совершенствованию правового обеспечения медицинской деятельности. Лишь единицы врачебных объединений в этом направлении активно работают – Национальная коллегия флебологов, Российское общество хирургов и некоторые другие, но их крайне немного. Стоит ли удивляться тому, что нарастает вал уголовных дел против врачей, количество случаев клеветы и оскорблений в адрес медработников?

По моей оценке, моральная обстановка в медицинской отрасли сейчас не самая хорошая. Система здравоохранения в контексте дел о защите чести и достоинства медработников, а также на фоне нарастающего количества уголовных дел «пациент против врача» нуждается в идеологическом переосмыслении.



Беседу вела
Елена БУШ,
обозревател
«МГ».

Акция

Выбирают трезвость

Ямальцы с детства постигают простые жизненные истины

Ежегодно в мероприятиях, приуроченных к Всероссийскому дню трезвости, участвуют тысячи северян. Не стал исключением и год нынешний – под эгидой медицинского сообщества жители Ямала приобщились к здоровому образу жизни.

В окружной столице специалисты центра здоровья организовали в холле поликлиники «островок здоровья». Здесь любой желающий смог не только узнать о пагубном влиянии алкоголя, но и измерить артериальное давление, уровень сахара и холестерина, определить насыщение крови кислородом. А в день города медики, волонтеры и региональное отделение Российского Красного Креста развернули на праздничной площадке обуча-



щую площадку, где все желающие смогли узнать больше о принципах ЗОЖ, попробовать свои силы в оказании первой помощи пострадавшему, узнать, как стать донором крови и костного мозга.

В Надыме специалисты Ямальского центра общественного здоровья и медицинской профилактики провели в течение 3 дней целый комплекс мероприятий. Сначала медики встретились с учениками колледжа. На макетах внутренних органов ребята увидели, как под действием алкоголя развиваются инсульт, инфаркт, онкологические заболевания. На районном фестивале детской безопасности «PRO_безопасность» специалисты центра организовали «Палатку здоровья», которую посетили более 200 школьников.

Здесь же каждый смог почувствовать «всю прелесть» алкогольного опьянения, надев специальный макет – «очки пьяного водителя». Ребята рассказали, что в очках невозможно сфокусировать зрение, все предметы расплываются, теряется ощущение реальности. Специалисты центра надеются, что школьники запомнят эксперимент надолго, и у виртуального алкоголя не будет шансов войти в реальную жизнь.

Также надымчане приняли участие в массовом спортивном забеге, где состязались в скорости на лыжероллерах, самокатах, роликовых коньках, а специалисты центра пригласили всех пройтись по парку маршрутом северной ходьбы.

Совместный «просветительский десант» организовали специалисты отделения медицинской профилактики, волонтеры и студенты колледжа в Ноябрьске: они рассказали северянам, в чём опасность алкоголя и других психоактивных веществ. А специалисты Ямальского СПИД-центра присоединились

ра не только организовали в торговом центре «уголок здоровья», где определили основные показатели работы организма, но и проехали по городу с символикой, привлекая внимание северян к акции «Трезвость – норма жизни».

Для тех, кто целенаправленно искал способ отказаться от пагубного пристрастия, в Салехарде, Ноябрьске, Муравленко, Надыме и Новом Уренгое врачи-наркологи и медицинские психологи провели анонимные консультации.

– Немало людей убеждены, что алкоголь в малых дозах безвреден. Но это опасное заблуждение, – отмечает главный врач Ямальского центра общественного здоровья и медицинской профилактики Сергей Токарев. – Независимо от дозы алкоголь – это яд. Этиловый спирт пагубно влияет на работу многих органов и систем. Алкоголь известен как причина возникновения около 60 различных заболеваний,



к марафону «PRO100здоровы». Ноябрьчане не только поучаствовали в игровой, танцевальной и спортивной программе, но и узнали много важного о принципах ЗОЖ.

В Тарко-Сале школьники приняли участие в психологическом тренинге. Полученные знания помогут им не поддаваться влиянию компании сверстников и избежать вредных привычек. Ставку на работу с молодёжью сделали в Муравленко и Красноселькуп. Медики встретились с подростками и объяснили, почему не бывает безопасных доз алкоголя, чем опасно пиво и энергетики. В Лыбытнангах и Губкинском о вреде алкоголя напомнили и взрослым. Специалисты встретились с работниками организаций и предприятий, а также провели для всех желающих школу здоровья онлайн.

В Новом Уренгое сотрудники психоневрологического диспансе-

включая психические расстройства, онкологические, заболевания лёгких и сердечно-сосудистой системы, нарушения репродуктивной функции. Например, регулярное потребление примерно 50 г чистого алкоголя увеличивает риск развития рака кишечника на 10-20%. А недавно учёные доказали, что алкоголь ускоряет биологическое старение, так как воздействует на ДНК. Эти знания мы систематически доносим до ямальцев, и есть обнадеживающие результаты. Если в 2019 г. потребление этанола на душу населения в регионе составило 8,1 л, то в прошлом году – уже 7,4. Особую ставку мы делаем на работу с молодым поколением. Очень важно, чтобы каждый с детства понимал простую истину: трезвость – это норма жизни!

Георгий АЛЕКСАНДРОВ,
Салехард.

В середине сентября Краснодарский край отмечает заметную дату – 85 лет со дня образования. Один из самых крупных регионов нашей страны может гордиться не только развитым сельским хозяйством, пищевой и обрабатывающей промышленностью, знаменитыми черноморскими курортами, но и современной медициной, которая по ряду направлений задаёт тон развития всему отечественному здравоохранению. Флагман кубанской медицины – Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 им. С.В.Очаповского. Её главного врача академика РАН, Героя Труда России Владимира Порханова знает вся медицинская общественность страны. Его труд, знания, талант спасли тысячи человеческих жизней.

Как и большинство многопрофильных клиник России, НИИ-ККБ № 1 в пандемию перепрофилировала несколько крупных отделений для оказания медицинской помощи больным с подозрением на новую коронавирусную инфекцию. Очередная волна COVID-19 отступает. Но удаётся ли выполнить запланированные объёмы плановой помощи, в которой так нуждается население? Накануне праздничной даты главный редактор «Медицинской газеты» Алексей ПАПЫРИН встретился с давним другом нашей газеты Владимиром ПОРХАНОВЫМ и взял у него интервью.

– Владимир Алексеевич, пандемия заставила лечебные учреждения сократить объёмы плановой помощи. Удалось ли сегодня выйти на доковидный уровень? Это особенно важно в краевой больнице, учитывая, что 65% высокотехнологичной помощи в регионе оказывается в главной больнице края...

– Небольшая очередь на госпитализацию существует всегда. У нас в стране привыкли, что, поступив в больницу, люди неделю сдают анализы и обследуются. Но теперь другие времена. В современной клинике проводятся операции, оказывается высокотехнологичная помощь, а подготовка к госпитализации должна вестись амбулаторно.

Пока нельзя сказать, что COVID-19 больше не представляет угрозы здравоохранению. Да, очередная волна уходит. Но не всё так просто. Мне звонил из США академик Владимир Зельман и говорил, что у них регистрируется много серьёзных случаев и осложнений. И призывал к осторожности... Но мы работали и работаем, соблюдая положенные меры предосторожности. Даже в острый период пандемии в НИИ-ККБ № 1 не отказывались от экстренных операций и плановой помощи в тех случаях, когда перенести хирургическое вмешательство означало серьёзно ухудшить прогноз заболевания. Каждый день мне докладывают о количестве выполненных операций. Но прежде всего обращаем внимание на высокотехнологичную помощь. Так было и до пандемии. Без высоких технологий эффективно помочь больному во многих случаях просто невозможно.

В качестве примера вспомню, как несколько лет назад на планёрке наш главный кардиохирург Кирилл Барбухатти докладывал: поступила больная, которая весит более 150 кг. Ей предстоит заменить клапан сердца. Я спрашиваю: а почему не сделать операцию по принципу TAVI?... К этому времени мы их только ставили на поток. Хотя наш заведующий Алексей Федорченко учил выполнять такие вмешательства в десятках клиник страны. Названная операция выполняется без общей анестезии, стернотомии, без искусственного кровообращения. Разве можно сравнить её с открытой хирургией? Сделали, например, TAVI 80-летней бабушке. Захожу к ней в палату после операции через полчаса, а она уже сидит. Для меня, опытного врача, проработавшего десятки лет в торакальной хирургии, это выглядело невероятным. А всё очень просто – современное оборудование и технологии позволили заменить сердечный клапан, не вскрывая грудную клетку.

– Но ведь это очень дорогостоящая операция – одни расходники более 600 тыс. руб.?

Авторитетное мнение

Время диктует новые подходы

Равняясь на достигнутое, идти вперёд – так работают специалисты известной клиники



– Стоимость, конечно, имеет значение. Но на другой чаше весов – спасение человеческой жизни. В Советском Союзе проживало 340-350 млн человек. Сегодня россиян в два раза меньше, а территория современной России – огромная. Мне очень импонируют задачи, которые ставит Президент Российской Федерации – увеличить продолжительность жизни и вместе с этим продлить трудоспособность человека. И НИИ-ККБ № 1 всё для этого делает. Мы ежедневно выполняем 250-350 сложных операций.

– Вы подписали письмо за изменение приказа об организации онкологической помощи. Почему это так важно, чтобы именно многопрофильные больницы играли первую скрипку в хирургическом лечении рака лёгкого?

– У нас накоплен огромный опыт проведения операций по

раку лёгкого. Многопрофильность является большим преимуществом, а не недостатком. Лучевая терапия, химиотерапия – всё это применяется в НИИ-ККБ № 1, мы давно приобрели ускоритель, организовали специализированное отделение. Пройдёт какое-то время, полагаю, в России станет меньше онкодиспансеров. Многие их здания – старые, а разделение возникло от нашей бедности. Я считаю, что будущее за многопрофильными центрами. Возьмите одну из самых известных клиник мира – Университет Джонса Хопкинса в Балтиморе. В нём находятся: огромный университетский комплекс и клиника, где есть хирургия, терапия, психиатрия, десятки профилей сосредоточены в одном месте. Другое

всё осталось по-прежнему. Как работать, например, без дьюаров, следящей аппаратуры, мощной реанимации? Когда эпидемиологическая обстановка потребовала, мы тоже перепрофилировали одно отделение под инфекционное. Огородили его и продумали маршрутизацию. Потребовались минимальные затраты и временной промежуток, чтобы стало можно принимать больных с COVID-19. Моя принципиальная позиция с первых дней, как стал трудиться главным врачом: многопрофильность – величайшее преимущество, а не обременение.

В те времена мы отправили учиться врачей в Национальный медицинский исследовательский центр им. Е.Н.Мешалкина. Они

ловиях поступления большого количества пациентов. Речь может идти и о пострадавших в крупных авариях, и в техногенных катастрофах, и в военных действиях. Как этого добиться?

– Я уже говорил в одном из интервью «МГ» о важности быстрой и адекватной сортировки. Чтобы помочь наибольшему числу людей, надо чётко разделить потоки на тех, кого предстоит оперировать в первую очередь, и тех, кто может подождать, и, наконец, группу, кому помочь уже нельзя. На словах всё понятно, но как это сделать на практике? Для этого надо проводить тренинги, чтобы обучающиеся могли без промедления действовать в изменяющейся обстановке. Ещё десятилетие назад мы

переделали приёмный покой так, чтобы медицинская помощь оказывалась с момента поступления больного. Шесть операционных находятся около этого подразделения, компьютерный и магнитно-резонансный томографы, не говоря уже о лапароскопических стойках, переносных УЗИ-аппаратах и многом-многом другом. Каждый хирург должен прекрасно знать экстренную хирургию. Я уже выступал по этому поводу и по-прежнему считаю: нельзя было закрывать военные кафедры в медицинских вузах!.. А ведь ещё недавно реформаторы хотели и Санкт-Петербургскую военномедицинскую академию упразднить... В нашей стране мало врачей, прошедших подготовку к работе в экстренных условиях...

Наконец, в оказании медицинской помощи пострадавшим нет второстепенных вещей. Нельзя терять драгоценные минуты. Есть проблемы и у нас. Краевая больница может принимать пострадавших с двух улиц (Российской и Первого Мая). Но меня беспокоят гаражи и мелкие конторы, которые буквально расплодилось по одной из них. Из-за этого в ситуации ЧП к клинике будет трудно подъехать... Надо понимать, что тогда к ней устремятся не только машины скорой помощи, но и родственники, сослуживцы, близкие пострадавших. Строители достраивают диагностический корпус. Значит, будет ещё больше машин. Нельзя допустить, чтобы подъезд «затромбировался» в самый неподходящий момент. Я уже говорил об этом руководству нашего краевого центра, что эти постройки надо снести. Если они возведены законно, выплатить владельцам компенсацию. Нельзя рисковать доступностью въезда в больницу.

– Мы говорили о высоких технологиях. Краевая больница является одним из лидеров в стране по применению робот-ассистированной хирургии. Что даёт её применение?

нам очень помогли в развитии детской кардиохирургии. Сибиряки приехали в Краснодар и провели показательные операции. И убедились, какие громадные преимущества даёт многопрофильность. Вернулись в Новосибирск и решили приобрести для центра лучевой ускоритель. А зачем, спрашивал в те времена главный онколог России Валерий Чиссов? При всей его известности он был не прав. Совершенно правильно они сделали, что открыли потом и отделение нейрохирургии, торакальное и освоили химиотерапию. Аналогичный пример – НМИЦ им. В.А.Алмазова. В новом корпусе здесь открыли роддом, нейрохирургию, неврологию, отступили таким образом от кардиохирургии. Коллеги поняли, что многопрофильность – требование сегодняшнего дня.

– Между тем времена теперь такие, что клиники должны быть готовыми работать в ус-

– Чаще всего она по-прежнему применяется в урологии – при выполнении сложных реконструктивных, восстановительных операций на органах мочевыделительной системы. Прежде всего – помощь онкологическим больным при операциях на простате, мочевом пузыре, сложные резекции почек, операции в области паха и желудочно-кишечного тракта. Кроме того, активно используем роботассистированную хирургию в трансплантологии. При пересадке так называемых солидных органов. В нашей практике есть совершенно уникальная операция по пересадке трахеи.

Несколько лет назад в Санкт-Петербурге девушка на 6-м месяце беременности попала в аварию. Произошло повреждение трахеи. Она перестала говорить. После многочисленных операций, которые делали ей в течение полутора лет в различных клиниках, вернули голос. Ей было сложно дышать, говорить и даже двигаться.

Резюмируя, если раньше хирурги говорили: взять, удалить повреждённую болезнью часть органа, человек сам привыкнет, адаптируется к этому. На сегодняшний день стремимся сразу получить хорошие функциональные результаты. То есть минимально травмировать ткани. Это позволяют сделать новые технологии.

– Владимир Алексеевич, а как они воспринимаются медицинским сообществом? Ведь их освоение требует дополнительных знаний и усилий...

– Конечно, положительно. Новые технологии – всегда качество, новые горизонты. Можно ли вместо роботассистированной хирургии прооперировать открыто? Да. Но восстановление больного будет идти гораздо дольше. Когда только начала появляться в конце 80-х лапароскопическая хирургия, скептики возмущались: «Да что там эти малоинвазивные вмешательства! Только трата времени!» А сегодня вы кого-то из хирургов уговорите сделать холецистэктомию не лапароскопически? Никто не согласится. И то же самое, думаю, будет и с роботической хирургией.

– Как вы считаете, роботассистированная хирургия уже достигла предела, выше которого подняться будет крайне сложно? Или до этого момента ещё очень далеко?

– Трудно прогнозировать... Но, скорее всего, роботассистированная хирургия в начале своего пути. Появляется аппаратура не только марки «Да Винчи», но и других фирм. Стоимость обо-

рудования будет уменьшаться, а качество – улучшаться. Как было с лапароскопией? Сначала один институт внедрил малоинвазивную хирургию, потом – второй, затем – третий. В последние годы нет ни одной ЦРБ, где не установлены лапароскопические стойки. Пройдёт ещё какой-то период времени, роботассистированная хирургия внедрится везде и неизбежно будет превалировать над открытыми хирургическими операциями. Раньше в лапароскопической хирургии использовали 10-миллиметровые разрезы, сейчас дошли до 3. Точно так же и в роботической хирургии – сначала использовали 11-миллиметровые инструменты, недавно к нам поступил новый аппарат уже с 7-миллиметровыми. Значит, и разрез для создания порта будет ещё меньше. А через какое-то время производители зарегистрируют монопортные роботы, когда через прокол – один разрез с минимальным диаметром – будет заводится специальный оптический троакар, с помощью которого удастся совершать большую манипуляцию. Наступающая цифровизация поможет внедрить более тонкие методы. Человеческий фактор в хирургии уменьшится. При использовании робота стоит хирургу немного отвлечься, повернуть голову от операционного поля, всё – аппарат выключился. Заблокировался. Вернул голову в прежнее положение, он продолжил вмешательство. Конечно, открытая хирургия никуда не исчезнет. Например, при травмах всё равно будут использовать скальпель.

– Но, спускаясь на землю, не помешает ли этому опять-таки стоимость аппаратуры и расходных материалов?

– Аппаратура стоит дорого, как и расходные материалы. Но лапароскопия когда-то тоже стоила немалых денег. Но появились российские компании, которые изготавливают великолепные инструменты за не очень большие деньги. Почему этот опыт, пусть не быстро, не может быть повторен в роботической хирургии? Сейчас все боятся санкций, мол, трудно с комплектующими и другими инструментами. Позвонили в Казань, попросили продать необходимый инструментарий. Нет проблем – прислали. До санкций выпускающиеся в Татарстане троакары закупали немцы. Они сделаны из прочного титана.

– Владимир Алексеевич, вы лидер мнений в торакальной хирургии. Обращаются ли сегодня массово в больницу переболевшие ковидом с за-



болеваниями лёгких? На ваш взгляд, существует ли постковидный синдром?

– Вы ещё спросите, а COVID-19-то существует? (Смеётся.) Постковидные явления зависят от того, как протекала болезнь, прививался или нет больной. Я сам пролежал 3 недели в реанимации. У меня было поражено 75% лёгких. Но занимаюсь своим здоровьем. Раздышался. Теперь каждый день плаваю ровно час. Я бодр и весел. Ежедневно оперирую. Много зависит от усилий самого человека, как он старается восстановиться. Безусловно, больных с заболеваниями лёгких стало больше. Но специализация НИИ-ККБ № 1, как я говорил, – высокотехнологичная помощь. Реабилитация – это не совсем наше. А при поражении лёгких при COVID-19 надо было ещё выжить... Вы знаете, что китайцы и американцы пытались при ковиде пересаживать лёгкие? Но получили плачевные результаты. Наши

хирурги дренировали лёгкие. Да, было нелегко. Врачи, оказывающие помощь больным с новой инфекцией, проживали в отдельной гостинице. Спонсоры привозили продукты. Мы их кормили. И они спасли тысячи жизней.

– Вас много раз приглашали на работу в клиники различных стран мира. Почему вы всегда отказывались? Откуда такая уверенность, что и в России удастся внедрить передовые и уникальные методики, работать на высоком уровне?

– Я люблю своё Отечество. У нас на Кубани живут предпринимчивые, сильные люди. Конечно, мне довелось побывать в десятках клиник мира. Некоторые из них даже стали градообразующими предприятиями, где высочайший уровень медицины, комфортабельные гостиницы, ухоженные скверы и парки, хорошие стоянки. Кстати, это также повышает удовлетворённость людей оказанной медицинской помощью. Надо учиться на лучших примерах. Но я верил и верю в свою страну. Мы можем добиться результатов не хуже, если не лучше.

– 2022 год объявлен в России годом наставничества. Нельзя не спросить вас об этом. Это, полагаю, делается, чтобы на смену старшему поколению пришли такие же достойные врачи...

– Я стараюсь опекать молодых ординаторов. Мой путь в профессию начинался с санитаря, медбрата. Но самое важное – огромное желание научиться профессии. Если старшие коллеги видят, что студент хочет овладеть тонкостями, старается, пытается подражать, то они доверяют ему всё больше и больше. И так шаг за шагом происходит вхождение в профессию. Но сегодня есть часть молодёжи, не желающая напрягаться. Приходят ординаторы и мечтают сразу научиться выполнять лапароскопическую холецистэктомию. Посмотрите на Запад. Чтобы поступить в резидентуру, нужно учиться действительно на отлично. Дедовщина, которая была в Советской армии, ничто по сравнению с

теми порядками, которые действуют при подготовке хирургов в Англии, Франции. Если молодой специалист скажет какую-то некорректную фразу человеку, который старше его, он будет отчислен. И это обязанность, а не желание преподавателя, доложить об инциденте. Будущие врачи приходят в клинику в 4:00 и на утренней конференции без записки докладывают диагноз больного, проведённые исследования, полученные результаты анализов. Чтобы стать врачом, приходится много трудиться. Часть из молодых людей берут кредиты, чтобы выучиться на врача. Должны банком по 300-400 тыс. долларов. Но они знают, что специальность того стоит. Когда они выйдут на работу, рассчитаются. Молодые врачи имеют знания, освоили навыки и тактику, изучили подходы. Их учат умению общаться. Быть красиво одетыми. Их парфюм не должен вызывать аллергию. Как-то мы выступали в станице Коневской, собралось много медицинских работников. Я сказал, что хирург должен пахнуть никак или хорошо. Не стесняюсь говорить об этом своим коллегам. Врач должен вызывать доверие и уважение. Он не должен выглядеть убого и рассматриваться кем-либо как обслуживающий персонал.

– На ваш взгляд, в обозримом будущем наступит время ещё более жёсткой специализации или общая хирургия по-прежнему будет востребована?

– Это вечная тема – специализация и образование, которое хирурги получают пока недостаточное. Потому что не может молодой врач, окончив институт, какие бы у него ни были баллы, пройдя за два года ординатуру, и являться состоявшимся специалистом. Чтобы стать торакальным хирургом, нужно сначала освоить общую и экстренную хирургию, а затем избранную специализацию. Представьте, поступает большое количество пострадавших, а специалист умеет только оперировать на сердце. А если, не дай бог, начнутся военные действия? Создадут специальный кардиохирургический госпиталь? Хирург должен уметь помочь при переломе бедра, оперировать рану печени, открыть грудь, живот и остановить кровотечение из сердца, лёгкого, сделать трепанацию черепа. Всё перемешается. Конечно, специализация важна. Я думаю, в наше время это не требует даже обоснований. Увлёкаться только излишне ею не надо.

– На ваш взгляд, какой будет торакальная хирургия в ближайшие десятилетия?

– Будущее торакальной хирургии было достаточно печально. Долгое время она развивалась преимущественно в противотуберкулёзной службе. Но это совсем не про дренирование лёгких и лечение эмпием, когда больные по году лежали в стационаре. Сегодня это и онкология, нагноения, хирургия пищевода, грудная клетка, сердце. Можно сказать, одна из самых сложных специальностей, впитывающая всё новое, что происходит в медицине.

– Да, время требует новых подходов. Любому специалисту нужны глубокие знания, восприимчивость современных технологий и их освоение на практике. Как я понимаю, по этому принципу работают большинство врачей краевой больницы?

– Этого требует наша специальность. Нельзя останавливаться на достигнутом. Накопленный опыт, а главное, творческий потенциал делают клинику востребованной. Поэтому учиться надо всю жизнь, чтобы быть высококвалифицированным специалистом.

– Спасибо за беседу.



КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 35 (2347)

(Продолжение. Начало в № 36 от 14.09.2022.)

Примерно у 50-68% взрослых пациентов с ИТ глотки и пищевода наблюдается выраженная клиническая картина. К наиболее частым клиническим симптомам ИТ, застрявшего в пищеводе, относятся боли по ходу пищевода, слюнотечение, боли в яремной ямке, затылке, спине, эпигастрии, дисфагия, срыгивание, одышка. Вынужденное положение туловища характерно при ИТ в виде «якорей». Вторичные проявления характеризуются повышением температуры, обезвоживанием, саливацией, неприятным запахом изо рта, осиплостью голоса, инфильтрацией мягких тканей шеи, подкожной эмфиземой, пневмотораксом и др. Характерны холодный пот, бледность кожных покровов, иногда нарушение сердечного ритма; 10% ИТ пищевода не вызывают каких-либо симптомов.

В случае, если ИТ прошло через пищевод в желудок, большинство пациентов не имеют симптомов, но ощущение ИТ с дисфагией может сохраняться в течение нескольких часов и таким образом может имитировать наличие ИТ в пищеводе (признак Турнера). Часто ощущение «инородного тела» бывает у эмоционально лабильных людей, такие «мнимые» инородные тела наблюдаются в 10-15% случаев.

При ИТ в желудке и ДПК клинические проявления бывают мало выражены. Только крупные, длинные и остроконечные предметы проявляются клинически. При наличии в желудке крупных ИТ больных часто беспокоят тупые боли в эпигастрии, усиливающиеся после приёма пищи, а также чувство металлического привкуса во рту, тошноты и тяжести в эпигастриальной области. Мелкие ИТ обычно не вызывают болей – либо жалоб. При длительном нахождении ИТ в просвете желудка или ДПК в связи с пролежнем и последующей перфорацией стенки органа появляются перитонеальные симптомы, либо образование забрюшинного инфильтрата. Последнее характерно для ИТ, фиксированного в вертикальном положении в месте перехода нисходящей части ДПК в нижнегоризонтальную.

Инородные тела больших размеров в прямой кишке (крупные игрушки, баллоны и иные сосуды, продолговатого размера фрукты, овощи), намеренно введённые в просвет прямой кишки, особенно у детей, могут вызывать тенезмы, боли в области промежности, задержку стула и газов.

Отсутствие клинических проявлений не должно служить поводом для отказа от дальнейшего обследования больного с подозрением на инородное тело пищеварительного тракта.

Большинство ИТ (80-90%) выходят самостоятельно. Тем не менее в 10-20% случаев пациенты нуждаются в эндоскопическом пособии, менее чем в 1% случаев необходимо хирургическое вмешательство для удаления ИТ или для устранения осложнений, связанных с ИТ.

Диагностика

Критерием установления диагноза служит обнаружение инородного тела при рентгенологическом/эндоскопическом исследовании либо при интраоперационной ревизии.

Жалобы и анамнез

Рекомендуются тщательная оценка жалоб и детальный сбор анамнеза пациента, которые служат неотъемлемой, а в ряде случаев критически важной частью обследования пациентов с подозрением на наличие инородного тела ЖКТ.

Сбор анамнеза у взрослых не вызывает затруднений, кроме пациентов с психическими отклонениями, либо пациентов, скрывающих суть произошедшего. Пациенты с инородными телами пищевода, особенно с вклиненными пищевыми комками, почти всегда имеют жалобы и могут точно определить время начала симптомов и локализовать зону дискомфорта. Однако область дискомфорта часто не коррелирует с местом вклинения. Инородные тела в пищеводе вызывают такие симптомы, как дисфагия, одинофагия или боль за грудиной; также часто наблюдаются боль в горле, ощущение инородного тела, тошнота и рвота. Респираторные симптомы включают удушье, стрidor или одышку и могут быть результатом аспирации слюны или сдавливания трахеи инородным телом. Гиперсаливация и неспособность глотать

какие-либо жидкости являются симптомами, говорящими о полной непроходимости пищевода.

В детском возрасте необходимо помнить об особенностях диагностики инородных тел у пациентов с органической патологией пищевода (ожоги пищевода; перенесённые операции по поводу атрезии пищевода). Появление у такого ребёнка жалоб на дисфагию, слюнотечение, поперхивание или апноэ при попытке кормления заставляет заподозрить наличие инородного тела и является показанием к проведению диагностической эзофагоскопии.

Инородное тело в пищеварительном тракте

При сборе анамнеза важным пунктом является уточнение характера проглоченного инородного тела, времени с момента попадания инородного тела в просвет ЖКТ. Стоит отметить, что рентгенологическая картина монет очень схожа с дисковыми батарейками, поэтому необходимо тщательное изучение анамнестических данных. Помимо факта проглатывания батареек сбор анамнеза у родителей или законных представителей ребёнка крайне необходим и для других агрессивных по своему физическому, химическому и механическому воздействию инородных тел.

Важно выяснить, не предпринимал ли пациент самостоятельных попыток извлечения или «проталкивания» инородного тела, например, путём проглатывания большого количества сухого хлеба. Если пациент обследовался на амбулаторном этапе или переведён из другого стационара, необходимо выяснить, производились ли попытки эндоскопического удаления инородного тела.

При сборе анамнеза уточняется наличие/отсутствие в анамнезе эпизодов с аналогичной симптоматикой; наличие/отсутствие установленного ранее диагноза эозинофильного эзофагита, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, рубцовой стриктуры пищевода, ахалазии кардии, что может иметь существенное диагностическое значение у пациентов с ИТ пищевода алиментарного происхождения, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста. Уточняется наличие сопутствующей патологии, показаний и противопоказаний к эндоскопическому и другим видам инструментального обследования.

Физикальное обследование

При поступлении пациента с подозрением на ИТ ЖКТ в стационар рекомендуется физикальное обследование больного оториноларингологом (при проглатывании ИТ) и хирургом с акцентом на оценку общего состояния пациента и клинических симптомов возможных осложнений.

Наличие гипертермии и тахикардии у пациента с ИТ – признаки, настораживающие на развитие у него осложнения. При физикальном осмотре оториноларинголог (а при его отсутствии замещающий его врач) должен подтвердить либо исключить наличие проглоченного инородного тела в ротовой полости и глотке. Врач-хирург включает/подтверждает признаки перфорации пищевода (осматривает и пальпирует шею, подчелюстные области для исключения подкожной эмфиземы, отёка, инфильтратов), а также включает/подтверждает признаки осложнений со стороны желудка, тонкой и толстой кишок (наличие инфильтратов брюшной полости, перитонеальных симптомов, признаков кишечной непроходимости и т.д.). Следует также провести обследование лёгких для оценки наличия хрипов или аспирации. При подозрении на инородное тело прямой кишки необходимо произвести пальцевое ректальное исследование.

Лабораторные диагностические исследования

Пациенту с ИТ при поступлении в стационар рекомендуется выполнить стандартный

перечень лабораторных диагностических исследований для своевременной диагностики признаков воспаления, выявления сопутствующих заболеваний, нарушений гомеостаза и системы свёртывания крови.

Набор лабораторных исследований в целом мало отличается от стандартного набора анализов при поступлении пациентов в стационар. Всем пациентам выполняется общий (клинический) анализ крови; анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, мочевины, креатинин, амилаза, билирубин, АлАТ, АсАТ). В общем (клиническом) анализе крови обращают внимание на наличие признаков воспаления, что может свидетельствовать о, возможно, возникшем осложнении, связанном с инородным телом. Дополнительные исследования (по показаниям) включают в себя: исследование уровня калия и натрия в крови; исследование уровня тромбоцитов в крови; также определяются: активированное частичное тромбопластиновое время, международное нормализованное отношение (МНО), фибринолитическая активность крови.

Инструментальные диагностические исследования

Неотложная обзорная рентгенография мягких тканей шеи, органов грудной и брюшной полости рекомендуется пациентам с подозрением на рентгеноконтрастное инородное тело ЖКТ, а также в том случае, когда характер ИТ неизвестен – для его обнаружения, уточнения локализации, размеров, конфигурации и числа инородных тел.

Обзорное рентгенологическое исследование позволяет определить структуру ИТ, уровень его расположения, наличие тех или иных осложнений, вызванных ИТ. Чтобы свести к минимуму воздействие радиации, в качестве начального метода исследования рекомендуется стандартная рентгеноскопия/графия в прямой проекции. Частота ложноотрицательных результатов при этом достигает 47%, вот почему, если ИТ не обнаружено в прямой проекции, следующим этапом выполняется рентгеноскопия/графия в боковой проекции.

При подозрении на инородное тело шейного отдела пищевода больному производят обзорную рентгеноскопию и рентгенографию мягких тканей шеи в боковой и прямой проекции с приподнятой головой, чтобы не перекрывать зону шейного отдела пищевода и глоточно-пищеводного перехода.

При подозрении на инородное тело грудного отдела пищевода выполняется обзорная рентгенограмма как шейного отдела пищевода в боковой проекции, так и обзорная рентгенограмма грудной клетки, так как, исходя из жалоб пациента, не всегда можно определить предполагаемый уровень локализации инородного тела.

Обзорная рентгенограмма брюшной полости выполняется при подозрении на инородное тело желудка и нижележащих отделов ЖКТ. При подозрении на инородное тело прямой кишки выполняется обзорная рентгенография малого таза.

Детям с подозрением на проглатывание ИТ, даже в отсутствие убедительных клинических симптомов, рекомендована неотложная рентгенография мягких тканей шеи, грудной и брюшной полости, таза в двух проекциях, по показаниям.

Большинство истинных рентгенопозитивных ИТ можно идентифицировать рентгенологически; однако тонкие металлические предметы, например, алюминиевые отрывные язычки от банок и бутылок с напитками, дерево, пластик и стекло, а также тонкие рыбные или куриные кости нередко сложно обнаружить, что лимитирует возможности рентгеноскопии при первичной диагностике этого патологического состояния. Кроме идентификации ИТ, при обзорном рентгенологическом исследовании могут быть выявлены такие осложнения, как аспирация, пневмомедиастинум, пневмоперитонеум или подкожная эмфизема.

Обзорное рентгенологическое исследование у пациентов с застрявшим пищевым комком, не содержащим костей, без признаков осложнений, как правило, не рекомендуется.

Число ложноотрицательных результатов при выполнении обзорного рентгенологического исследования у пациентов с застрявшим пищевым комком, не содер-

жащим костей, без признаков осложнений достигает 87%.

Рентгеноскопия глотки и пищевода с контрастированием рекомендуется при подозрении на обтурацию просвета и/или перфорацию пищевода; при подозрении на наличие в пищеводе рентггеннегативного инородного тела, а также в том случае, когда возникают сомнения относительно локализации инородного тела в желудке или нижележащих отделах ЖКТ.

Применение водорастворимого рентгеноконтрастного средства, содержащего йод, позволяет в дальнейшем беспрепятственно выполнить эндоскопическое исследование, а данные рентгеноскопии с контрастированием помогают в оценке состояния пищевода и рисков выполнения последующего эндоскопического пособия. При этом рентгеноскопия глотки и пищевода с контрастированием не должна задерживать эндоскопическое вмешательство.

Выполняя это лучевое исследование при подозрении на обтурацию просвета пище-

вода следует предупредить пациента, чтобы он выпивал рентгеноконтрастное средство малыми порциями. При нарушении функции глотания, обусловленной локализацией обтурирующего инородного тела на уровне глоточно-пищеводного перехода, а также при наличии у пациентов нарушения функции глотания любого иного генеза (неврологические заболевания и т.д.) применять водорастворимые рентгеноконтрастные средства вообще не следует, так как это может привести к аспирации и вслед за ней к отёку лёгких.

НЕ рекомендуется использование рентгеноконтрастных средств, содержащих бария сульфат для контрастирования ЖКТ у пациентов с инородным телом. Контрастирование пищевода и желудка бария сульфатом несёт в себе высокий риск аспирации и затрудняет, а в ряде случаев делает невозможным последующее выполнение эндоскопического исследования.

Выполнение компьютерной томографии органов грудной и брюшной полости рекомендуется пациентам с клиникой перфорации пищевода, флегмоны шеи, медиастинита и другими осложнениями, вызванными ИТ ЖКТ, требующими оперативного лечения.

У взрослых пациентов рыбы кости и фрагменты иных костей являются наиболее часто попадающими в организм инородными телами. Чаще всего они застревают в верхней части пищевода и несут в себе высокую угрозу перфорации органа. Однако обзорная рентгенография не всегда надёжно обнаруживает мало контрастные ИТ, особенно кости рыб. Даже когда рыбы кости, пусть и с минимальным содержанием кальция, достаточно рентгеноконтрастны для визуализации на рентгенограммах, большие массы мягких тканей и жидкости могут скрывать их, особенно у пациентов с ожирением. По результатам проспективного исследования с участием 358 пациентов, проглотивших рыбы кости, оказалось, что рентгенография имела чувствительность всего 32%. В таких случаях КТ, обладающая чувствительностью от 90 до 100% и специфичностью от 93,7 до 100%, значительно превосходит рентген. У детей компьютерная томография рекомендована для рентггеннегативных инородных тел.

Если на основании клинических или рентгенологических данных подозреваются перфорация, показана КТ – с её помощью можно визуализировать форму, размер, расположение и глубину проникновения инородного тела, а также состояние окружающих тканей, что важно при определении вариантов лечения и оценки риска эндоскопического вмешательства. КТ не только предоставляет более детальную топографо-анатомическую информацию, но также может выявить другие осложнения, такие как образование абсцесса, медиастинит или аортальные/трахеальные свищи.

Другая трудность заключается в том, что наличие свободного газа под диафрагмой почти никогда не наблюдается при перфорации инородным телом желудочно-кишечного тракта. Поскольку перфорация вызвана воздействием инородного тела на стенку кишечника, с постепенной прогрессирующей пенетрацией ИТ изнутри наружу, место перфорации успешно прикрывается фибрином, сальником или прилегающими

петлями кишечника. Тем самым ограничивается попадание большого количества внутрипросветного газа в брюшную полость. Таким образом, свободный воздух в брюшной полости на обзорной рентгенограмме – ненадёжный рентгенологический признак. Напротив, при выполнении компьютерной томографии область перфорации может быть идентифицирована как утолщённый сегмент кишечника, локализованный пневмоперитонеум, регионарная инфильтрация жировой ткани или сопутствующая перфорации кишечная непроходимость.

Рекомендуется тщательно проанализировать клиническую картину и данные лучевых методов исследования перед тем, как приступить к эндоскопическому исследованию.

Изучение клинической картины, а также данных лучевых методов диагностики позволяет выбрать оптимальную эндоскопическую тактику, а также необходимые условия выполнения эндоскопического пособия – выбор метода обезболивания, эндоскопа и т.д.

Эндоскопическое исследование (АОЗ.16.001 эзофагогастро-дуоденоскопия) верхних отделов ЖКТ рекомендуется всем пациентам с подозрением на ИТ этих отделов – для его обнаружения, особенно при отрицательных данных рентгенологического исследования; для уточнения характера ИТ; для оценки состояния просвета и слизистой оболочки пищеварительного тракта, а также в качестве первого – диагностического этапа лечебного эндоскопического вмешательства.

Проглатывание ИТ является наиболее распространённым показанием для проведения неотложного эндоскопического исследования в педиатрической практике. Оно служит ключевым методом в диагностике проглоченных ИТ, как у детей, так и у взрослых и рекомендуется всем пациентам при наличии анамнестических сведений и клинической картины, даже при отрицательных данных рентгенологического исследования.

Сроки проведения эндоскопии зависят от многих факторов, включая возраст, клиническое состояние пациента, время последнего приёма пищи, типа инородного тела, его расположения и времени, прошедшего с момента его попадания в организм. Зарубежные и отечественные литературные источники сходятся во мнении, что ИТ пищевода у детей подлежат неотложной эндоскопической диагностике и удалению не позже 24 часов с момента проглатывания, так как любая задержка снижает вероятность успешного внутрипросветного извлечения и увеличивает риск возникновения осложнений, в том числе перфорации пищевода.

Эндоскопическое исследование прямой кишки и, при необходимости, сигмовидной ободочной (ректороманоскопии) рекомендуется выполнять пациентам при подозрении на инородное тело прямой/сигмовидной ободочной кишки.

Иные диагностические исследования

Дифференциальную диагностику ИТ рекомендуется проводить с заболеваниями, которые способны имитировать клиническую картину инородного тела ЖКТ.

Как правило, диагноз инородного тела пищеварительного тракта, особенно его верхних отделов, не вызывает сомнений. Однако в ряде случаев симптоматика, схожая с клинической картиной инородного тела, бывает при развитии кандидозного эзофагита, рефлюкс-эзофагита, эозинофильного эзофагита, ахалазии кардии, после перенесённых острых нарушений мозгового кровообращения, дебютов различных системных заболеваний (рассеянный склероз, БАС, миастения), при опухолевом поражении пищевода, а также при различных заболеваниях нервной системы (истерия и т.д.). При интенсивных болях за грудиной необходимо исключить острый коронарный синдром. При локализации ИТ в желудке или кишечнике дифференциальный диагноз проводят со всеми заболеваниями, входящими в синдром острого живота, такими как осложнённая язвенная болезнь желудка и ДПК, острый холецистит, острый панкреатит, острый аппендицит, острая кишечная непроходимость.

Лечение

Консервативное ведение пациентов, а именно динамическое наблюдение за проглоченным инородным телом ЖКТ, без его эндоскопического извлечения, рекомендуется в ситуациях, когда у пациентов нет клинической симптоматики, а само инородное тело является тупым, инертным и небольшим, то есть когда имеется гарантия его безопасного самопроизвольного отхождения.

Консервативное ведение пациентов возможно, если размеры инертного инородного тела без острых контуров не превышают 2-2,5 см в диаметре или 5 см в длину.

Рекомендация особенно справедлива в тех случаях, когда на момент обследования пациента проглоченное ИТ уже находится в тощей, подвздошной или толстой кишках. Следует ещё раз подчеркнуть, что батарейки, особенно дисковые, и магниты относятся к агрессивным ИТ, и, следовательно, таких пациентов нельзя вести консервативно, даже если на рентгенограммах виден только один магнит или на основании анамнеза предполагается проглатывание только одного магнита. Дополнительные, не обнаруженные магниты или металлические предметы, проглоченные вместе с магнитом, могут привести к тяжёлому повреждению органов пищеварительного тракта.

Медикаментозное лечение вклинения пищевого комка в пищеводе глюкагоном было изучено в нескольких исследованиях. Сообщалось, что эффективность глюкагона в облегчении прохождения пищевого комка в желудок является непостоянной и при наличии анатомических аномалий (например, стриктур) в большинстве случаев равна нулю. Также не было выявлено преимуществ при введении глюкагона по сравнению с плацебо для самостоятельного прохождения монет из пищевода в желудок. Хотя вероятность успешного применения глюкагона невелика, некоторые авторы рекомендуют использовать его в качестве начальной терапии при вклинении пищи в пищеводе из-за его безопасности и ограниченного профиля побочных эффектов. Однако применение глюкагона обычно связано с тошнотой и рвотой и потенциально может увеличить риск перфорации и аспирации. Может ли положительный эффект быть достигнут при использовании бутилскополамина, не изучалось и остаётся под вопросом. Таким образом, эффективность медикаментозного лечения вклинения пищевого комка остаётся дискуссионной, и поэтому рекомендуется, чтобы это лечение, даже если оно предпринято, не задерживало эндоскопию.

Большинство проглоченных инородных тел (80-90%) проходят через желудочно-кишечный тракт самостоятельно и без осложнений. Известно, что и у детей 80% инородных тел покидают ЖКТ естественным путём, без необходимости какого-либо вмешательства. Вклинение, перфорация или непроходимость часто возникают в местах физиологического сужения или изгибов. Области физиологического сужения включают: верхний пищеводный сфинктер, проекцию дуги аорты и ствола левого главного бронха, нижний пищеводный сфинктер, привратник, илеоцекальный клапан и задний проход; «подкова» двенадцатиперстной кишки представляет собой физиологический изгиб (ангуляцию). Как только инородные тела прошли пищевод, большинство из них проходит весь ЖКТ в течение 4-6 дней или в редких случаях до 4 недель. Как правило, предметы диаметром более 2-2,5 см в диаметре не проходят через привратник или илеоцекальный клапан, а предметы длиной более 5-6 см не проходят через «подкову» двенадцатиперстной кишки.

Амбулаторное наблюдение за пациентами возможно при отсутствии у них симптомов, если ИТ, находящиеся в желудке, меньше 2-2,5 см в диаметре и 5-6 см в длину. Пациенты должны быть проинструктированы о возможности возникновения перфорации или тонкокишечной непроходимости и знать их симптомы, а также следить за своим стулом.

Рекомендуется пристальное наблюдение за пациентами без клинической симптоматики, проглотившими контейнеры с наркотиками.

Термин *body packing* – «живые контейнеры» относится к контрабанде наркотиков путём их сокрытия в желудочно-кишечном тракте. Запрещённые наркотики (чаще всего кокаин или героин) упаковываются в латексные презервативы или воздушные шары и проглатываются или вводятся в прямую кишку в нескольких экземплярах. Контейнеры с наркотиками обычно видны на рентгенограмме. Разрыв и попадание содержимого в просвет ЖКТ могут привести к смертельной интоксикации. Поэтому не следует пытаться выполнить их эндоскопическое удаление, вместо этого рекомендуется консервативный подход, включающий клиническое наблюдение в условиях стационара, лаваж кишечника и рентгенологический контроль за прохождением контейнеров. Поскольку частота неудач консервативного ведения составляет всего 2-5%, оно всегда рекомендуется у пациентов – «живых контейнеров» при отсутствии симптомов. Симптоматика может проявляться признаками интоксикации, либо кишечной непроходимостью в случае вклинения контейнеров, при этом требуется неотложное хирургическое вмешательство.

В процессе динамического наблюдения за небольшим тупым и инертным рентгеноконтрастным ИТ рекомендуется периодический

рентгенологический контроль за продвижением инородного тела по ЖКТ.

При отсутствии симптомов достаточно еженедельных рентгенограмм, чтобы документировать продвижение инородного тела. Если инородное тело не выходит за пределы желудка в течение 3-4 недель, его следует извлечь эндоскопически. Рекомендация часто используется в педиатрической практике.

При безоарах желудка рекомендуется начинать лечение с консервативной терапии, включающей приём 5-10%-ного раствора пищевой соды или напитков, содержащих ортофосфорную кислоту.

Даже если этот вид лечения и не приведёт к полному эффекту, он способствует размягчению безоаров растительного происхождения, что облегчает последующее эндоскопическое вмешательство. В промежутках между сеансами лечебной эндоскопии следует продолжать консервативную терапию. При частично разрушенных безоарах она оказывает более выраженное терапевтическое действие.

Не рекомендуется (противопоказано) консервативное ведение пациентов с агрессивными ИТ, а именно химически и физически активными инородными телами (магниты, батарейки), с механически активными ИТ (остроконечные ИТ), ИТ с комбинированным воздействием (безоары, силикагелевые шарики), а также при любых длительно стоящих инородных телах пищевода.

Химически активные ИТ и ИТ с комбинированным действием требуют неотложного удаления, даже если на рентгенограммах виден только один магнит или на основании анамнеза предполагается проглатывание только одного магнита. Дополнительные, не обнаруженные магниты или металлические предметы, проглоченные вместе с магнитом, могут привести к тяжёлому повреждению желудочно-кишечного тракта.

Эндоскопическое лечение

Рекомендуется тщательно проанализировать анамнез, клиническую картину, данные лучевых методов исследования и эндоскопическую картину перед принятием решения об эндоскопическом удалении инородного тела.

Изучение клинической картины, а также данных лучевых методов диагностики позволяет выбрать оптимальную эндоскопическую тактику и необходимые условия выполнения эндоскопического пособия (выбор метода обезболивания, эндоскопа и т.д.). Протоколы эндоскопического извлечения инородных тел из пищеварительного тракта у взрослых в целом не отличаются от педиатрических, однако в детском возрасте в силу объективных причин имеется ряд особенностей, в частности выбор эндоскопа зависит от возраста пациента.

Рекомендуется экстренное (предпочтительно в течение 2 часов, но не позднее 6 часов от поступления) эндоскопическое вмешательство по поводу ИТ, вызвавших полную обструкцию пищевода, а также по поводу остроконечных ИТ и батареек, расположенных в пищеводе. Рекомендуется срочное (в пределах 24 часов от поступления) эндоскопическое вмешательство по поводу иных ИТ пищевода, в том числе магнитов, не вызывающих его полной обструкции.

Пациенты с клиническими признаками полной обструкции пищевода (гиперсаливация и неспособность глотать жидкости) имеют высокий риск аспирации и требуют экстренного (предпочтительно в течение 2 часов, но не позднее 6 часов) эндоскопического вмешательства. В равной мере это относится и к детям: в случае наличия у ребёнка симптомов полной обструкции (слюнотечение, боли в шее) рекомендуется извлечение пищевого комка из пищевода экстренно (до 2 часов); если ребёнок не имеет клинических симптомов, показано срочное удаление пищевого комка (до 24 часов).

Частота перфорации, вызванной попаданием внутрь остроконечных предметов, составляет до 35%, поэтому рекомендуется извлекать эти инородные тела из пищевода также в экстренном порядке. Кнопочные батарейки или маленькие дисковые батарейки (которые используются в часах, слуховых аппаратах, калькуляторах и других небольших электронных устройствах) могут очень быстро привести к повреждению пищевода с развитием перфорации или свища из-за пролежня, электрического разряда или химической травмы. Узкий просвет пищевода обеспечивает контакт слизистой оболочки с обоими полюсами батареи, что приводит к электрическим ожогам. Кроме того, некроз может возникнуть в результате утечки щелочных веществ, содержащихся в батарее. Батареи также содержат тяжёлые металлы, но в небольших количествах, и эти металлы вряд ли способны вызвать интоксикацию. Проглатывание цилиндрических батареек

встречается редко (0,6% случаев) и реже вызывает симптомы. У детей при проглатывании одной цилиндрической батарейки рекомендуется её срочное эндоскопическое удаление (<24 часов) при расположении в пищеводе и как можно более быстрое удаление – при её нахождении в других отделах ЖКТ, при наличии симптомов у ребёнка.

Инородные тела пищевода и пищевые комки, застрявшие в пищеводе, должны быть удалены в течение 24 часов, поскольку задержка снижает вероятность успешного удаления и увеличивает риск осложнений. Риск серьёзных осложнений (например, перфорация с медиастинитом или без него, заглочный абсцесс и аорто-пищеводный свищ) увеличивается в 14,1 раза при нахождении инородных тел в пищеводе более 24 часов.

Рекомендуется экстренное (в первые 2 часа от поступления) удаление остроконечных ИТ, крупных/длинных инородных тел, а также магнитов и батареек, располагающихся в желудке или проксимальной части ДПК у детей с наличием клинических симптомов. Рекомендуется срочное (в пределах 24 часов от поступления) эндоскопическое вмешательство по поводу остроконечных, крупных/длинных инородных тел, а также магнитов и батареек, располагающихся в желудке у взрослых пациентов и магнитов у детей без клинической симптоматики).

Экстренное удаление дисковых батареек из желудка ребёнка без клинической симптоматики рекомендуется в тех случаях, когда у ребёнка имеется известная или предполагаемая анатомическая патология в желудочно-кишечном тракте (например, дивертикул Меккеля) и/или если ребёнок одновременно проглотил магнит. Дисковые батарейки диаметром более 20 мм, находящиеся в желудке, необходимо удалить эндоскопически, если они не вышли из желудка в течение 48 часов. При наличии в желудке у ребёнка одной цилиндрической батарейки, предлагается наблюдение в амбулаторных условиях, с выполнением рентгенологического контроля через 7-14 дней после проглатывания, если батарейка к этому времени не вышла со стулом.

Несмотря на то что большинство остроконечных предметов могут пройти через ЖКТ без побочных явлений, риск осложнений всё же достаточно высок и достигает 35%. Поэтому рекомендуется извлекать остроконечные предметы из желудка или проксимального отдела двенадцатиперстной кишки эндоскопически, если это можно сделать безопасно с учётом состояния пациента и риска аспирации, в случае если пациент недавно принимал пищу.

Из-за силы притяжения между проглоченными магнитами или между одним магнитом и металлическими инородными телами, проглоченными одновременно с ним, может возникнуть пролежень, свищ, перфорация, обструкция или заворот. Рекомендуется их эндоскопическое удаление в срочном порядке (в течение 24 часов), даже если на рентгенограммах виден только один магнит или на основании анамнеза предполагается проглатывание только одного магнита. Дополнительные, не обнаруженные магниты или металлические предметы, проглоченные вместе с магнитом могут привести к тяжёлому повреждению желудочно-кишечного тракта.

Некоторые авторы предлагают эндоскопическое извлечение батареек, уже прошедших через пищевод в экстренном порядке, другие – только при наличии сопутствующих признаков повреждения желудочно-кишечного тракта.

Большинство кнопочных и маленьких дисковых батареек, попавших в желудок, пройдут желудочно-кишечный тракт без каких-либо осложнений. Риск электрических ожогов от батареек, прошедших в желудок, невелик по сравнению с риском от тех же батареек, остановившихся в пищеводе. Принимая во внимание опасность колликвационного некроза из-за утечки содержимого батарейки, извлечение батарейки из желудка в течение 24 часов кажется уместным. Как только батарейка прошла двенадцатиперстную кишку, в 85% случаев она проходит через оставшуюся часть кишечника в течение 72 часов.

Инородные тела желудка среднего размера диаметром более 2-2,5 см обычно не проходят через привратник и должны быть извлечены эндоскопически в течение 24-48 часов от поступления. Предметы длиной более 5-6 см обычно застревают в изгибе двенадцатиперстной кишки и должны быть удалены в срочном порядке из-за риска перфорации, возможен в 15-35% случаев.

Если тупое, инертное, небольшое инородное тело не выходит за пределы желудка в течение 3-4 недель, его следует извлечь эндоскопически.

(Окончание следует.)

Более века назад русский микробиолог, иммунолог, лауреат Нобелевской премии Илья Мечников высказал гипотезу о том, что некоторые группы населения Восточной Европы живут дольше других, поскольку употребляют ферментированную пищу, содержащую, в частности, кисломолочные бактерии. Так появилась теория, устанавливающая связь микробиома кишечника со здоровьем.

Долгое время эта идея игнорировалась, но постепенно наука признала важность микробиоты в регуляции здоровья и болезней. Внутри каждого индивида – целый мир. В человеческом организме живут несколько тысяч видов, целая совокупность микроорганизмов, образующих биоплёнку, покрывающую стенки кишечника, слизистые оболочки и кожу человека. Микробиота уникальна, ибо вырабатывает 20% общей энергии организма и до 90% энергии клеток эпителия ЖКТ. Многочисленные исследования, в том числе лабораторные, показали, что такое разнообразие действительно влияет на здоровье, особенно с возрастом. Более того, возраст связан с изменениями в микробиоте и иммунной системе. Некоторые специалисты предполагают, что диета, ориентированная на микромир нашего кишечника, правильное питание, усвоение полезных веществ, вывод токсинов, оказывает ключевое влияние на все системы и способна продлить жизнь, омолодить организм, улучшить когнитивные способности, смягчить последствия старения мозга.

Учёные всего мира в последнее время сходятся во мнении, что изучение микробиома кишечной флоры является одной из основных задач гастроэнтерологии. В самом ли деле микробиота или, как говорили прежде, кишечная микрофлора играет решающую роль в нашем организме? Предлагаем дискуссии ведущих российских экспертов.

Олег МИНУШКИН, заведующий кафедрой гастроэнтерологии Центральной академии и Управления делами Президента РФ, вице-президент Научно-общественного гастроэнтерологов России, доктор медицинских наук, профессор:



– Микрофлора человека в настоящее время рассматривается как самостоятельный дополнительный орган, играющий важную роль в обеспечении гомеостаза организма человека. Её функции многообразны. Микрофлора человека обеспечивает регуляцию газового состава, синтез ферментов метаболизма, участвует в регуляции водно-солевого обмена, энергообеспечении энтероцитов кишечника, процессах детоксикации, оказывает протективное действие на слизистую кишечника, участвует в формировании специфического и неспецифического иммунного ответа организма и т.д.

Если посмотреть на функции микрофлоры, то отчётливо видно, насколько широк спектр её функциональной активности. Если рассмотреть их с позиции здоровья в широком смысле слова, то иммуномодуляция является наиважнейшей потому, что микробиота кишечника представляет собой один из ключевых элементов в системе иммунной защиты организма. Она способна индуцировать определённую иммунную функцию: улучшить ответ на вакцинацию, сократить продолжительность или снизить риск развития определённых типов инфекции, снизить риск и способность симптомов аллергии и других иммунных состояний.

Одним из важнейших компонентов кишечной флоры является преодоление (снижение) резистентно-

сти к антибиотикам. А представить себе резистентность к антибактериальным препаратам в условиях современной фармакотерапии невозможно. Таким образом, следует отметить, что научное сообщество едино в понимании роли кишечной микробиоты в поддержании здоровья человека.

Является ли микробиом отдельной системой организма? Микробная флора присутствует во многих органах, и местное взаимодействие с ними обеспечивает лечебные эффекты, в том числе иммунные. Это даёт ответ на вопрос, является ли микробиота желудочно-кишечного тракта отдельной системой организма. В широком смысле – нет. Научной нужды оценивать состо-

том числе мозговой деятельности». Это справедливое заключение. Гастроэнтерологи первыми обратили на это внимание, потому что 2/3 микробиоты и иммунокомпетентных клеток находится в желудочно-кишечном тракте, точнее в толстой кишке. И понимание роли микробиоты в регуляции буквально всех функций – это перспективный путь к профилактике и лечению различных заболеваний, причём не только желудочно-кишечного тракта.

Ещё в 1908 г. И. Мечников указал на важную роль микробиоты. Своим лактобациллин он даже лечил Льва Толстого. Это говорит о том, что Россия – страна пророков. Футурологи считают, что медицина XXI века имеет три основных на-

Новые подходы

Лет до ста расти нам без старости...

Современный взгляд на роль особой суперсистемы, заботящейся о здоровье и омоложении организма

правления, связанных с молекулярной биологией, инфектологией в широком понимании и нутрициологией. Так вот микробиота не только соучастна, она параллельна регуляторным системам человека и регулирует всё и вся.

Давайте рассмотрим, скажем, болезнь века – острый инфаркт миокарда. В 1909 г. терапевты Василий Образцов и Николай Стражеско впервые описали как казуистику клинику этого заболевания. Но по прошествии примерно 40 лет – взрывной характер распространения инфаркта, гипертонии, инсульта: 1,5 млн в Советском Союзе и США! С чем связан взрыв сердечно-сосудистой заболеваемости? Факторы риска, которые они перечислили, те же самые, разве что гиподинамия была с запахом конского навоза, а не бензина. А это чётко коррелирует с тем, что началась эра антибиотиков. Х.У.Флори и Э.Б.Чейн в промышленных масштабах получили пенициллин, З.Ваксман чуть позже – стрептомицин. И, что называется, пошло-поехало. Налицо издержки антибактериальной терапии, применение её где надо и не надо, и не только для лечения болезней, но и в быту. Воздействуя на микробиоту, антибиотики привели к тому, что организм стал по-иному реагировать, сделался беззащитным перед новыми агрессивными микроорганизмами.

Рассмотрим теперь микробиоту и атеросклероз. Борьбу с атеросклерозом мы подменили борьбой с холестерином. Холестерин – абсолютно необходимая субстанция для организма. Если он не востребован по основным метаболическим путям, необходимым для синтеза мембраны, витаминов D, E, кортизола и т.д., то складывается в сосудах, вызывая местные реактивные и ишемические изменения. Поэтому бороться надо не с холестерином, а с атеросклерозом, метаболическими нарушениями. Замечу: метаболомика станет одной из судьбоносных технологий XXI века.

Общеизвестно, что ожирение, избыточная масса тела связаны с неправильным питанием. Но правильно нужно кормить и микробиоту! Уже показано, что, если худым крысам вводить фекалии толстых, они полнеют. И наоборот. То есть микробиота регулирует такие реакции.

этим проблемами, гастрит, язва, рак примерно в 2/3 случаев были ассоциированы с микроорганизмами, в частности хеликобактером – канцерогеном первой степени, что в 1996 г. признало Международное агентство по изучению рака. Когда стали воздействовать на хеликобактер, у нас принципиально изменилась структура заболеваемости. Мы практически избавились от необходимости плановой хирургии при лечении тех же язв. Профилактику и терапию вели с помощью не столько антибиотиков, сколько метаболитов. Это очень эффективный путь. Так удавалось гармонизировать внутреннюю среду.

Кстати, гармония – широкое понятие, подразумевающее стройное соответствие, взаимное сочетание, причём не только во внешней среде – биосфере, но и внутри нашего организма. Наверное, это универсальное правило выживания человечества. Оно предопределяет и наши отношения с микроорганизмами. Напомню, что идеи ноосферы, гармонии с окружающим миром исповедовал Владимир Вернадский. Несколько десятилетий я занимаюсь исследованием принципов гармонии, формирования заболеваний человека в процессе ноосферогенеза.

Не стоит забывать, что правильное питание предполагает и питание микробиоты – это новая, перспективная и захватывающая

область медицины, где мы вправе ожидать очень больших достижений. Как оказалось, братья наши меньшие – они же и братья наши старшие – живут по принципам социума, весьма схожего с социумом высших млекопитающих и человека, с распределением обязанностей, соблюдением иерархии. Учёт потребностей микробиоты, воздействие на неё – это перспективнейшее направление, и не только в гастроэнтерологии.

Диететика микробиоты связана с применением препаратов. Как я отметил, метаболиты, являясь перспективным направлением, будут применяться всё больше и больше. Дело в том, что микробиота – это в 99,99% анаэробы. Пока

мы плохо их тестируем, однако по мере совершенствования наших диагностических возможностей будет совершенствоваться профилактика и лечение. Я, например, хочу дожить до того времени, когда при эффективной профилактике инфаркт миокарда, инсульт, кардиология вообще станут скромным разделом гастроэнтерологии. В результате наши пациенты просто не будут доводить себя до тяжёлого состояния. Первые шаги в этом отношении уже сделаны. Впоследствии они позволят нам, в том числе, профилактировать заболевания воздействием на эндогенный микробиоценоз и достигать долгожительства. А о долголетии говорил ещё И. Мечников. Человек должен жить порядка 100-120 лет, избегая внешних воздействий, фатальных инфекционных и неинфекционных заболеваний, факторов неблагоприятной среды. Укрепляя микробиоту, мы укрепляем и иммунную систему, и резистентность к различным заболеваниям.

Валерий МАКСИМОВ, профессор кафедры диетологии и нутрициологии Рязанской академии непрерывного профессионального образования, вице-президент Научно-



daigo.ru

Здоровая микробиота
– ключ к крепкому иммунитету

8-800-555-20-43

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

го общества гастроэнтерологов России, доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ:

– Микробный мир – самый главный на планете Земля, потому что зародился одним из первых. Микробиота кишечника является главенствующей системой организма, столь же важной, как и иные хорошо известные нам системы и органы. Это симбиотическое сообщество находится в постоянном взаимодействии с окружающей средой, и этот обмен архиважен для организма хозяина. Микробиота настолько нежная, ценная, что к ней надо относиться бережно, обрабатывая на «вы», дружить с ней. Но она бывает как полезной, так и вредной. Порой человеческий организм преждевременно стареет вследствие нерационального питания, самоотравления, заражения бактериями и вирусами. Организм чувствует себя хорошо тогда, когда его микробный потенциал оптимальный, нормальный. Вот только что называть нормой – это большой вопрос.

В своих «Этюдах о природе человека» И.Мечников, интересовавшийся вопросами долголетия, отмечал: «Многочисленные ассоциации микробов, населяющих кишечник человека, в значительной мере определяют его духовное и физическое здоровье... Человеческое существование, каким оно является на основании данных различной природы человека, может радикально измениться, если бы удалось изменить эту природу. Человеческая жизнь свихнулась, и старость наша есть болезнь, которую нужно лечить, как всякую другую».

Так глубоко, философски, эмоционально учёный оценивал роль микросообщества нашего организма. Также он считал, что для здорового пищеварения необходимо употреблять ферментированные продукты, в частности молочнокислые, ведь они формируют правильную микрофлору, влияют на патогенные бактерии, помогают системно улучшать работу всех органов и заряжать организм новой порцией жизненной энергии, укрепляют здоровье, увеличивают продолжительность жизни.

Одним из достижений конца XX – начала XXI в. стало формирование учения о диффузной нейроиммунноэндокринной системе. Три составляющие данной системы участвуют в сбережении здоровья. Для повышения эффективности лечения и реабилитации пациентов необходимо комплексное воздействие на основные звенья патологического процесса, устранение существующих при этом нарушений со стороны других органов пищеварительной системы, коррекция метаболических расстройств, нарушений процессов нейроэндокринной и иммунной регуляции. Нервная система, эндокринная и иммунная играют главенствующую роль. Сейчас мы хорошо знаем, что такое полипептиды, и каждая клетка организма имеет различные регуляторные послылы от этих трёх систем, которые фактически отвечают за наше благополучие. А руководит всем, конечно же, мозг, направляя послылы, где что уменьшить, прибавить, заблокировать. То есть все команды поступают из коры головного мозга, регулируя сигнально-клеточные элементы. Но я бы отметил ещё одну очень важную деталь: у каждого человека она своя. Да, существуют определённые константы, но в принципе она индивидуальна. Вот почему так важно следовать традициям русской медицинской школы, подчёркивавшей: лечить нужно не болезнь, а больного. С помощью современных методов диагностики можно оценивать состояние кишечного микробиома и влиять на него. Зная каждого «в лицо», подбирать персонализированную терапию.

Порой пациент приходит на приём с жалобами на работу ЖКТ. Когда спрашиваю об отношении к кисломолочным продуктам, очень

часто слышу в ответ, что он их не переносит. Но для микроорганизма, который оберегает нас, кисломолочный продукт – его питание, которое он обязательно должен получать. Человек же волевым решением лишает его этого.

Сегодня ряд учёных высказывают точку зрения, что молоко необходимо ребёнку лишь в период грудного вскармливания, а дальше оно не полезно, тем более что в нём содержится непереносимый некоторыми фермент лактаза. Я не разделяю подобного мнения. Молоко – великолепный природный продукт, который содержит белки, набор разнообразных минералов, витамины. Кстати, И.Мечников утверждал, что после отнятия ребёнка от груди матери кишечная флора получает определённое направление. Поэтому, «чтобы установить хорошую кишечную флору, надо с самого раннего детства засевать кишки полезными микробами и удалять вредные». Кисломолочные продукты просто незаменимы для достижения такой цели.

Для улучшения микробиома кишечника эффективно использовать то, что даёт природа. Это позволяет воспитывать индивидуальную микробную флору. Поэтому лечение, например, инфекционных болезней одними антибиотиками неверно. Да, эффективно, но ненадолго. А вот формирование собственной хорошей микрофлоры – это наша задача. Если какого-то микроорганизма не хватает, его подсаживают, влияя тем самым на нормализацию работы кишечника. Современной наукой установлено, что в кишечнике масса вредных микробов, которые мешают человеку благополучно жить и способствуют развитию различных заболеваний, в частности онкологических. Если не поддерживать здоровье собственного кишечника, такие серьёзные заболевания, как, например, атеросклероз и рак, развиваются намного чаще.

За системой микробиома – будущее. В процессе наступления на болезнь надо продолжать серьёзно изучать природу жизни и природу микробиоты. Сейчас в мире продолжается активное, глубокое, всестороннее её изучение, в чём учёные преуспели.

Согласно теории современных физиологов, в соответствии с адаптационно-регуляторной теорией эволюции, практически любой человек в состоянии жить до 100 и более лет. Но пока этого не происходит. Несмотря на прогресс современной медицины, появление новых лекарственных препаратов, эффективность лечения, в частности заболеваний пищеварительной системы, не всегда высока. Причины этого различны. Ряд препаратов наряду с положительным действием оказывают нежелательное влияние, снижая иммунную защиту, усиливая аллергические проявления, дисбиотические расстройства или просто нарушая нормальную функциональную активность различных органов и систем. Нельзя сбрасывать со счетов негативное влияние антибиотиков, что сокращает жизнь человека.

До сих пор мы с недостаточным вниманием относимся к проблемам диететики и диетологии, эти важные направления упускаются из вида. Я убеждён, что на государственном уровне должна быть разработана федеральная программа здорового питания, рассчитанная на десятилетия. Перед этим необходимо провести масштабные научные исследования, базирующиеся на принципах доказательной медицины. Вне сомнения, это позитивно скажется на долголетию и качестве жизни людей. Россияне могут достигать предела жизни, значительно более продолжительного, чем сейчас.

**Подготовил
Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».**

Деловые встречи

Девиз отрасли – развитие

В Нягани прошла конференция сосудистых хирургов

Эволюцию методов и тактик лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями обсудили на межрегиональной научной конференции «Сосудистая хирургия – специальность развития», которая состоялась в Няганской окружной больнице.

Научная часть конференции была посвящена развитию сосудистой хирургии в целом, новым методам лечения и диагностики, а также операциям, проводимым на стыке специальностей.

В течение 2 дней опытом с югорскими коллегами делились ведущие специалисты из Новосибирска, Санкт-Петербурга, Челябинска, Ханты-Мансийска, Сургута, Перми и других городов России.

Конференция стала уникальной площадкой для встречи представителей науки, практики и организаторов здравоохранения. Руководители окружного Департамента здравоохранения, корифеи отрасли – главные врачи, хирурги ведущих клиник страны, кандидаты и доктора медицинских наук, профессора профильных вузов и научные сотрудники обменялись опытом и озвучили интересные идеи в самых проблемных сферах профессии.

«Сосудистая хирургия – специальность развития» – это не просто главная тема обсуждения, а девиз отрасли, которая активно развивается и каждые 5 лет предлагает революционные решения в борьбе с серьёзнейшими патологиями сосудов и не только. Уже очевидно, что сосудистая хирургия – это не только про сосуды и сердце. Сосуды, артерии и вены находятся во всех частях человеческого организма, а значит, работа практически всех органов зависит от здоровья сосудов», – отметил заведующий отделением сердечно-сосудистой хирургии Пермской краевой клинической больницы доктор медицинских наук Ильдус Мухамедеев. В частности, он обсудил с коллегами инфекции сосудистых кондуитов: ведь инфицирование протезов, при котором вопрос встаёт о потере конечности, – вопрос исключительной важности. К сожалению, от таких осложнений оперативного вмешательства никто не застрахован. Вовремя заметить

и прооперировать – главная задача врача. И.Мухамедеев поделился методикой удаления старого инфицированного трансплантата, дающей возможность провести вмешательство так, чтобы сохранить конечность.

«До этого я работал общим хирургом, то есть в сосудистую хирургию пришёл не с нуля, – делится ведущий сосудистый хирург и рентгено-эндоваскулярный хирург из Нижневартовска Дмитрий Корнилов. Свой стаж в 15 лет я начал нарабатывать в Нягани. Это моя база, та основа, с которой мы начали оказывать помощь жителям Нижневартовска. Постоянное обучение и стремление узнать новое – основа профессии. За эти годы перенял и внедрил опыт коллег из других российских центров и клиник, чтобы всё это применять в профессии и к моменту открытия в Нижневартовске новой больницы быть, как говорят, во всеоружии.

Д.Корнилов представил отчёт о работе хирургического отделения № 1 окружной больницы Нижневартовска по направлению «сосудистая хирургия» за последние 5 лет.

По его словам, высокий профессиональный уровень специалистов хирургического отделения № 1 и отделения РХМДиЛ – рентгенохирургических методов диагностики и лечения позволил внедрить в практику передовые методы оказания помощи. При этом количество проводимых операций за 5 лет выросло со 100 до 953 в год.

«Благодаря оснащению нашей больницы мы начали выполнять гибридные операции, аорто-бедренные реконструкции из минидоступа, внедрили метод прямой КТ-флебографии, а также операции на сонной артерии и проводим селективный тромболитизис. Всё это повысило доступность и качество ангиохирургической помощи жителям Нижневартовска, которые могут получать помощь на месте, а не ехать в ближайшие сосудистые центры, как это было ранее», – сообщил Д.Корнилов.

«Сегодня конференция сложилась так, что мы больше говорим о патологии артерий на ногах, но в реальности всё значительно шире: артерии головного мозга, верхних конечностей, внутренних органов. Везде, где есть жизнь, там всегда

должен быть приток артериальной крови», – поделился вице-президент Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов Алексей Фокин.

Подобные узкоспециализированные встречи медицинского сообщества в Нягани проходят раз в 5 лет – так няганский Центр сосудистой хирургии отмечает свои юбилейные дни рождения. Первая конференция проходила в период становления службы, вторая – во время активного освоения и внедрения новых методов и методик. Во время празднования 15-летия центра няганские хирурги уже говорили о рискованных уникальных вмешательствах, которые они сознательно практикуют, чтобы быть готовыми оказать любую помощь жителям округа в экстренной ситуации.

«Отделение сосудистой хирургии является первым на территории округа по лечению патологии сосудов магистральных и периферических артерий, поэтому традиционно и конференция по этой тематике проводится на нашей базе», – подчеркнул в день открытия главный врач Няганской окружной больницы Сергей Догадин. Он отметил: если в 2006 г. первоначально сердечно-сосудистого направления окружной больницы шли по стопам более опытных коллег и не имели чётких алгоритмов взаимодействия с врачами из других отделений, то сегодня няганские сердечно-сосудистые хирурги сами готовы делиться наработанным опытом.

В «копилке» центра есть операции, которые местные врачи провели первыми в России. Кроме того, специалистами отделения написано 74 научные работы, сделано более 40 докладов на различных конференциях, проходивших на пространстве от Калининграда до Владивостока.

Самое главное: реконструкции сосудов сегодня поставлены на поток, объём высокотехнологичной помощи достигает несколько тысяч вмешательств в год.

Таким образом, конференция ещё раз подтвердила: популярность сосудистой хирургии набирает обороты.

**Алёна ЖУКОВА,
соб. корр. «МГ».**

Нягань.

Перспективы

Нужно помнить: пятно – не точка

В день знаний в России стартовал проект «Пятно – не точка», направленный на повышение осведомлённости о редком заболевании – нейрофиброматозе 1-го типа (НФ1). Он расскажет не только о самом заболевании, но и о детях и родителях, которые борются с ним каждый день. Важно, чтобы врачи первичного звена умели распознавать его симптомы, а семьи, которые уже столкнулись с этим заболеванием, понимали, как действовать в случае постановки диагноза.

Нейрофиброматоз 1-го типа – орфанное генетическое заболевание, которое может развиваться у человека независимо от пола, региона проживания и социального статуса. Болезнь связана с мутацией, затрагивающей ген NF1, которая может быть унаследована от родителей или появиться спонтанно.

Обычно первым проявлением нейрофиброматоза 1-го типа становятся характерные пятна на коже

цвета кофе с молоком. Поэтому именно пятно стало визуальным символом проекта, подчёркивающим, что каждое такое пятно – не повод ставить точку и опускать руки в борьбе с заболеванием. Несмотря на сложности, с которыми сталкиваются пациенты с НФ1, с этим заболеванием можно вести полноценную жизнь и сохранять положительный настрой.

НФ1 – одно из самых распространённых наследственных заболеваний, с ним рождается 1 из 3 тыс. детей. Ежедневно в мире на свет появляются 120 человек с НФ1, то есть каждые 12 минут рождается ребёнок с данной патологией. До недавнего времени пациенты заболеваемости НФ1 в России не определяли. Сейчас реестр пациентов только формируется, а потому неизвестно, сколько точно людей с нейрофиброматозом 1-го типа проживает в нашей стране.

«Сегодня нейрофиброматоз 1-го типа хорошо изучен, и благодаря достижениям современной медицины разработаны терапев-

тические подходы с беспрецедентной эффективностью, которые при своевременном применении способны радикально изменить течение болезни, – говорит директор Института гематологии, иммунологии и клеточных технологий, доктор медицинских наук, профессор Алексей Масчан. – Но, к сожалению, многие пациенты и их родители зачастую не знают даже о тех симптомах, которые можно увидеть невооружённым глазом. Из-за этого поход к врачу часто откладывается, а постановка диагноза иногда происходит через годы. Именно поэтому очень важно рассказывать пациентам и их родителям о нейрофиброматозе 1-го типа, чтобы при появлении первых тревожных симптомов они не терялись и сразу же обратились к специалисту. Своевременное обращение к врачу и правильно подобранное лечение могут затормозить развитие заболевания и кардинально изменить судьбу пациента».

**Алёна КСЕНИНА,
Москва.**

Во время недавнего Петербургского международного экономического форума шла речь, в частности, о создании санитарного щита России. При том, что непосредственно данный национальный проект курируется службой Роспотребнадзора, была подчеркнута особая роль большой науки в достижении цели, которая формулируется так: «Необходимо научиться жить в новой нормальности, где другой уровень взаимодействия людей и микромира. Мы изменили мир вокруг себя: массовая миграция населения, невероятная активность авиасообщений, когда вирус разлетается по миру моментально, изменение климата, вмешательство человека со своими экономическими целями в те зоны естественной природы, где никогда не было людей, а микроорганизмы жили своей жизнью – всё это значимо повышает эпидемиологические риски».

Нет сомнений, что остановить вмешательство человека в жизнь природы, равно как и миграцию населения планеты, невозможно, а значит, неприятности в виде эпидемий и пандемий, вызванных ранее не известными возбудителями, нам обеспечены. Как наладить взаимодействие с микромиром таким образом, чтобы человечество в результате само себя не истребило? Научный руководитель НИИ вакцин и сывороток им. И.И.Мечникова академик РАН Виталий ЗВЕРЕВ говорит, что прежде всего микромир нужно изучать.



исключительно на создание конкретных лекарственных препаратов, что само по себе не есть хорошо. И, кстати, в рамках этой программы не было создано ни одной новой вакцины. Сейчас формируется аналогичная программа «Фарма-2030», и я не знаю, какие именно проекты и по какому принципу в неё включают.

В продолжение темы инвестиций в науку напомню, что в СССР всё было просто: один инвестор – государство, которое давало деньги и формулировало поручение, а научный институт его выполнял. Сегодня попробуйте уговорить какого-нибудь владельца фармбизнеса выступить инвестором научной разработки, у которой нет ещё ясных перспектив окупаемости. Он честно скажет, что ему это невыгодно, гораздо при-

неоднократно вакцинированные, и не вакцинированные ни разу. Омикроном переболели, в том числе, те, кто до этого переболел дельтой, то есть постинфекционный иммунитет к одному варианту вируса не даёт полной защиты от другого варианта.

Подытожу: пока основным возбудителем COVID-19 в России остаётся штамм омикрон, я не понимаю, чем и зачем вакцинировать людей. В нашем распоряжении одна отечественная вакцина, и мы должны абсолютно точно знать, сколько раз можно вводить такую вакцину со столь частой периодичностью – каждые 6 месяцев. Не надо забывать, что помимо ускользающей мишени в виде S-белка вируса, на которую она нацелена, вакцина сконструирована на векторной платформе,

– В Советском Союзе при открытии каждого нового месторождения полезных ископаемых туда выезжала экспедиция сотрудников Института вирусологии им. Д.И.Ивановского. Они изучали насекомых, обитающих в данном районе: какие на них вирусы. Смотрели, какие бактерии могут встречаться в данном регионе у животных и растений. То есть фундаментальная наука занималась изучением экологии тех районов, куда вторгался человек со своими экономическими и хозяйственными намерениями, оценивала потенциальную опасность либо безопасность предстоящего взаимодействия людей и микромира.

– Виталий Васильевич, верно ли я понимаю, что с каких-то пор понимания важности таких экологических исследований у государства нет?

– Я бы сказал, что оно есть, но недостаточное. И, надо сказать, не только в нашей стране. Не перестаю повторять: наука изучила не более 15% всех существующих на планете вирусов. Между тем с началом серьёзных исследований микромира мирового океана выяснилось, что наши познания ещё скромнее, поскольку в его глубинах обнаружены не только вирусы, но и вирусы вирусов – новый для нас живой объект природы.

Кстати, все исследовательские экологические программы, которые сегодня реализуются в России, – по изучению мирового океана, Арктики и т.д. – выбирают объектом своих интересов в основном крупную фауну и очень мало занимаются микромиром. Между тем, как показывает опыт пандемии COVID-19, изучение и мониторинг микромира необходимо заниматься постоянно. Ещё совсем недавно, если и случалось, что вирус животных переходил в популяцию людей, это были только локальные вспышки, потому что возбудителя инфекции никто куда не перевозил. Вспомним, к примеру, переносимый летучими мышами вирус Хендра из семейства парамиксовирусов, который вызывает смертельную инфекцию у лошадей и человека. Первая вспышка произошла в Австралии в 1994 г., но все случаи заболевания людей и животных тогда удалось локализовать в пределах одного континента. Каких-то 30 лет прошло, а как сильно с тех пор активизировались миграционные процессы, и молниеносное распространение вируса SARS-CoV-2 по всему миру – тому доказательство.

– Задача науки понятна, а возможности для этого у неё есть?

– К сожалению, их тоже объективно недостаточно. В России фактически нет такого научного направления, как фундаментальная вирусология. Что представляет собой и как действует механизм перехода вируса от одного вида животных к другому виду или к человеку? У нас крайне мало фундаментальных исследований на эту тему. Мы в основном занимаемся прикладными работами, а именно спешной разработкой тест-систем, вакцин и лекарств при внезапном появлении новых вирусов. А нужно эти ситуации упреждать!

Президент России ещё полтора года назад публично сказал о необходимости создать научно-исследовательский институт фундаментальной вирусологии.

Из первых уст

Человек и микромир: война или содружество?

Ответ знает только большая наука. Надо наконец к ней прислушаться

Глава государства фактически дал команду, тем не менее где-то в глубинах министерств и ведомств его инициатива исчезла бесследно. Между тем, по моему мнению, создавать такой НИИ нужно вообще не под эгидой какого-либо отдельного министерства, а подобно МГУ или Курчатовскому центру – в прямом подчинении Правительству России, чтобы оно курировало и в какой-то степени утверждало тематику научных исследований в области фундаментальной вирусологии, приоритетных для государства.

Вирусология и иммунология – науки, знания которых в данных обстоятельствах особенно востребованы, в этом все убедились за последние 3 года. Поэтому наравне с фундаментальной вирусологией надо обратить внимание на фундаментальную иммунологию, чтобы понимать тонкие механизмы иммунопатогенеза заболеваний, причём не только инфекционных. Иммунология должна стать такой же изучаемой дисциплиной в медицинских вузах, как неврология, которую изучают врачи всех специальностей. Нет ни одного заболевания, которое не было бы связано с нервной системой, точно так же нет ни одного заболевания, которое не было бы ассоциировано с иммунной системой.

Действительно, взаимопроникновение человека и микромира планеты Земля остановить невозможно, но чтобы оно не стало фатальным, надо изучать и сам процесс взаимного влияния, и его последствия. Сложно представить себе эффективный санитарный щит без ясного понимания того, что именно нам может угрожать, откуда эта угроза исходит, в какой форме она может быть реализована и как организм человека на неё отреагирует, причём не только в ближайшей, он и в отдалённой перспективе. В связи с этим в числе фундаментальных исследований, которые я считаю весьма актуальными, – роль вирусов в онкогенезе, в развитии сердечно-сосудистых, эндокринных и иных соматических заболеваний. Другая группа вирусов, напротив, обладает онколитическим действием, и такие исследования тоже следует поддерживать. Между тем у нас в стране ими занимаются не прицельно, а попутно, исключительно в рамках каких-то узких тем.

Наконец, самое главное – нужно, не откладывая, начать в университетах подготовку будущих исследователей. Если всё-таки мы будем открывать институт фундаментальной вирусологии, он должен быть сразу укомплектован научными кадрами.

К слову, во время форума «Армия-2022» я принимал участие в двух тематических сессиях – по биобезопасности и по биоэтике, и снова поднимались все эти проблемы,

были сформулированы конкретные предложения от науки. Будут ли они услышаны в этот раз?

– Трудно не услышать очевидную истину: жить в режиме экстренного реагирования, вслед за начавшейся инфекционной вспышкой пытаться быстро-быстро конструировать диагностикумы и вакцины – это дополнительные потери и людские, и экономические. Их можно избежать, если фундаментальная наука даст необходимые знания о микромире, построит прогнозные модели и позволит прикладной науке действовать превентивно.

– Система оперативного реагирования тоже нужна, и она сохранится в любом случае, поскольку даже в пределах одного эпидпроцесса вирус может показывать высокую изменчивость своего генома, что требует обновления ранее разработанных вакцин. Именно так, кстати, получилось с новой коронавирусной инфекцией.

Но превентивно – действительно лучше. Так, в отношении гриппа мы каждый год обновляем штаммовый состав вакцин, опираясь на прогнозы. Это и есть работа фундаментальной науки на опережение, а не вдогонку.

Если ставить целью опережать инфекционную вспышку, а не бежать вдогонку за вирусами, имеет смысл продумать, не пора ли изменить и сам принцип вакцинации, и применяемые препараты. Например, неспецифические вакцины могли бы защищать от широкого спектра вирусных заболеваний. Другой вариант – разработать и использовать превентивные неспецифические противовирусные препараты, чтобы мы на любую вспышку могли среагировать оперативно и обеспечить защиту населения в течение того времени, пока не появятся специфические лекарственные средства.

Ещё один пример, когда такая научно обоснованная превенция необходима: сейчас уже понятно, что в основном пациенты в ковидных госпитализах погибают не от самого коронавируса, а от внутрибольничной инфекции. Медицина столкнулась с последствиями бесконтрольного применения антибиотиков, инфекция стала суперрезистентной, резерв «работающих» препаратов крайне мал. Значит, нужно искать новые способы защиты от бактериальных инфекций, включая внутрибольничные штаммы, и это тоже могут быть вакцины. Нужно начать разрабатывать их уже сейчас, не откладывая.

– Что для этого необходимо?

– Госзаказ и финансирование. К сожалению, федеральная программа «Фарма-2020» изначально была нацелена не на фундаментальные научные исследования, а

больнее разливать по флаконам готовые импортные субстанции.

На Западе совершенно иная картина, там фармбизнес более интенсивно работает с наукой, 85% новой продукции – это результат спонсирования бизнесом научных разработок, выполненных в университетах. В России такой механизм пока очень плохо работает. Учёные-фармакологи постоянно в поиске инвесторов, и очереди из производителей, готовых выпускать вновь разработанные препараты, нет.

– Коль скоро мы затронули тему вакцин, нельзя обойти вниманием вакцинацию и ревакцинацию против COVID-19. Минздрав призывает врачей активизировать прививочную кампанию, периодичность повторных прививок не изменилась. Ещё в июне в рамках ПМЭФ академик А.Гинцбург говорил, что в связи с бесконечным количеством генетических вариантов коронавируса вакцина «Спутник V» выступает как универсальная против всех, а уже в августе сообщил, что эффективность данного препарата против омикрон-штамма снижается в 10 раз. Между тем, по данным Роспотребнадзора, в России более 94% заражений коронавирусом приходится на омикрон-штамм. В этой ситуации непонятно, чем руководствуются чиновники и какие аргументы должны приводить врачи пациентам. Может, пора уже переходить к персонифицированной вакцинопрофилактике в зависимости от уровня антител и изменить периодичность прививок для всего населения?

– На мой взгляд, сегодня говорить о массовой вакцинации и ревакцинации против COVID-19 уже не следует. Надо чётко понимать, кого, зачем и чем именно вакцинировать. Даже ВОЗ подтверждает: эффективность всех нынешних вакцин против коронавируса не превышает 10%, а это уровень плацебо. Все вакцины исходно были ориентированы на S-белок вируса, который изменился настолько, что очевидно – они уже не могут быть результативными.

В Санкт-Петербургском НИИ вакцин и сывороток ФМБА России разработали вакцину, которая имеет другую мишень в структуре вируса и нацелена на формирование не антительного, а клеточного иммунитета. Но препарат пока находится на стадии клинических испытаний, поэтому придётся какое-то время ждать.

Что касается уровня антител: нужно ли на него ориентироваться? Нет, не нужно, мы давно об этом говорим. Титр со временем падает, но это не означает, что человек оказывается абсолютно не защищён от вируса. Равно как наличие антител не является гарантией того, что он не заболит. Болели и

вектором является аденовирус. Иммунный ответ организма на аденовирус, который представлен целиком, гораздо сильнее, чем на S-белок коронавируса. Наверняка к нему формируется и клеточный иммунитет, и гуморальный. А сколько раз можно вакцинировать человека таким препаратом, чтобы не вызвать аутоиммунных реакций? У меня ответа на этот вопрос нет. Думаю, его нет ни у кого, потому что никто данный аспект не исследовал и доказательств не «привёл».

– Наверное, если бы такие исследования в нашей стране проводились, вы об этом наверняка знали?

– Конечно. Я пока вообще не видел ни у нас, ни за рубежом ни одного серьёзного – с точки зрения фундаментальной иммунологии – научного анализа эффективности вакцинации против COVID-19 разными препаратами. Единственное, от чего предостерегают зарубежные коллеги – вирусологи и иммунологи, – от слишком частой ревакцинации.

Мне кажется, сейчас нужно успокоиться, не нагнетать страх, не спешить за показателями вакцинации, а провести серьёзный научный анализ иммунологических результатов ранее проведённой в России кампании вакцинопрофилактики коронавирусной инфекции. Посмотреть, у кого были реакции на вакцину, кто болел после прививки – легко или тяжело, затем определить закономерности и выбрать в популяции группы для персонифицированной вакцинации. А дальнейшая всеобщая прививочная кампания, на мой взгляд, – это неправильно.

Нужно ли будет вернуться к массовым прививкам теми вакцинами, которые работают, в том числе, против доминирующего омикрон-штамма, если такие препараты появятся? Признаюсь, у меня нет однозначного ответа. Существует опасность: мы не знаем, в какую именно сторону штамм омикрон начнёт меняться под давлением вакцинопрофилактики. Не получим ли мы на этом фоне как раз более опасный вариант вируса?

Как показывает опыт наблюдений за другими вирусами, обычно они мутируют в сторону ослабления своей вирулентности, но повышения контактиозности. То есть тяжесть заболевания, вызванного данным возбудителем, снижается, хотя заразность возбудителя увеличивается. Надеюсь, что с коронавирусом произойдёт то же, что в своё время произошло с «испанкой» и свиным гриппом, однако полной уверенности именно в таком сценарии нет. Нам не хватает фундаментальных знаний!

Беседу вел
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

**Профориентация –
дело круглогодичное**

Три летних месяца в Кемеровском государственном медицинском университете проводились занятия профильной медицинской смены «Умное лето с КемГМУ – 2022». Учащиеся 18 школ Кузбасса (Кемерово, Таштагольский район и Топкинский муниципальный округ) погружались в атмосферу медицинских профессий и постигали практические врачебные навыки.

Профильная смена проводилась в рамках региональной концепции «Кузбасское лето – 2022» и была направлена на профессиональную ориентацию школьников в медицину. В КемГМУ ребята познакомились с деканами, преподавателями, представителями студенческих объединений; больше узнали о специальностях, которым обучают в вузе, и его образовательных возможностях.

В центре симуляционного обучения и аккредитации КемГМУ в онлайн- и офлайн-форматах ребята побывали на интерактивных площадках – в отделении реанимации, функциональной диагностики, в кабинетах акушера-гинеколога, хирурга, кардиолога, педиатра, офтальмолога.

На локациях школьникам продемонстрировали уникальное оборудование – симуляторы взрослых и новорожденных пациентов для тренировки навыков оказания неотложной помощи, интерактивную образовательную платформу с 3D-изображениями тела человека и педиатрический симулятор, позволяющий обучающимся развивать своё мышление в критических ситуациях. Во время посещения симуляционного центра КемГМУ ребята попробовали себя на различных тренажёрах и симуляторах: отработывали навыки функциональных и ультразвуковых методов исследований, тренировались в наложении кожных и кишечных швов, осваивали виртуальный лапароскопический симулятор, симулятор для обследования пациента с комплексным воспроизведением клинической картины наиболее важных кардиозаболеваний и синдромов.

Каждая смена длилась 3 недели и включала разнообразные форматы – мастер-классы, тематические квесты, интеллектуальные игры. Школьники, мечтающие стать врачами, изучали последовательность оказания первой помощи пострадавшим, алгоритм проведения сердечно-лёгочной реанимации и искусственного дыхания, алгоритм помощи при кровотечениях и травмах, наложение разных видов повязок. Участники профильной смены обсуждали вопросы радиочувствительности органов и тканей в норме и при патологии, порядок и правила ультразвукового исследования различных органов и систем, актуальные вопросы диагностики. Узнали школьники и новую терминологию, классификации, факторы высокого и низкого риска для здоровья, последствия нарушений принципов здорового образа жизни, методы профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний.

— Кемеровский государственный медицинский университет занимает активную позицию в части профориентации школьников в медицину. Мы проводим работу со старшеклассниками круглый год, а свидетельство тому – реализация программы «Медицина – мой выбор», которая приглашает школьников и их родителей на новые интересные профориентационные мероприятия и зимой, и летом, – сообщила руководитель центра довузовского образования и профессиональной ориентации КемГМУ Оксана Власова.

А «Умное лето с КемГМУ» провели 145 юных кузбассовцев.

За бескорыстный вклад

Деятельность сотрудников и обучающихся Смоленского ГМУ отме-

В медицинских вузах страны

Лето – позади, впереди – ученья труд



Мастер-класс в клинике БГМУ проводит Дмитрий Суренков

чена высокой наградой – грамотой и памятной медалью Президента Российской Федерации «За бескорыстный вклад в организацию общероссийской акции взаимопомощи #МыВместе. Награждение коллектива вуза состоялось в рамках Всероссийского форума волонтеров-медиков, который проходил с 7 по 10 августа в Москве.

С самого начала пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 с марта 2020 года по настоящее время Смоленский государственный медицинский университет принял непосредственное и активное участие во всех мероприятиях по борьбе с пандемией. Сотрудники и обучающиеся университета работали в красных зонах и на горячих линиях медицинских организаций, осуществляли волонтерскую деятельность.

На базе волонтерского центра СГМУ студенты-волонтеры активно присоединились к работе регионального штаба общероссийской акции взаимопомощи #МыВместе.

В наборе наград университета также благодарственные письма от Федерального агентства по делам молодежи и Смоленской епархии.

Основа стратегического партнёрства – «Приоритет-2030»

Делегация из СибГМУ (Томск) во главе с проректором по научной работе и последипломной подготовке Ольгой Фёдоровой посетила Самарский государственный медицинский университет. Представители Сибирского Меда познакомились с передовыми направлениями деятельности коллег, уделив особое внимание их разработкам новых технологий и изделий в области ИТ-медицины.

СамГМУ известен уникальным опытом доведения собственных разработок до финальной стадии производства и вывода на рынок. Среди проектов – VR/AR-устройства, тренажёры для медицинской реабилитации, высокотехнологичные имплантаты, система хирургической навигации, устройства для телемедицины и другие разработки. В университете создана и продолжает развиваться собственная инновационная инфраструктура для работы над проектами и воплощения идей в готовые продукты.

СамГМУ наряду с СибГМУ является одним из 14 медицинских университетов – участников программы «Приоритет-2030», полу-

чателем специальной части гранта на развитие территориального/отраслевого лидерства. В 2021 г. СибГМУ вошёл в консорциум центра Национальной технологической инициативы по сквозной технологии «Бионическая инженерия в медицине». Такой центр был создан в СамГМУ. В свою очередь, СибГМУ занимается разработкой цифровых решений для медицины и в консорциуме будет работать над созданием цифровых профессиональных медицинских помощников, а также цифровых моделей, в том числе 3D-моделей с возможностью адаптации сценариев лечения под конкретный клинический случай.

По итогам визита университеты обозначили заинтересованность в кооперации и наметили взаимовыгодные направления сотрудничества. Для СамГМУ особую ценность представляют разработки и технологии лаборатории СибГМУ «Бионические цифровые платформы», созданной в рамках программы развития. Эксперты СибГМУ отметили, что для коллектива Томского университета наиболее актуально развитие совместной деятельности над проектами в области медицинского образования, педагогической практики, создания цифровых инструментов управления образовательным процессом (стратегический проект «Трансформация медицинского и фармацевтического образования»). Участники встречи запланировали создание совместных дискуссионных площадок по проблемам медицинского образования.

...Служить и ядерной медицине!

Состоялось подписание соглашения о сотрудничестве Астраханского ГМУ с Национальным исследовательским ядерным университетом «МИФИ», в ходе которого предусматривается выполнение совместных фундаментальных и прикладных научно-исследовательских проектов по созданию инновационных антибактериальных средств, интегрированных в наночастицы.

«Кампус» – только вершина айсберга

Студенты Уральского государственного медицинского университета приняли участие во встрече с губернатором Свердловской области Евгением Куйвашевым, которая состоялась 1 сентября на площадке

Уральского федерального университета. На мероприятии собрались обучающиеся всех вузов региона.

Темой для общения с губернатором стала представленная им программа поддержки студенчества «Кампус». Свой вопрос главе региона задала студентка 6-го курса лечебно-профилактического факультета УГМУ Виктория Кузнецова: на какой срок рассчитано действие программы?

– Это долгосрочный проект. Бюджетное планирование рассчитано на 3 года, но с учетом того, что мы пригласили в качестве партнёров представителей крупного бизнеса, я совершенно точно могу сказать, что программа будет действовать как минимум в течение 10 лет, – ответил Евгений Куйвашев.

Губернатор отметил, что ему бы хотелось, чтобы после учёбы в Екатеринбурге молодые уральцы, став высококвалифицированными специалистами, возвращались в родные города и участвовали в их социально-экономическом развитии. Поэтому региональные власти стремятся к тому, чтобы жить было одинаково комфортно во всех территориях региона. А Екатеринбург должен стать студенческой столицей России, привлекая, в том числе, и талантливую молодёжь из других субъектов и даже из-за рубежа.

Программа «Кампус» помимо современной инфраструктуры для учёбы позволит сформировать и другие стимулы, чтобы молодёжь хотела учиться на Среднем Урале. В их числе новая стипендиальная программа, предполагающая выплаты до 10 тыс. руб. «хорошистам» и «отличникам». Для тех, кто учится на платном, прорабатывается вопрос компенсации процентов по кредитам на образование. А чтобы улучшить условия жизни студентов, помимо строительства и ремонта общежитий разрабатывается программа арендного жилья.

Ещё одно направление поддержки – скидочная программа для студентов, которая будет распространяться на кафе и магазины, спортзалы и музеи, другие популярные у молодежи локации.

Конечно, «Кампус» не ограничится исключительно поддержкой студентов: «В уральских вузах должны работать лучшие в России преподаватели. Я горжусь, что у нас уже сейчас очень сильный преподавательский состав. И мы обязательно будем его усиливать и приглашать на работу настоящих звёзд российской науки», – пояснил губернатор.

Для реализации этих и других направлений и создаётся фонд «Кампус», в состав которого должны войти представители вузов, крупнейшие работодатели. В процессе проработки программы будут учтены инициативы студенческого сообщества, в том числе озвученные на встрече. Планируется, что основные направления «Кампуса» начнут работать уже с 1 января 2023 г.

После встречи с губернатором студенты УГМУ обменялись мнениями с ректором Ольгой Ковтун.

Курск – площадка для обучения будущих врачей из Шри-Ланки

На торжественном мероприятии в честь начала учебного года в Курском ГМУ и посвящения первокурсников в студенты состоялась важная событие – подписан

меморандум о сотрудничестве между КГМУ и Университетом Шри-Джаяварденепура.

Документ подписали ректор КГМУ, заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РФ, депутат Курской областной думы VII созыва, почётный гражданин города Курска, доктор медицинских наук, профессор Виктор Лазаренко и старший профессор Университета Шри-Джаяварденепура Судантха Лиянаге.

Шри-Джаяварденепура – первый университет, основанный на независимом Цейлоне. В настоящее время при нём успешно функционируют 8 факультетов: гуманитарных, прикладных и социальных наук, менеджмента и коммерции, медицинских наук, факультет последипломного образования, инженерный, технологический, а также недавно открытый факультет смежных медицинских наук. В университете обучается более 12 тыс. студентов, более тысячи аспирантов.

– Несмотря на то что Шри-Ланка является развивающейся страной, у нас нет достаточного количества мест для абитуриентов, желающих получить медицинское образование, и поэтому мы ищем новые площадки для них за рубежом. И в Курске расположена одна из лучших, – пояснил старший профессор Судантха Лиянаге. – Мы убедились, что в КГМУ созданы прекрасные условия для обучения будущих врачей. Нас просто поразил аккредитационно-симуляционный центр, а также анатомический театр и учебные лаборатории. Надеемся, что и наш профессорско-преподавательский состав в ближайшем будущем в рамках академического обмена тоже сможет посетить Курский университет для обмена опытом.

Быть не только «в теме»...

В Харбине (КНР) состоялся VI Российско-китайский форум по медицине Молодёжного союза российско-китайских медицинских университетов. Тематика форума была посвящена обсуждению современных вопросов клинической медицины. Мероприятие прошло на английском языке в онлайн-формате.

Российскую сторону на форуме представляли молодые преподаватели Воронежского ГМУ им. Н.Н. Бурденко: ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 2, кандидат медицинских наук Валерия Енькова и ассистент кафедры факультетской терапии Татьяна Черник.

Организаторами был отмечен высокий уровень представленных научных докладов, умение докладчиков развёрнуто отвечать на вопросы и их прекрасное владение английским языком.

Поддерживая коллег из Башкортостана

Уфа. В клинике БГМУ внедрили новый метод лечения гиперплазии простаты: трансуретральная лазерная энуклеация, целью которой является ослабление давления избыточной ткани простаты на мочеиспускательный канал.

Мастер-класс провёл Дмитрий Суренков – заведующий отделением урологии ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана, врач высшей категории (Москва).

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

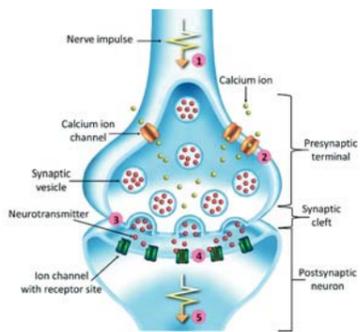
Открытия, находки

Нейрогенез

Формирование коры и подкорковых структур мозга начинается в глубоких «недрах», прилегающих к его внутренним полостям, или вентрикулам, откуда название субвентрикулярная зона (SVZ). Именно в ней покоятся нервные стволовые клетки, дающие на самых ранних этапах созревания будущих прогениторов под названием «радиальная глия» (РГ).

В своей миграции наверх к периферии полушарий клетки РГ подразделяются на будущие нейроны и клетки белого вещества (глию), дающие звездчатые астроциты, мелкую микроглию и имеющие мало древовидных отростков – олигодендроглию. Первые важны для поддержания нормальных синапсов, или точек соприкосновения нейронов, вторая осуществляет иммунный надзор, а третьи дают изолирующую – миелиновую – оболочку нервных аксонов, по которым от тела нервной клетки сигнал уходит к синапсам. Нарушение миелиновых оболочек приводит к рассеянному склерозу, а синаптических белков – к аутизму. В Монреальском университете показали, что разрушение оболочек ведёт к выраженным хроническим болям. Созревание клеток нервной системы проявляется сменой возрастных маркеров, что можно видеть в изменении цветов флуоресценции маркерных протеинов.

Новые нейроны образуются в зубчатой извилине (DG – Dental Gyrus) гиппокампа, лежащей на основании височной доли. Нейробиологи Пеннсильванского университета в Филадельфии определили молекулярный ландшафт незрелых нейронов DG, проанализировав транскриптом отдельных клеток (scRNA – совокупность информационных РНК, являющихся копиями активных генов). Это позволило выявить два фактора нейрогенеза,



Синапс, к которому по аксону (сверху) приходит нервный сигнал, передаваемый с помощью возбуждающих проведение ионов Ca, поступающих по желтому каналу Cas, Sv – синаптический везикул с красными молекулами нейротрансмиттера, который проходит через зелёный белковый канал, генерируя постсинаптический сигнал, справа пресинаптическая терминаль, синаптическая щель и постсинаптический нейрон

связанных с сосудобразованием, на которое влияет белок ростового фактора сосудистого эндотелия (VEGF), и влияние старых нейронов. Клетки эндотелия выстилают сосуды изнутри, и чрезмерная активность гена VEGF ведёт к повреждению незрелых нейронов в DG, зрелые же нейроны блокируют развитие незрелых, что может вести к развитию болезни Альцгеймера. Процессы созревания захватывают также и синапсы, которые постоянно образуются и в зрелом возрасте. Прочность синапсов определяют два протеина, а именно нейрелигин, обеспечивающий «лигу» – связь пресинаптической оболочки с постсинаптической, и нейреликсин с другой стороны. К первой по аксону подходят пузырьки-везикулы с нейромедиаторами (дофамин, адреналин), слияние и открытие которых в

синаптическую щель стимулируют ионы кальция, поступающие извне через белковые каналы Cas (Ca channel). Их функцию прояснили в Массачусетском технологическом институте.

Помимо двух указанных протеинов важную роль играет также белок хевин (Hevin – High endothelial venule), открытый в 90-е годы в эндотелии «высоких» венул. Он связывает в синапсе ионы кальция, поступающие через каналы Cas. Хевин также необходим для астроцитов, участвующих в поддержании синапсов, обеспечивающих связь коры с подкорковым зрительным бугром, или таламусом. В университете Цукуба, в пригороде Токио, было показано, что хевин соединяет в синапсе два нейротропина, и мутации в его гене, проявляющиеся уже в нервных стволовых клетках SVZ, выявлены при аутизме. Авторы делают вывод, что аутизм «закладывается» во внутриутробном развитии. Ранее в Университете Рутгерса, штат Нью-Джерси, США, провели сравнение нервных клеток аутистов в возрасте 4-14 лет и нормальных детей, показав при этом, что нервные предшественники первых делятся аномально. Их данные подтвердили в Техасском университете Далласа, где к генетическим результатам отдельных клеток добавили также анализ изображений МРТ.

Можно напомнить, что синапсы отвечают и за память, что видно на примере «трапов» (TRAP – Targeted Recombination in Active Populations). С их помощью нейробиологи Стэнфорда метили у мышей нейроны моторной коры M1, которые активны в ходе обучения и запоминания нового опыта. Синапсы при этом активировали с помощью света с длиной волны 450 нм, подводя его в подкорковые образования с помощью оптоволокна. Новый метод позволил выявить клетки моторной памяти в первичной моторной коре M1 и их связь нейронами подкоркового полосатого тела – стриатума. Связи эти нарушаются при нейродегенеративных состояниях, таких как болезнь Альцгеймера и Паркинсона.

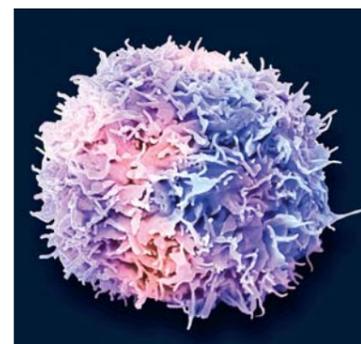
В клиниках и лабораториях

Мутации

Они присущи живым системам, информационная «начинка» которых состоит из нуклеиновых кислот, изменения в них передаются человеку либо от родителей (с герминативными клетками), либо обретаются по ходу жизни в клетках сомы-тела. Примером первых является гемофилия цесаревича Алексея, переданная матерью и бабушкой от королевы Виктории, у которой умерло от неё 15 потомков и в их числе сын Леопольд в 30-летнем возрасте. У самой же королевы, скорее всего, случилась соматическая мутация...

Для выявления соматических мутаций сотрудники Луизианского университета в Нью-Орлеане создали новый метод PRISM, название которого говорит о вирусной пробе нестабильности ДНК в соматических клетках и при мозаицизме. Можно напомнить, что под мозаицизмом понимают соединение ДНК разных источников, что создаёт геномную «мозаику». Эффективность метода авторы опробовали на нейронах, подвергшихся генотоксическому стрессу, в результате чего возникают порывы цепей ДНК. Мышей, в частности, подвергали действию активно используемого гербицида параката, который известен как фактор риска развития паркинсонизма. PRISM показал наличие мутаций в 40% клеток черной субстанции, которые синтезируют дофамин, поддерживающий жизнеспособность мотонейронов. В норме порывы восстанавливаются ферментами репарации ДНК, однако специалисты Еврейского университета в Иерусалиме показали на примере 193 видов позвоночных, что мутации в генах починки ведут к резистентности опухолевых клеток к лечению. О том же паракате написали и онкологи Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе. Они изучили состояние ДНК у 2067 человек с опухолями щитовидной железы, сравнив их с 1003 здоровыми. Риск развития опухолей оказался пропорционален длительности контакта с паракатом.

Широко известным примером точечной мутации в небольшом белке, приводящей к замене одной аминокислоты, например глицина в 12-м положении, на валин, является Ras. Она была выявлена 40 лет назад в клетках саркомы крысы, откуда её название (Rat sarcoma). Известно, что изменения в гене Ras выявляются примерно в половине случаев опухолей у человека. Сегодня исследование Ras ведётся широким фронтом. Так, в базельском Институте биомедицинских исследований и Кембридже показали с разрешением 1,95 А структуру мышечного аналога MRas, образовавшего комплекс с активирующим его ферментом фосфатазой. О комплексе, который может стать мишенью для создаваемых лекарств, написали и гарвардцы. Дело в том, что комплекс объединяется протеином SHOC, большая молекула которого похожа на чашу. Специалисты биотехнологической компании в Южном Сан-Франциско считают, что SHOC, считающийся энзимным модулятором, подключает к комплексу ещё и протеин Raf, имя которого означает «быстро ускоряющаяся фибросаркома». Можно добавить, что SHOC соединяет комплекс с киназным каскадом, передающим сигнал в



Т-лимфоцит, призванный бороться с изменёнными клетками

ядро. Название его говорит о киназах, подстёгивающих кинетику клеточных делений. Раньше учёные знали о Ras, но в знании было много лакун. Кстати, гарвардцы пишут, что варианты SHOC'a были выявлены благодаря глубокому сканированию мутаций.

С его помощью в г. Чэплхилл, где находится Университет Северной Каролины, была показана функциональная и биологическая гетерогенность редких мутантов одного из вариантов Ras (KRAS). Их статья, в которой говорится, что мутации повышают подвижность раковых клеток, представлена в приложении. В другом приложении учёные Кембриджа обращают внимание на протеин TRAF (Tumor necrosis factor Receptor-Associated Factor). В его имени виден действующий через рецептор белковый фактор, который в норме вызывает некроз, однако его мутант повышает риск возникновения лимфомы. На этом фоне обнадеживающе звучит сообщение о создании в Университете Тафта, г. Медфорд, штат Массачусетс, США, РНК вакцины (как против COV), использующей липидные наночастицы (PNAS). Преимуществом нового продукта является то, что наночастицы попадают непосредственно в лимфоузлы, где активируют Т-клетки против неоантигенов опухолей. А в Cell и Nature представлены данные о том, что опухолевые клетки мозга (глиобластомы) заимствуют у нейронов молекулярные механизмы опухолевой инвазии (нейроны «инвазируют» мозг своими отростками).

Специалисты Висконсинского университета в г. Мэдисон и Шандонского в г. Дзинань предложили для предупреждения роста глиобластомы заполнять постоперационную полость гидрогелем с ген-модифицированными макрофагами. Тем самым мечниковские макрофаги с химерными рецепторами антигенов (CAR) получают непосредственный доступ к клеткам, оставшимся в мозговой ткани. Возможно, что такой подход вдохнёт новую жизнь в дорогой метод иммунотерапии, который пока не оправдал возлагавшихся на него надежд.

Исследования

Геном моровой язвы

Так русские хроники писали о чуме, и о чём-то, что было похоже на чуму, – античные авторы. Прокопий Кесарийский (500-565) описал ужасы Юстиниановой чумы, а чума, или чёрная смерть, середины XIV в. выгнала из Флоренции Дж.Боккаччо (1313-1375) и его друзей, в результате чего родился «Декамерон».

В связи с моровой язвой записали города, оставляя их жителей безо всякого милосердия. Чума, пришедшая в портовый Лондон в 1665-1666 гг., заставляла людей жечь «охранительные» костры, что привело к Большому пожару, в огне которого сгорел старый норманнский собор (его потом перестроили по образу и подобию ватиканского Св.Петра). Журнал Nature и Cell писали о том, что от чумы резко уменьшилась в Европе численность первых фермеров, пришедших из Анатолии. Археологи же Гётеборгского университета обнаружили след чумного поражения в древнем захоронении 5000-летней давности. Микробиологи университета МакМастера в канадском Гамильтоне проанализировали мумию мальчика, похороненного 450 лет назад в Неаполе, выяснив, что тот умер не от оспы, а от гепатита. Его сотрудники совместно с коллегами из парижского университета Сите определили геном кишечной палочки E.coli, носитель которой умер от бактериального холериста. В

конце XIX в. француз А.Йерсен выделил в Гонконге чумную бациллу, названную его именем...

На прошедшем в Санкт-Петербурге экономическом форуме в ряду многочисленных проблем обсуждалась и та, что связана с заканчивающейся ковидной пандемией и стратегией вакцинации. Различные вакцины нацелены против шпилек вирусной оболочки, с помощью которых COV входит в клетки. Проблема, однако, в том, что белок шпилек и особенно их концевых участков постоянно меняется, что позволяет вирусу уходить от иммунного надзора. Nature привёл случай пациента в возрасте за 70, у которого болезнь не отступала 3,5 месяца, в результате чего врачи были вынуждены ввести ему сыворотку крови выздоровевших с противовирусными антителами. Анализ показал, что у вирусов в его дыхательных путях было две мутации, которые остались «невидимыми» для иммунных белков. Другой случай связан с 60-летней женщиной, у которой болезнь длилась на протяжении 7 месяцев, после чего она всё же выздоровела. Такого рода истории болезни опасны тем, что при долгом течении в организме «закрепляются» новые мутации, которые могут передаваться другим людям, чего нет при быстром окончании болезни. Одно из приложений Science назвало подобное накопление мутаций «хронологическим», Nature же привёл пример, когда авторы насчитали

в спайке пять замен аминокислоты. Вместе с Б.Гейтсом редакция задаётся вопросом относительно того, что всё это значит для прогнозирования и предупреждения будущих вспышек.

Споры вокруг происхождения чумы тянутся уже два десятилетия, когда был проведён первый и очень примитивный генетический анализ захоронений в лондонском Смитфилде. Они возникли на месте, которое епископ Р.Стратфорд отвёл в 1348 г. в самый разгар эпидемии чёрной смерти. Можно полагать, что новая публикация журнала ставит окончательную точку в решении проблемы. Результаты исследования, проведённого в далёкой Киргизии неподалёку от Бишкека, популярно изложены газетой NYT. Особенностью двух захоронений является то, что они христианские (на одном из могильных камней хорошо виден характерный мальтийский крест). Чтение надписей на камнях дало и точную дату вспышки 1338-1339 гг., то есть за несколько лет до начала чёрной смерти в Европе, куда иерсиния дошла с караванами Шёлкового пути. По ним же она пришла и в Константинополь несколькими столетиями раньше. Так данные геномного анализа, проведённого у подножия Тянь-Шаня и начавшегося до прихода в мир ковида, неожиданно наложились на более чем миллион вирусных геномов, давая богатую пищу для последующих исследований инфекционных опасностей...

Подготовил Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Cell, J of Clinical Endocrinology & Metabolism, Nature, PNAS, Scientist, Science Advances, Science Immunology, Science Signaling, Science Translational Medicine, Communications Biology Cell, New-York Times, PLOS Pathogen, eLife, Nature Communications, Science Reports, Stem Cell Reports

Как часто, характеризуя человека, мы используем слово «личность». «Это личность!» – воспринимается как высшая оценка деятеля любого масштаба и ранга, знакомого или незнакомого.

А что вкладывается в понятие «личность»? Не задумываясь, но, нам кажется, понимаем.

Вот определение термина «личность» из Википедии. «Личность – совокупность выработанных привычек и предпочтений, психический настрой и тонус, социокультурный опыт и приобретенные знания, набор психофизических особенностей человека, определяющих повседневное поведение и связь с обществом»... и многое ещё всякое. Атрибуты личности – воля, разум, чувства. Её устойчивые свойства – темперамент, характер, способности, мотивация.

Словом, весь человек. Но стал ли янее от приложения этой научной расшифровки термин «личность» для нашей обыденной жизни?

А что вкладывается в определение «личность врача»? Можно ещё больше запутаться. Вместе с тем мы редко ошибаемся, отличая хорошего врача от плохого, личность от неличности.

Уважая научные определения личности, всё-таки будем опираться на жизненные критерии. Врач – личность – это надёжность и предсказуемость, ответственность и решительность, гиппократовская преданность принципам врачевания и пациентам. И конечно, высокий профессионализм.

Полагаю, что сильнее обобщений нам помогут понять, кто есть личность в клинической медицине, конкретные примеры, которыми восхищаешься и которым хочется следовать.

Мне повезло: в моей биографии много десятилетий работы в Национальном центре нейрохирургии – сосредоточении личности в медицине. И не только по крупности вкладов в науку и практику, но и по повседневному лечению больных и отношению к коллегам.

Один из признаков того, что врач – личность, является противостояние в своей деятельности коммерческим соблазнам. Сила последних весьма значительна, особенно в переживаемый нами период коммерциализации медицины. У личности профессиональный долг врача всегда одержит верх над материальными выгодами. Речь идёт, разумеется, не о деяниях уголовно наказуемых, а о нравственных категориях.

Непременное качество личности врача – брать на себя ответственность за судьбу каждого из своих пациентов. Самостоятельность решений должна быть основана на самостоятельности клинического уровня доктора. При этом недопустима гордыня. Не только собственное внимание к больному, не только необходимые исследования и анализы, не только чтение литературы по определённой патологии, но и обсуждение каждого неясного наблюдения с коллегами, неперемное использование консультаций специалистов, в том числе и по телемедицинским коммуникациям.

Накопив опыт, врач, если он личность, способен разрешать и сложные urgentные ситуации.

Я вспоминаю своего друга, талантливого нейрохирурга Сергея Фёдорова (1925-1995). Он был профессором из докторов. Сергей Николаевич никогда не имел стремления произвести впечатление на больного, но всегда производил – отличительное качество истинной личности. Он сам себя нещадно эксплуатировал, впрочем, другие тоже этим не пренебрегали. К нему тянулись и больные и коллеги; последние у него предметно учились. Сосредоточенный, немногословный,

С.Фёдоров работал в операционной быстро: любые задержки его раздражали. Фёдоровский темп был легко объясним: он считал, что чем быстрее сделана операция, тем лучше её перенесёт больной. Конечно, каждая, пусть самая удачная операция, доставалась ему нелегко. Он не показывал этого, но думал о

Далёкое – близкое

Личность доктора

прооперированном или больном и днём и ночью.

Вспоминается такой эпизод. Однажды мы с женой были приглашены в гости к Фёдоровым. Пришли в назначенный срок, но Серёжи ещё не было дома. Не приехал он и через час, а когда наконец явился, был невесел и сказал только, что сделал очень сложную операцию. Застолье не клеилось. Серёжа то и дело звонил в клинику, мрачнел и, уже провожая нас, сказал: «Так и не могу привыкнуть к смерти. Мне всё кажется, что я виноват».

Зимой 1962 г., когда в Институт нейрохирургии привезли погибшего от тяжёлой сочетанной черепно-мозговой травмы академика Льва Ландау, лечащим врачом выбрали С.Фёдорова. Консультантов и своих, и зарубежных было много, а лечащий врач – один. Несколько месяцев Фёдоров жил в институте, безотлучно находился у своего всемирно известного пациента. Всё, что решали консилиумы звёзд неврологии и нейрохирургии, выполнял лечащий врач, а много острое и острейшее вынужден был решать сам, беря на себя исключительную ответственность.

Академик Ландау выжил. Фёдоров стал героем очерков в газетах и книгах. О нём легко было писать – внешняя суровость, сложная профессия, талантливый врач с фронтовым анамнезом, мужественная личность и совершённое им чудо, вытащил Льва Давидовича из безнадежного состояния...

Лучше иллюстрации врача как личности, чем Сергей Николаевич Фёдоров, мне, пожалуй, не найти. Он напрочь был лишён карьерных амбиций. Всего достиг своим трудом, незаурядными способностями, своими человеческими достоинствами, порядочностью и, если хотите, принципиальностью. Он никогда не выдвигался сам – его выдвигали другие.

Помню, как ко мне обратилась секретарь партбюро Института нейрохирургии: «Вы – друг Сергея Николаевича. Прошу вас убедить его вступить в партию. Мы рекомендуем его на заведование нейроонкологической клиникой. Но при утверждении в Академии меднаук возникает сложность». Я пообещал переговорить с Серёжей, хотя знал, что это бесполезно. Так и вышло: «Лихтерман, иди ты подальше. Как будет – так будет, а вступать в партию ради должности я не стану».

Нейрохирург международного уровня, он оперировал на всех континентах. Сергей Николаевич благодаря своим профессиональным и личностным качествам воспитал три школы нейрохирургов: в Нижнем Новгороде, Алжире, Москве.

Когда Фёдорову было за 60, его настиг рак лёгкого. Свой диагноз и прогноз он знал. Перенёс радикальное вмешательство и вновь, преодолевая физическую слабость, встал к операционному столу. Понимал, что жизнь уходит, но принципами своими не посту-

пался. Я был у него дома, когда внезапно наступила полная декомпенсация. «Лёня, прошу тебя, передай всем коллегам в институте, чтобы не навещали меня. Я не хочу, чтобы меня видели в таком жалком состоянии. А умирать я приеду в институт, тогда со всеми свижусь». И действительно, вечером накануне смерти Серёжу с его

Помню, когда я брал интервью у Евгения Максимовича Примакова, он рассказал мне, как, будучи главой Правительства России, помогал строить институт нейрохирургии, испытывая огромную симпатию к наивному и беззащитному А.Коновалову. Только целеустремлённая личность могла осуществить гражданский подвиг,

генеза сосудистой неврологической и нейропсихологической симптоматики и другие. По методу Ф.Сербиненко успешно оперируются тысячи больных с каротидно-кавернозными соустьями, мешотчатыми аневризмами, артериовенозными и другими мальформациями головного и спинного мозга.

согласия привезли в реанимацию alma mater. Он был мужественным и критичным к себе до конца. Когда срочно начали налаживать «букет» капельниц, умирающий Фёдоров чётко сказал: «Бесполезно». К утру его не стало.

Говорят, незаменимых нет. Если иметь в виду место, должность. Но Фёдоров, если иметь в виду его личность и как человека и как врача, неповторим и незаменим.

Характерная, если не главная, черта, определяющая личность, – целеустремлённость. Обычно при этом предметом созидания являются общественно значимые деяния.

Здесь для меня примером служит Александр Коновалов. Пылкий юноша из семьи невролога академика Николая Коновалова, он, конечно, должен был продолжить дело отца. Во избежание упреков в семейственности отец вынужден был отдать его на обучение неврологии в Институт нейрохирургии. У Александра наряду со светлой головой были талантливые руки, и он здесь увидел их применение на пользу людям в хирургии мозговой патологии и, не изменяя, изменил неврологии, став через долгие упорные занятия нейрохирургом. Таким, о котором авторитетнейший специалист в этой дисциплине в США профессор Майкл Апуццо сказал: «Я близко знаком с выдающимся нейрохирургом современности профессором Александром Коноваловым. То, чего он достиг в хирургии опухолей головного мозга, непостижимо. Коновалов неповторим».

А.Коновалов автор многих операций на глубинных труднодоступных отделах мозга. Ему принадлежит уникальное хирургическое вмешательство по разделению краниопагов, сиамских близнецов, сросшихся головами. Спустя 25 лет, уже закончившие университет литовские девушки Вилия и Виталия благодарили за жизнь своего спасителя. Александр Николаевич мужественный и благородный человек. Никакой позы, никакой спеси, он полон сострадания к больным, особенно детям. Именно поэтому стремится от них дистанцироваться, чтобы эмоции не мешали решениям и действиям во время операции.

Но творя чудеса под микроскопом, Коновалов видел, как задыхается прославленный институт в старом корпусе, где тесно больным и тяжело работать персоналу. Он долго созрел, ища реальные пути радикального изменения ситуации. Его поддержали сверху, решив построить новый современный институт нейрохирургии на средства от коммунистических субботников. Однако, едва начавшись, масштабное строительство застопорилось. Всё сразу рухнуло в 1991 г. Но он обязан был поднять отечественную нейрохирургию на мировой уровень. Из возможностей оставались только авторитет врача, хлопотущего о пациентах, и обаяние личности.

построив в 90-е годы 14-этажный корпус, насыщенный медицинскими технологиями и по всем параметрам соответствующий современной мировой нейрохирургии. По существу, Коноваловым был создан новый институт!

Ещё один пример целеустремлённой деятельности в нейрохирургии – Фёдор Сербиненко (1928-2002). Золотая медаль. Диплом с отличием. Явные способности интеллектуальные и мануальные. И большие перспективы в оперативной нейрохирургии. Но Фёдор сознательно себя ограничивает и навсегда отстаёт от прямой хирургической деятельности. У него созрела доминанта – разработать принципиально новый метод лечения артерио-синусных соустьев. К их разобщению прибегали, идя к месту сосудистой патологии снаружи путём трепанации черепа – травматично, сложно, опасно и, главное, с плохими результатами хирургического вмешательства.

На первомойской демонстрации на Красной площади он увидел много раз виденное ранее: как легко подёргиваниями за нитку управляют движениями воздушного шарика. Куда нитка – туда шарик. Пронзила мысль: вводить в сосуд маленького спавшийся баллончик и, управляя его движением с помощью тонкого катетера, направлять к «дырке» – месту, где под влиянием травмы стенки артерии образовалось отверстие, крадущее кровь у мозга. Там расправлять шарик, чтобы он, как кирпичик, разобщал артериальный и венозный кровотоки. И таким образом восстанавливалась нормальная церебральная гемодинамика.

Идея захватила Сербиненко целиком. Начались эксперименты. Все композиции и конструкции он делал своими руками в маленькой доморощенной лаборатории.

Как истинный учёный-изобретатель Фёдор не спешил. Лишь убедившись в эффективности и безопасности разработанного им артериального баллон-катетера и стабильности получаемых клинических результатов, Сербиненко позволил себе выступить с докладами и писать статьи о принципиально новом методе – эндovasкулярной нейрохирургии. Его обстоятельная статья на эту тему в Journal of Neurosurgery (1974) закрепила приоритет Ф. Сербиненко и вызвала сильнейший резонанс в нейрохирургическом мире.

Для ознакомления с русским методом в московский институт приезжают профессора из Франции, США, Германии, Италии, Польши, Венгрии...

Затем происходит «обычное»: практичный Запад быстро налаживает промышленный выпуск технологии Сербиненко. И уже мы покупаем у них наше изобретение.

Фёдор Андреевич открывает в alma mater первое в мире клиническое отделение эндovasкулярной микрохирургии. Наряду с выполнением лечебных задач глубоко разрабатываются проблемы физиологии и патофизиологии мозговой гемодинамики,

Дальнейшее методическое и техническое развитие эндоскопического способа привело к возможности суперселективной катетеризации мозговых артерий с просветом до 1 мм. Это открыло избирательную химиотерапию глиом, обескровливание богато васкуляризованных менингиом перед их радикальным удалением, прижизненную окраску опухолей и многое иное.

Конечно, вслед за баллоном появились и новые эндovasкулярные технологии – спирали, стенты, ангиопластика...

Природа наградила Фёдора Андреевича не только талантом изобретателя-исследователя, но дала ему и такое бесценное качество, как доброта к людям, особенно к больным и старым.

В 2005 г. ведущий профессиональный журнал Neurosurgery в связи со 100-летием нейрохирургии как специальности опубликовал 14 портретов великих нейрохирургов мира. Среди них единственный наш соотечественник – Фёдор Сербиненко.

В комментариях к ранее опубликованной там же большой иллюстрированной статье про Ф.Сербиненко ведущие учёные мира подчёркивают, что его вклад в развитие нейрохирургии соразмерен с Нобелевской премией.

Я кратко рассказал о трёх таких разных учёных, с которыми меня свела судьба в Московском институте нейрохирургии; их объединяют отличительные признаки творческих личностей. Отечество достойно отметило их труды: все они были заслуженными деятелями науки и лауреатами Государственных премий.

Чувствую, что, соглашаясь со мной в оценке С.Фёдорова, А.Коновалова и Ф.Сербиненко как личностей, меня могут всё-таки спросить: «Это великие люди, а может ли быть личностью обычный врач, медсестра, нянечка, лаборант?» Ответу: не только может, но часто и является именно личностью. Когда вижу, как выполняют свой профессиональный долг труженики медицины, как их ждут больные и как преображаются после их помощи и общения с ними, понимаю, что рядом со мной трудятся личности, скромные и очень необходимые.

Подчеркну, первая и, на мой взгляд, самая простая, верная и надёжная примета личности – уважение окружающих, что важнее любых регалий.

Современная медицина, как бы она ни была технологизирована, – все ещё поле деятельности личностей, без которых нашим пациентам было бы много хуже!

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
Лауреат Государственной
премии России.



Национальный
медицинский
исследовательский
центр
нейрохирургии
им. Н.Н.Бурденко.

Весельчак влюблён

Осень грустная, листочки осыпаются,
Ветер каплями стучит в окно.
Ходит парень и над теми насмехается,
Кто грустит уже давным-давно.
Только тщетно парень в шутках
изощряется...
С крыш капель, дела с зимы к весне.
Хорошо тому, кто после улыбается,
Кто последний, победил вдвойне!
Изменился паренёк, не улыбается,
Головы не поднимает он,
Уж теперь над ним девчонки потешаются:
Не иначе весельчак влюблён!
Той, которую он любит, не решается
Тайну сердца рассказать свою.
Но никто ему помочь не собирается
В предложение связать «люблю!»...

Будем жить,
чтоб через годы шествуя...

Будем жить, чтоб через годы шествуя,
Мы сказали: «Дельно время прожито!»
Уезжать мы будем, путешествовать...
Сколько тропок в жизни есть нехоженых!
А приехав в дом родной запущенный,
Посидим с поклажею походною
И припомним масло с чёрной гущейю,
Ветер, волны, качку пароходную.
Оглянёмся с гордостью. В молчании
Счастье заключим в объятья долгие
И припомним в тамбуре свидание –
То, что было в поезде за Волгою.
...Запоют под утро птицы звонкие,
Засияет солнце золотистое,
Постучит в окно рябинка тонкая,
И поманит далью небо чистое.

Шубка Марии

(поэтический рассказ
молодого доцента)

Я столько раз слышал про даму в шубке,
Про синеву её лукавых глаз,
Об этой «шубке» и в улыбке губки
Историй столько было сложено у нас!
Иду я как-то тихим переулком,
И вдруг – о чудо! – «шубка» впереди.
Я эту шубку, белую голубку,
Средь тысячи других смогу найти.
Тревожно сердце в ритм шагов забилось,
Я поравнялся с «шубкой» у ворот.
Пошли мы рядом, обменялись взглядом,
И с этого знакомство началось.
Я нашу «шубку» проводил до дома,
Она, прощаясь, руку подала.
А через вечер состоялась встреча,
Судьба влюблённых решена была.
Промчались годы. Радость и невзгоды –
Всё пережили и жена, и я.
В день свадьбы шубку, белую голубку,
Мария надевает для меня.

Сокровенное

Василий ПОЛЯКОВ

Будем жить!



Проснись, мой друг,
и погляди в окно

Проснись, мой друг, и погляди в окно –
Шумит, бурлит зелёная мистерия.
Такого не увидишь и в кино:
Идёт весна – в году вторая серия.
Вытряхивают женщины ковры,
Девчонки с упоением чертят классики.
Меха и шубы спрятаны в шкафы.
Пришла пора переодеться в пластики.
По-праздничному выглядят дома,
Умыты стёкла, двери, подоконники.
Флажками разукрашена Москва
На всём пути Черёмушки – Сокольники.
На синем блюде жёлтый колобок
Сквозь облачную вату прорывается,
И чей-то звонкий птичий голосок
От радости и счастья заливается.
Весна, весна! Ты нам несёшь мечту
О зелени, цветах, о новом хлебе,

О том, что каждый повстречает ту –
Единственную на земле и небе.
А ветер носит запах первых трав,
И, как орехи, лопаются почки,
И, криком первым отсалютовав,
И сыновья рождаются, и дочки.

Зачем это окна открыты?

Зачем это окна открыты,
Потерян покой, тишина?
Земля изменила орбиту?
Да, нет – это просто весна.
Весна – это время улыбок,
Весна – это время цветов,
Весна – это время ошибок,
Ночей, проведённых без снов.
Весной распускаются почки
И птицы от счастья поют,
И солнце каникул не хочет –
Принесит тепло и уют.
Весна – это время рассветов,

Счастливых улыбок и слов,
Весна – это тема поэтов
И к сердцу идущих стихов.
Весною приходят удачи,
Работа идёт веселей,
И девушки смотрят иначе,
И парни бывают нежней.

В будний день

В будний день звонит врачу соседка,
Просит навестить её при этом.
В трубку говорит почти что плача,
Что её покинула удача,
Сон тревожный, снижен аппетит,
Ничего при этом не болит.
«Правда, – замечает она, – вроде,
Я перетрудились в огороде.
Вас тревожить мне совсем неловко...
Подарю вам кабачок с морковкой».
Доктор холост. В отпуске. Один.
Медик он и добрый гражданин.
И ему недолго собираться.
Только жаль – хотел он искупаться.
А в июле, я скажу, с утра
Небо голубое и жара.
Встретились соседи не случайно.
Оказалось всё строжайшей тайной.
Сидючи в купальнике, соседка
Прихватила пальчиками ветку,
Яблоко большое сорвала
И врачу с улыбкою дала.
Ей бы позавидовала Ева.
Говорят, была такая дева.

К Дню Петра и Февронии

В неделю первую июля
Стояла сильная жара.
Но в эти дни по доброй воле
Князь пашни объезжал с утра.
И он, по счастью, заметил
Одну крестьянку среди полей,
Коня прищипорил и при встрече
Спросил: «А кто ты для людей?»
– Меня Февронией назвали
В тот день, когда я родилась.
А для чего тебе, мой барин,
Мой статный и красивый князь?
– А для того, что полюбил я
Твою крестьянскую красу.
Давай с тобою вместе в терем
Любовь я в сердце понесу.
Хочу, чтоб стала ты женою,
Чтоб жили вместе до конца,
Чтоб любовался я тобою,
Красою стана и лица.
Вот так давно родился праздник,
Который русским людям мил.
А ныне Президент указом
Его в России утвердил.

ОБ АВТОРЕ: В.Поляков – доктор ме-
дицинских наук, профессор, член Союза
писателей России.

Занавеска					Возмуще- ние	Ката- пульта	СКАНВОРД										Пшени- ца	Духи	Лунка			
Архит. облом	Грен- ланд- ский тюлень	Денно и ...					Асте- мизол									Рудник (устар.)	Роман Зоя	Греч. океа- нида			Бурый капуцин	
Книж- ная зак- ладка					Повесть Айни	Франц. естест- воиспы- татель	Центр. часть атома	Месяц	Размо- лотые зерна	Едкий ...	Родст- венник лютика										Висо- косный	
Рассказ Зошен- ко	Рубин (древн.)	Город, Ростов. обл.											Шейное укра- шение								Амер. авто- мобиль	
		Торж. песнь	Талант				Мрак	... пус- тков	Англ. зем. мера					Камп- сис	Параце- тамол							
	Гар- монь	Косме- тика актера					...- модель		Купи- дон	Иногда (стар.)	Мото- цикл	Хлеб									Исчадие ...	
					"... и Да- маянти", Арен- ский			Электр. сопро- тивле- ние	Мор. единица длины													
	Одежда, Юж. Азия	Забор (обл.)					Быва- лый, актер															
Автор Валерий Шаршуков					Шелк. ткань	Коровья анти- лопа				Женева, река												

А М М О С Б Ш Т О К С К
Э И Т Е Р Е К К И Б Е Л А К О Т Л
Р О Д И Н А У К Л А С О М Д Р А Ж Е
И З С А Н И Т А Р И Я З Р Е Л И Щ Е Р Е М
Т Р О С Д О Г Д Я В Н О Т А Н К Р О Н А
Р Л Ю Т О У Т Р О О Л Ь А З С Р В А Н
Е Р М А К К Л А Р И Г Р И В А
Я В О Р С Н А Л Е Т Д А Т
А Н А В А Л Ь О Г О Н Ь

Ответы на сканворд,
опубликованный
в № 36 от 14.09.2022.

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

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: И.БАБАЯН, Е.БУШ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (ответственный секретарь), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, Г.ПАПЫРИНА.

Дежурный член редколлегии – А.ИВАНОВ.

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 № 1816
Тираж 13 940 экз.
Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.