

# Медицинская

8 марта 2023 г.  
среда  
№ 9 (8078)

# Газета®



ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

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

Одной из задач психиатрической службы является выявление больных, склонных к совершению общественно опасных действий.

Стр. 10

Российские врачи провели уникальную операцию по спасению почек ребёнку.

Стр. 11

Три версии смерти императрицы Елизаветы Алексеевны.

Стр. 15

## Признание

# Рождение ребёнка — это чудо

## У российской медицины женское лицо



Более 70% врачей и более 95% среднего медицинского персонала представляют прекрасную половину человечества, причём её роль только растёт. Так, в последние годы существенно увеличилось число женщин на руководящих постах в здравоохранении. Они вносят значительный, если не решающий, вклад в сохранение здоровья и жизни граждан нашей страны, с полной отдачей работая на разных постах — от санитарок до руководителей отрасли. Об этом надо помнить всегда, а уж тем более в Международный женский день.

Накануне этого весеннего праздника мы встретились с одной из замечательных представительниц прекрасного пола, настоящим профессионалом — заместителем главного врача по акушерско-гинекологической помощи Мытищинской городской клинической больницы Ольгой Билиявской. Наша собеседница — практикующий акушер-гинеколог высшей квалификационной категории, кандидат медицинских наук, аттестованный эксперт Росздравнадзора.

— Ольга Станиславовна, у каждого человека своя история выбора профессии. Кто-то с детства определяется, кем он хочет стать, кто-то круто меняет свою жизнь, уже получив одно или даже несколько образований. Как было у вас?

— Врачом хотела быть с детства. Совершенно чётко помню, что с выбором профессии вопросов не стояло никогда. Всегда пеленала мишек и кукол, ставила им градусники, и, конечно, набор маленького доктора был любимой игрушкой. И хотя родители не медики, я для себя не представляла другого пути.

Окончила Московскую медицинскую академию (сейчас Первый Московский государственный медицинский университет) им. И.М.Сеченова. Затем проходила двухгодичную ординатуру по акушерству и гинекологии. Очень хотела быть анестезиологом-реаниматологом, но аллергия на некоторые препараты, использовавшиеся в то время, несколько скорректировала мои планы.

В итоге я оказалась в замечательном московском родильном доме № 17, где мне встретился человек, предопределивший мою медицинскую судьбу: замечательный врач и прекрасная женщина, заместитель

главного врача Ольга Ивановна Захарова, которая и привила мне любовь к акушерству. С 1996 г. я в этой профессии, а в медицине — с далёкого 1989 г., начинала санитаркой в московской городской больнице № 7.

— Вы успевали ещё заниматься научной работой...

— Да, моё первое рабочее место после окончания ординатуры — это кафедра последипломного образования нашей медакадемии. На ней проходили сертификацию врачи, я заведовала учебной частью. Первые 8 лет трудовой жизни прошли именно на этой кафедре, и это был замечательный профессиональный старт, очень интересная работа. Это дало возможность общаться с акушерами-гинекологами из разных уголков страны — от Калининграда до Якутска. На кафедре я защитила кандидатскую диссертацию о поведенческих реакциях плода в родах, содержание которой вошло в несколько монографий. Работу на кафедре совмещала с дежурствами в роддоме.

(Окончание на стр. 7.)

## Дорогие женщины!

Примите самые искренние поздравления с замечательным весенним праздником — Международным женским днём 8 Марта!

Чудесный праздник стал символом весны и любви, искреннего восхищения и глубокого уважения к женщинам. Ваша любовь и забота делают близких сильнее, дают им уверенность в своих силах. Вы несёте в нашу жизнь радость, гармонию, бережно храните традиции семьи, воспитываете детей, добиваетесь успехов во всех сферах деятельности, справляетесь со всеми, порой, не женскими заботами, которые ложатся на ваши хрупкие плечи.

Выражаю особую благодарность женщинам, которые посвятили свою жизнь ответственному и благородному делу спасения жизни и сохранения здоровья людей, тем, кто даже в этот праздничный день находится на рабочем месте, даря надежду и счастье семьям пациентов.

От всей души желаю вам здоровья, любви, добра, светлого настроения, исполнения самых заветных желаний!

**Михаил МУРАШКО,**  
министр здравоохранения РФ.

\* \* \*

Поздравляю вас с самым прекрасным весенним праздником — 8 Марта!

Вы так же, как весна, приносите в наш мир любовь, гармонию и надежду. Вы — сила нашего мира. Вы успеваете всё: растить детей, создавать уют в своих домах, двигаете вперёд науку, лечите людей, учитите детей...

Вы, женщины, — наш источник вдохновения и силы!

От всей души желаю вам счастья, любви и благополучия. Пусть каждый день вашей жизни будет наполнен теплом, радостью и вдохновением.

Будьте счастливы!

**Пётр ГЛЫБОЧКО,**  
ректор Сеченовского университета,  
председатель Ассоциации «Совет ректоров медицинских  
и фармацевтических высших учебных заведений»,  
академик РАН.

\* \* \*

Примите самые сердечные поздравления с прекрасным весенним праздником — Днём 8 Марта!

В этот знаменательный день желаю вам неиссякаемого оптимизма, мудрости, эффективных решений и перспективных проектов. Пусть дело, которому вы отдаёте душевные силы, опыт и знания, принесит радость и желание новых профессиональных свершений!

Пусть неизменными и прочными остаются дружеские связи, а родные и близкие дарят заботу, внимание и любовь!

**Игорь БАЛАНИН,**  
председатель Федерального фонда  
обязательного медицинского страхования.

\* \* \*

Хочу от всей души поздравить вас с прекрасным весенним днём — 8 Марта.

Для каждого мужчины мама, жена, дочь, сестра, бабушка — это святыне слова, от которых исходит свет и добро. Вы окружаете нас с первых мгновений жизни и сопровождаете дальнейшие годы, вдохновляя на совершение благородных поступков.

Если бы не ваша забота и поддержка, ни одно мужское начинание не увенчалось бы успехом.

Хочу горячо поблагодарить вас за всё доброе, что вы совершили и продолжаете совершать. Мы, мужчины, всегда будем надеяться на вас и дарить свою любовь, восхищаться вашим очарованием и делать всё, чтобы вы были счастливы!

**Анатолий ДОМНИКОВ,**  
председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ.

## Новости

Завершена масштабная  
реконструкция оперблока

В Национальном медицинском исследовательском центре онкологии Минздрава России (Ростов-на-Дону) завершена масштабная реконструкция операционного блока. Он занимает целый этаж клинического корпуса: 16 операционных, предоперационные, коридоры, санпропускник, хозяйственные помещения. Реконструкция оперблока началась в конце 2018 г. и была распределена на пять этапов, сохраняя хирургическую активность на высоком уровне. Сегодня операционный блок НМИЦ онкологии – один из самых передовых и оснащённых в стране.

– Ежедневно в онкоцентре выполняется до 200 хирургических вмешательств. Современное оборудование позволяет выполнять весь спектр хирургических вмешательств, применяемый при онкозаболеваниях. Это комбинированные операции с резекцией нескольких органов, малоинвазивные, микрохирургические, рентгеноэндоскопические, лазерные вмешательства, 3D-хирургия, ортопедические операции, – отметил генеральный директор НМИЦ онкологии академик РАН Олег Кит.

В современных операционных хирургическое и анестезиологическое оборудование климатизированного «чистого помещения» интегрировано в единую систему управления. Это позволяет настраивать в операционной свет, температуру, влажность, операционный стол и оборудование на стойках, управлять видеокамерами и медицинскими газами. В операционной хирургии и анестезиологии имеют доступ к электронной медицинской карте и результатам диагностических исследований пациента. Это создаёт условия для увеличения количества высокотехнологичных хирургических вмешательств с обеспечением высокого уровня безопасности как для пациента, так и для медицинского персонала.

Кроме того, интегрированные операционные оснащены системой видеоконференцсвязи. С её помощью можно проводить интраоперационные консилиумы, транслировать видео в учебные аудитории студентам, ординаторам и аспирантам в любую точку мира. Мастер-классы из операционных с трансляцией в зал стали востребованным форматом научно-практических конференций, проводимых в онкоцентре. Это повышает уровень компетенций молодых и опытных онкологов хирургического профиля.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Ростов-на-Дону.

## Первое введение актиния

Российская ядерная медицина продолжает развиваться стремительными темпами. Впервые в истории НМИЦ радиологии Минздрава России был использован новый терапевтический радиофармпрепарат «225Ac-PSMA» на основе актиния для лечения кастрационно-резистентного рака предстательной железы.

Напомним, что кастрационно-резистентный рак предстательной железы – состояние, когда, злокачественные клетки становятся устойчивыми к стандартным методам лечения. Этот вид рака может быть как метастатическим, так и неметастатическим.

«Трёх первым пациентам мы ввели отечественный препарат, сделанный у нас в центре. Всё прошло успешно. Впереди нас ждут две фазы клинических исследований, но, безусловно, для пациентов, страдающих кастрационно-резистентным раком предстательной железы – это большая надежда на продление жизни», – рассказывает Валерий Крылов, заведующий отделением радиохирургического лечения открытыми радионуклидами Медицинского радиологического научного центра им. А.Ф.Цыба – филиала НМИЦ радиологии.

Мечты российских онкологов о собственных препаратах для лечения онкологических заболеваний сбываются. А началось всё в 2021 г. с первого в нашей стране введения пациенту «177Lu-PSMA» на основе лютеция. Тогда стартовала эра применения радиолигандной терапии при метастатическом кастрационно-резистентном раке предстательной железы в России. Однако на этом научные поиски не прекратились.

«Ядерная медицина – очень перспективное направление, особенно сегодня, когда мы получаем полную поддержку со стороны Минздрава России. Грамотно комбинируя технологию ядерной медицины с хирургическим лечением, мы получаем жесточайшего врага опухолевой клетки», – отметил генеральный директор НМИЦ радиологии академик РАН Андрей Каприн.

В конце 2022 г. МРНЦ им. А.Ф.Цыба – филиал НМИЦ радиологии получил лицензию на первую в России ядерную аптеку, что даёт исключительную возможность синтезировать любые доступные радиофармпрепараты непосредственно в условиях центра. На сегодняшний день активно ведутся работы с разнообразными радиофармпрепаратами, сообщили в пресс-службе НМИЦ радиологии.

Сергей ЯКОВЛЕВ.

## Выезды «на дом»

Бригада узких специалистов Ставропольской краевой клинической больницы с мобильным лечебно-диагностическим комплексом побывала в селе Солуно-Дмитриевское Андроповского района, что в 126 км от краевого центра.

На базе сельской врачебной амбулатории краевые специалисты – гастроэнтеролог, невролог, оториноларинголог, эндокринолог, кардиолог – провели консультативный приём жителей, назначили и (или) скорректировали лечение. В специально оборудованных кабинетах мобильного лечебно-диагностического комплекса офтальмолог обследовал зрение пациентов, а врач ультразвуковой диагностики – провёл необходимые УЗ-исследования.

Краевой социальный проект «За здоровье» существует около 5 лет. Такие визиты высококвалифицированных врачей «на дом» позволяют сделать более доступной качественную медицинскую помощь для всех жителей края, особенно – в небольших отдалённых населённых пунктах.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

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

## Акценты

## Отметили вековой юбилей

Сотый день рождения отметила жительница города Заинска Республики Татарстан, ветеран Великой Отечественной войны медсестра Анна Моисеева. С юбилеем её поздравил глава Заинского района Рауф Каримов. Он передал Анне Ивановне поздравительные адреса от Президента РФ Владимира Путина и главы (райса) Татарстана Рустама Минниханова.

В 1941-м году она окончила курсы медсестёр, а в июле 1942 г. отправилась на фронт, где служила младшей медицинской сестрой в 473-м полевом передвижном хирургическом госпитале 61-й армии в звании младшего сержанта медицинской службы. А.Моисеева прошла боевой путь от Москвы до Берлина, награждена медалями «За боевые заслуги» и «За взятие Берлина», а также двумя орденами Отечественной войны II степени. В Берлине благодарность от командования Анне Ивановне вручал Георгий Жуков.

После войны она работала медсестрой в Заинской районной



Анна Ивановна принимает поздравления

больнице. От лица её сотрудников выступил главный врач Айдар Фатыхов: «Благодарим вас за великий подвиг во время Великой Отечественной войны, за ваш труд в здравоохранении. Вы 40 лет проработали медсестрой скорой помощи и педиатрического отделения. Вы остаётесь членом нашего коллектива!».

Возле дома, где живёт ветеран, прошло торжественное мероприятие с поздравлениями и небольшим концертном, после окончания которого юбилярша, загадав желание, запустила в небо воздушные шары.

Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.  
Республика Татарстан.

## Деловые встречи

## Чтобы тиражировать на всю страну

В Махачкале состоялось выездное заседание постоянно действующей комиссии Центрального комитета Профсоюза работников здравоохранения РФ. Во время него были обсуждены вопросы информационной политики и цифровизации.

Члены комиссии, а это руководители региональных подразделений профсоюза с высокими показателями информационной работы, прибыли из разных уголков страны в Республику Дагестан для обсуждения потенциала цифровизации, с целью обмена лучшими практиками для тиражирования на всю страну.

Инициатор создания коллегиального органа – секретарь ЦК профсоюза Ольга Жанкевич обозначила насыщенный повестку дня, анонсировав интересные, но непростые переговоры о цифровой зрелости. По её словам, в год организационного укрепления профсоюза информировать обо всех этапах работы особенно важно.

Под председательством руководителя Республиканской организации Башкортостана профсоюза Рауля Халфина эксперты приняли ряд программных документов, включая разработку и внедрение



эффективных стратегий для расширения влияния организации в цифровом пространстве.

Отдельно были рассмотрены вопросы повышения осведомлённости медицинского сообщества о деятельности профсоюза, а также создания благоприятной среды для использования информационными работниками цифровых инструментов и технологий, широко внедряемых сегодня ЦК Профсоюза работников здравоохранения РФ.

В рамках мероприятия также прошла пресс-конференция под председательством О.Жанкевич. Журналисты смогли задать интересующие вопросы, в том числе о заработной плате медработников и о том, какие задачи ставит перед

собой профсоюз после начала спецоперации в Украине, профлидерам из Дагестана, Ростовской, Курской и Нижегородской областей, Башкирии и Москвы.

Как подчеркнула заместитель председателя комиссии ЦК Профсоюза работников здравоохранения РФ Зумруд Бучаева, Профсоюз работников здравоохранения сегодня объединяет более 2 млн человек. Это сила, способная защитить медицинского работника. Основной задачей организации является защита прав и интересов медицинских работников, социальная поддержка и помощь.

Зарина АГМАДОВА.  
Республика Дагестан.

## Ориентиры

## Помощь семьям участников

В 30 регионах страны прошли комплексные медицинские осмотры семей участников специальной военной операции.

По инициативе регионально-го совета сторонников партии «Единая Россия» и по поручению губернатора Алтайского края Виктора Томенко такие осмотры были организованы в ЗАТО Сибирский и Алейске, где располагаются крупные воинские части. В работе были задействованы сотрудники поликлиник Первомайской и Алейской районных больниц и специалисты краевых медицинских учреждений.

Приём вели оториноларингологи, кардиологи, неврологи, офтальмологи, урологи, эндокринологи, маммологи, травматологи – всего

около 20 специализаций. Чтобы не было очередей, каждой семье участника СВО назначили удобное время, кого-то отпросили с работы. В состав выездных бригад также включили медицинских психологов, они оказывали помощь родственникам погибших или пропавших без вести бойцов.

«Семьи погибших или пропавших без вести длительное время находятся в стрессе, и мы стараемся максимально им помочь. Приглашали заранее, распределили по времени, чтобы людям было удобно и комфортно. Выполняем любую диагностику, при необходимости тут же направляем в краевые медучреждения», – рассказывает главный врач Первомайской ЦРБ Жанна Бубнова.

Помимо врачей в Алейске и ЗАТО Сибирский выезжали социальные работники, специалисты территориального фонда ОМС. Они уточняли, в какой помощи нуждаются семьи участников СВО.

Всего в ЗАТО Сибирский в акции «Медицинский десант» участвовали порядка 40 взрослых и детей – членов семей мобилизованных и добровольцев. В Алейскую ЦРБ на приём к врачам из Барнаула, в том числе к детским специалистам, записались 40 взрослых и 26 детей. В основном это жёны, дети и родители военнослужащих войсковой части 41 659.

Елена ОСТАПОВА.  
Барнаул.

Перемены

## Предсменные и предрейсовые осмотры — дистанционно

Минздравом России разработан проект постановления Правительства РФ об особенностях проведения медицинских осмотров в течение рабочего дня (смены), предсменных, предрейсовых, послесменных, послерейсовых медицинских осмотров дистанционным способом с применением соответствующих медицинских изделий, во исполнение Федерального закона № 629-ФЗ от 29.12.2022 «О внесении изменений в статью 46 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и статьи 23 Федерального закона «О безопасности дорожного движения».

В рамках медосмотра с использованием медицинских изделий, обеспечивающих автоматизированную дистанционную передачу информации о состоянии здоровья работников, осуществляется проведение визуального осмотра, общая термометрия, измерение артериального давления на периферических артериях, исследование пульса и количественного определения алкоголя в выдыхаемом воздухе. При этом проведение медосмотров работников дистанционным способом не отменяет традиционных медицинских осмотров и является правом работодателя альтернативно выбирать разные

их формы для водителей транспортных средств.

Соответствующий проект постановления Правительства РФ «Об установлении особенностей проведения медицинских осмотров с использованием медицинских изделий, обеспечивающих автоматизированную дистанционную передачу информации о состоянии здоровья работников и дистанционный контроль состояния их здоровья», размещенный на портале нормативных правовых актов, предусматривает особенности проведения дистанционных медицинских осмотров; необходимость проведения визуального осмотра работника; требования к указанным медицинским изделиям, их поверке и программному обеспечению, позволяющему исключить возможность фальсификации данных медицинского осмотра; возможности формирования соответствующих реквизитов путевых листов, в том числе в форме электронного документа; требования к медицинским работникам, проводящим медицинский осмотр.

Так, согласно проекту, программное обеспечение, входящее в состав медицинского изделия, должно быть включено в Единый реестр российских и евразийских программ для электронных вычислительных машин и баз данных. Медработник, проводящий осмотр, должен иметь высшее или среднее профессиональное

медицинское образование и, кроме того, пройти программу повышения квалификации по организации и порядку проведения медосмотров с использованием цифровых технологий.

Осмотры проводятся только с использованием медицинских изделий, зарегистрированных в установленном законом порядке. Дистанционные медосмотры работников позволяют фиксировать и сохранять сведения об их результатах (объективные данные, медицинские показатели работника, сведения о месте и времени проведения медицинского осмотра, данные о медработнике), которые в настоящее время не хранятся. Данные результаты будут доступны медицинским организациям и позволят своевременно и более оперативно выявлять развитие профессиональных заболеваний у работников соответствующих сфер деятельности.

Идентификация личности работника, а также сбор, хранение и передача персональных данных по защищенным каналам связи осуществляется в соответствии с законодательством РФ в области персональных данных, с соблюдением врачебной тайны.

Благодаря строгим требованиям к медицинским изделиям и программному обеспечению возможность фальсификации данных исключается, отметили в пресс-службе Минздрава России.

Игорь НАУМОВ.

Ситуация

## Мобильный госпиталь пострадавшим при землетрясении в Сирии

В Сирию по поручению Президента РФ направлен мобильный многопрофильный госпиталь Федерального центра медицины катастроф Минздрава России.

Груз доставил военно-транспортный самолет «Руслан» Минобороны России. Также в арабскую республику направлена мультидисциплинарная бригада медиков: хирурги, травматологи,

анестезиологи, инфекционисты, врачи УЗИ-диагностики, средний медперсонал.

— Мы постоянно расширяем взаимодействие с коллегами из Сирии и готовы оказать им необходимую помощь и поддержку. В ближайшее время около 40 медицинских специалистов по поручению министра отправятся в Сирию для оказания медпомощи пострадавшим, — сказал помощник министра здравоохранения России Алексей Кузнецов.

Вместе с мобильным госпиталем в страну направлена гуманитарная помощь — 15 тонн медикаментов, медицинского оборудования и предметов первой необходимости. Гуманитарная помощь собрана Минздравом России совместно с сирийским посольством в Москве.

Ранее аэромобильный госпиталь МЧС России был развернут в городе Кахраманмараш в Турции, наиболее пострадавшем от землетрясения. В эту страну также была направлена бригада травматологов, нейрохирургов, хирургов, детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов из ведущих федеральных медицинских центров Минздрава России, оказавшая помощь более чем 800 раненых.

Юрий ДАНИЛОВ.

Решения

## В новых регионах вступил в силу закон об охране здоровья

С 1 марта сфера здравоохранения в новых регионах РФ регулируется новым Федеральным законом «Об особенностях правового регулирования отношений в сферах охраны здоровья, обязательного медицинского страхования, обращения лекарственных средств и обращения медицинских изделий в связи с принятием в Российскую Федерацию Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области».

Закон устанавливает порядок оказания медицинской помощи; даёт право Минздраву России установить особенности проведения медицинских осмотров, освидетельствований и экспертиз; даёт право субъектам в течение года самостоятельно устанавливать особенности лицензирования

медицинской и фармацевтической деятельности; допускает производство лекарственных средств и медицинских изделий на основании разрешительных документов, выданных на территории новых субъектов; регулирует порядок финансового обеспечения оказания медицинской помощи гражданам, проживающим на новых территориях.

За медиками, педагогическими и научными работниками сохраняется возможность осуществлять медицинскую либо фармацевтическую деятельность на основании ранее выданных на новых территориях документов об образовании до истечения срока их действия. В дальнейшем специалисты должны пройти аккредитацию в установленном законодательством РФ порядке. Закон позволит обеспечить защиту прав граждан на оказание медицинской помощи, обеспечение лекарствами и медицинскими изделиями.

Владимир ЧЕРНОВ.

Проекты

## Ординаторы второго года обучения укрепят кадровый потенциал

Минздрав России по поручению Президента РФ разработал законопроект о внесении изменений в статью 69 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Законопроект предполагает возможность допускать к медицинской деятельности в качестве врачей-стажёров ординаторов второго года обучения, что повысит кадровый потенциал системы здравоохранения. Должность врача-стажёра предусмотрена номенклатурой должностей медицинских и фармацевтических работников, утверждённой Минздравом России.

Обучающиеся в ординатуре врачи уже получили высшее образование по одной из спе-

циальностей (например, «педиатрия» или «лечебное дело»), прошли процедуру первичной аккредитации, поэтому обладают достаточной компетенцией для оказания медицинской помощи. Допуск к профессиональной деятельности в качестве врачей-стажёров, кроме всего прочего, позволит ординаторам второго года получить опыт работы в практическом здравоохранении, что, безусловно, повысит уровень компетенции выпускников медицинских вузов.

На сегодняшний день в подведомственных Минздраву России образовательных организациях проходят обучение 41,6 тыс. ординаторов, сообщили в пресс-службе министерства.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

Ну и ну!

## Санкции против Рошала — кощунство

Официальный представитель МИД России Мария Захарова расценила как кощунство внесение хирурга Леонида Рошала в санкционный список Евросоюза.

Евросоюз ввёл в действие 10-й пакет санкций против России. Ограничения затронули 87 физических и 34 юридических лица. В чёрный список попал и знаменитый детский хирург.

«Доктор Рошаль в санкционном списке — это как Айболит в заложниках у пиратов. Чем объяснить подобное? Невежеством западников? Возможно. Злобой и ненавистью? И это возможно», — написала М.Захарова в своём Телеграм-канале. — Подобное кощунство должно окончательно продемонстрировать, где свет, а где тьма, считает она.

Рошаль стал первым директором (в настоящее время президент) московского НИИ неотложной детской хирургии и травматологии. Он также является президентом Национальной медицинской палаты, президентом Международного благотворительного фонда помо-

щи детям при катастрофах и войнах. Первым в мире инициировал создание мобильных специализированных хирургических бригад для оказания помощи детям в горных точках. Участвовал в спасении детей, пострадавших во время землетрясения в Армении, в оказании помощи детям Алжира, Гаити (после землетрясений), Грузии, Башкирии (после железнодорожной катастрофы), Египта, Индии, Индонезии, Пакистана, Японии, военных конфликтах в Югославии, Нагорном Карабахе, Газе. Он вёл переговоры с террористами во время террористического акта на Дубровке: благодаря его участию из здания Театрального центра были выведены восемь детей, а заложникам были переданы вода и медикаменты.

Леонид Рошаль был награждён орденом Мужества, орденом «За заслуги перед Отечеством» IV степени. Он был удостоен ряда иностранных государственных и общественных наград. В 1995 г. журналисты назвали его Детским доктором мира.

Павел БАЛАГИН.

Криминал

## Избил двух фельдшеров

В Саратове 38-летний мужчина избил до сотрясения мозга двух женщин-фельдшеров скорой медицинской помощи, сообщает в Телеграм-канале МВД региона.

«Скорая» была вызвана на дом для оказания помощи женщине. Когда медики прибыли на вызов, нетрезвый сын пациентки вёл себя агрессивно и нанёс им телесные повреждения, сообщили в полиции.

Министр здравоохранения области Олег Костин сообщил, что одну из фельдшеров мужчина бил по лицу, у неё диагностированы ушибы мягких тканей лица. У обеих пострадавших, предположительно, диагностировано сотрясение головного мозга. Они доставлены в областную клиническую больницу. Также, по данным министра, злоумышленник сломал аппарат для проведения ЭКГ.

Мужчина был доставлен в районное отделение полиции. Следователи возбудили уголовное дело по ст. 116 УК РФ («Побои»), выясняются все обстоятельства случившегося. Как сообщили в управлении Следственного комитета РФ по Саратовской области, председателю СК Александру Бастрыкину представили доклад о проверочных мероприятиях по этому факту.

Министерство здравоохранения области сообщило, что с начала 2023 г. в области зафиксировано значительное увеличение числа случаев нападений пациентов на медработников. В связи со сложившейся ситуацией губернатор Роман Бусаргин поручил министерству разработать схему страхования врачей и фельдшеров.

Фёдор АЛЕНИН.

### Задачи военного времени

– **Дмитрий Анатольевич, по вашей оценке, как быстро и насколько грамотно гражданский сектор российского здравоохранения включился в решение военных задач и стал помогать армейской медицине? И насколько интенсивно сейчас идёт адаптация освобождённых территорий к мирной жизни в плане медицинской помощи?**

– На первый вопрос отвечу так: я ставлю оценку «хорошо». Конечно, хотелось бы включиться немножко пораньше, но в целом нормально.

Что касается налаживания мирной жизни, здесь тоже могут оценить работу на «хорошо». Врачебные бригады из «старых» российских регионов выезжают в «новые» регулярно, закрывают там пробелы в тех видах медицинской помощи, в которых есть высокая потребность. Параллельно субъекты РФ на подшефных территориях занимаются восстановлением не только дорог и домов, но и лечебных учреждений. Это, кстати, одна из самых острых проблем – восстановление пострадавших зданий больниц. Стоит собрать на объекте большое число рабочих, как туда сразу же лупит артиллерия с вражеской стороны. Там всё отслеживается, информация моментально передаётся, такова объективная реальность. То же самое с передвижными поликлиниками: противник, как только узнаёт о скоплении медиков, начинает охоту...

Вот такая обстановка, таковы объективные мешающие факторы. Тем не менее у нас многое получается.

Правда, в плане оказания хирургической помощи хотелось бы быстрее переходить от исключительно экстренной к сугубо плановой везде, включая прифронтовые территории. Сейчас она там оказывается в усечённом формате. Понятно почему: рядом, в двух шагах, зона боевых действий, работает артиллерия со стороны противника, и через день случаются «прилёты», это накладывает свои особенности на организацию оказания медицинской помощи населению. В тех территориях, которые далеко от линии соприкосновения, восстановление мирной системы здравоохранения идёт быстрее. Там провалов по лекарственному обеспечению уже нет. В тех местах, которые ближе к фронту – особенно Лисичанск, Северодонецк, Рубежное, Кременная, – пока сложнее, хотелось бы здесь тоже побыстрее обеспечить жителей и лечебные учреждения всеми необходимыми лекарствами.

Диспансеризацию детского населения на новых территориях уже провели, и это здорово. Теперь ко «взрослой» надо приступать. В принципе, все задачи решаемы и надо форсировать время, прилагать усилия. Мы ведь туда пришли не для того, чтобы просто постоять в сторонке и посмотреть, как они там сами со своими проблемами справляются будут. Люди на наших новых территориях должны почувствовать разницу между тем, как у них было прежде и как станет теперь, и разница должна быть в нашу пользу.

– **Сейчас на новых территориях есть острая потребность в каких-то определённых врачах-специалистах, как это было год назад: тогда были очень нужны хирурги, анестезиологи, травматологи?**

– В конкретные моменты требуются многие, но теперь мы научились быстро реагировать, когда где-то возникает оперативная необходимость в специалистах. Пока шла в массовом формате детская диспансеризация, нужны были детские специалисты. Тогда мы окулистов,

лоров, хирургов быстро из наших регионов подтянули, луганчан привлекли. После выполнения задачи часть из них уехала, часть осталась работать.

Есть и добровольцы-медики, которые приезжают по своему желанию, но уже не такое большое число, как было в самом начале СВО. В массовом волонтерстве нужды сегодня нет, поскольку по мере необходимости мы формируем разные бригады специалистов, они выполняют локальные задачи и затем воз-

ставлялось российское медицинское оборудование. Что касается системы финансирования, есть там и страховая медицина, но в основном финансирование лечебных учреждений целевое из бюджета, как было в Советском Союзе.

Другая история – территории Запорожской и Херсонской областей, бывшая самая что ни на есть Украина. Там модель системы здравоохранения была ближе к западной, она страховая, с акцентом на семейного врача,

гепатитам, сердечно-сосудистым заболеваниям.

В целом по объёму госгарантий, по социальному пакету льготников у нас в стране точно лучше. Там к тому же было смещение в сторону коммерческой составляющей, вплоть до того, что врач за свой счёт покупал необходимое оборудование, а затем компенсировал затраты из карманов пациентов. И население приучено к тому, что за всё надо платить. Поэтому когда они обращаются к нашим медикам за помощью, а затем

их прямо в прифронтовой зоне, в больничном подвале – так безопаснее. Потом съездили в Питер на кафедру военно-полевой хирургии ВМА им. С.М.Кирова, где обсудили вопросы подготовки хирургов по разделам военно-полевой хирургии и хирургии повреждённых. Особый акцент на психологическую и медицинскую реабилитацию не только военных, но и гражданского населения.

Так что у нас большие планы по обобщению полученного опыта и публикации материалов. Необхо-

### Авторитетное мнение

**Дмитрий ХУБЕЗОВ:**

# «Надо учиться работать вдолгую»

Законы, касающиеся здравоохранения, должны быть нацелены на перспективу



**Председатель Комитета Госдумы по охране здоровья, доктор медицинских наук, профессор Дмитрий ХУБЕЗОВ Указом Президента России награждён орденом Мужества.**

Первые 8 месяцев он координировал в зоне специальной военной операции работу врачей-волонтеров, сам работал в операционной. Уезжал туда на несколько дней, затем возвращался обратно в свой рабочий кабинет на Охотном ряду и скоро вновь ехал назад, потому что понимал: там сейчас труднее всего, нужно помогать. Когда была объявлена частичная мобилизация, Дмитрий Хубезов первым из депутатов Госдумы «надел погонь»: пошёл в военкомат и записался добровольцем. Больше 3 месяцев пробыл на фронте безвылазно, служил в прифронтовом военно-полевом госпитале на территории Луганской Народной Республики. Оперировал раненых бойцов, которые поступали прямо с поля боя, и мирных граждан, пострадавших во время артобстрелов.

Недавно срок контракта закончился, профессор Д.Хубезов снял камуфляж и надел деловой костюм. Его опять невозможно застать на месте, у него масса дел. Поэтому, когда встреча для интервью «Медицинской газете» всё-таки состоялась, хотелось задать как можно больше вопросов на самые разные темы. Так бывает: людей вокруг много, а поговорить о важном можно и хочется только с одним человеком.

вращаются домой. Я полагаю, не совсем правильно пользоваться трудом врачей-волонтеров бесплатно, когда специалисты, приезжающие по разнарядке от территорий-шефов, получают очень хорошие зарплаты в этих командировках. Это что касается работы в гражданском секторе здравоохранения.

В военных госпиталях после частичной мобилизации врачевных рук хватает.

– **Рано или поздно СВО закончится нашей победой и надо будет встраивать системы здравоохранения новых территорий в российскую систему, адаптировать к нашим правилам. Как вы думаете, насколько просто или сложно будет это сделать?**

– Встраивание и адаптация уже начались, Федеральный закон «Об особенностях правового регулирования отношений в сферах охраны здоровья, обязательного медицинского страхования, обращения лекарственных средств и обращения медицинских изделий в связи с принятием в Российскую Федерацию Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области» в феврале 2023 г. принят Думой и подписан Президентом России.

Просто ли будет это сделать? Не совсем, ведь по факту мы имеем две ситуации. Одна – Луганская и Донецкая республики, которые все последние годы были уже в тесной связи с Россией. Там была относительно налажена система лекарственного обеспечения населения, туда по-

хотя узкие специализации они всё равно сохраняли.

Задача непростая – привести здравоохранение всех субъектов РФ к общему знаменателю. Поскольку объективные обстоятельства сдерживают, невозможно в одночасье копировать в новых субъектах российскую систему ОМС, поэтому там сейчас обкатывается в качестве эксперимента модель страховой медицины без страховых компаний. Их функции на себя берут территориальные фонды ОМС. Интересно будет посмотреть результаты, а вдруг и вправду окажется, что система ОМС может устойчиво работать в таком варианте?

– **Системы бесплатной высокотехнологичной медицинской помощи, льготного лекарственного обеспечения у них были?**

– Если у нас более 800 наименований ЖНВЛП, то у них немногим более 350, из которых около 100 отпускаются пациентам бесплатно, а другие с небольшой доплатой. Отдельным списком представлен инсулин, в льготном обеспечении около 70 позиций этого препарата в разной дозировке и форме выпуска, однако лишь 60% из них отпускается бесплатно, за остальные позиции нужно доплатить. Что касается льготного лекарственного обеспечения в бывших украинских, а теперь российских регионах, в педиатрии лекарства предоставлялись детям бесплатно только по 5 нозологиям. Поэтому нужно как можно быстрее завести туда нашу систему льготного лекарственного обеспечения, в том числе по онкологии, ВИЧ-СПИДу,

интересуются, как отблагодарить, слышат два варианта ответа: просто скажите «спасибо», либо «большое спасибо», никаких подарков.

– **Что касается подготовки кадров: Луганский и Донецкий медуниверситеты – мощные вузы со своими традициями. Готовы ли они тоже встраиваться в общую российскую образовательную систему?**

– С обоими университетами я знаком очень хорошо. Донецкий ещё в эпоху СССР был крутой, и сейчас таким остаётся, в частности, уровень подготовки по микрохирургии, нейрохирургии не уступает московским и питерским медуниверситетам. В Луганском обучалось на коммерческой основе много иностранных студентов, почти все преподаватели кафедр в совершенстве владели английским языком, а это показатель высокого уровня.

Думаю, проблем с их вступлением в наше образовательное пространство не будет, тем более что мы с коллегами из Луганского медуниверситета уже ведём совместные научные исследования, выходят общие статьи.

– **Во время военных событий вы находите время ещё и для научных исследований и статей? Когда успеваете?**

– Как раз сейчас мы с донецкими и луганскими коллегами активно начали публиковать материалы о хирургии повреждённых сосудов, ранений кишечника, торакоабдоминальных ранений. На днях выложили в интернете первые материалы видеоатласа по военно-полевой хирургии. Записывали

димность в этом обусловлена тем, что нынешняя война отличается от всех предыдущих – в Афганистане, Чечне, Сирии. Повреждения в принципе другие и по характеру, и по тяжести. Раньше преобладали пулевые ранения либо небольшие осколочные, не от «хаймеров». Теперь они намного тяжелее. Поскольку сразу всех раненых эвакуировать в Москву нереально, оперируем тяжёлых здесь же, рядом с линией соприкосновения. В целом сортировка раненых и этапность оказания помощи налажены, система оказания медицинской помощи работает чётко, как конвейер.

### Задачи мирного времени

– **Есть ли какое-либо объяснение, почему так неспешно идёт процесс по возвращению военных кафедр в вузы? Казалось бы, очевидная необходимость. И по отмене формулировки «медицинская услуга» тоже, казалось бы, всё понятно, все согласны, а движения нет.**

– Начнём со второго. Понимание, что формулировка «медицинская услуга» в отношении врачебной работы неуместна, есть. По большому счёту все, от кого зависит такое решение, – медицинское сообщество, Правительство, Госдума – едины во мнении, что врачебная деятельность не может приравниваться к оказанию услуг. Проведя терминологическую замену, государство говорит врачебному сообществу, что уважает его труд. Осталось только договориться, каким именно образом будет проведена замена.

Один из вариантов – внести поправку в Федеральный закон № 323-ФЗ, согласно которой понятие «медуслуга» будет использоваться исключительно для финансовых расчётов объёмов оказания медицинской помощи и её оплаты. Другое предложение – раз и навсегда полностью убрать словосочетание «медицинская услуга» из законодательства, чтобы его вообще нигде не было, даже в финансовых документах, а для тарификации медицинской помощи предложить какой-то другой термин.

В то же время нет ясности, произойдёт ли напрямую декриминализация ятрогенных преступлений после замены «услуги» на «помощь», а это не менее важная



**Медицинские работники обязаны быть профессионалами своего дела. Это утверждение относится и к тем, кто управляет отраслью здравоохранения, в том числе и фондами обязательного медицинского страхования в регионах, прокладывая мостик между пациентами и её работниками. Из этой когорты и директор территориального фонда ОМС Омской области Владимир СПИНОВ. Путь в медицину которого был предопределён с детства.**

В трудовой династии Спиновых четыре поколения медицинских работников. Видя их труд, как каждый день они спасают чьи-то жизни, помогают людям, юный Володя принимает решение стать врачом. Окончив Омский государственный медицинский институт по специальности «лечебное дело», он прошёл профессиональный путь от санитаря до главного врача, талантливого организатора здравоохранения – директора ТФОМС. И всегда стремился выполнять свою работу хорошо. Выбор профессии определил смысл его жизни.

На протяжении 43-летней работы в здравоохранении Владимир Иванович не раз доказывал свою нужность родному краю. Ещё будучи студентом, начал работать санитаром в Иртышской центральной бассейновой клинической больнице (больница Водников). В 1979 г. был принят терапевтом, затем набирался опыта в Сургутской линейной поликлинике, совмещая работу терапевта и врача скорой помощи. А в 26 лет он уже заместитель главного врача по поликлинике больницы Водников. Под его непосредственным руководством был построен и введён в эксплуатацию новый физиотерапевтический корпус и открыта современная Бассейновая стоматологическая поликлиника.

Следующий шаг в профессии – заведующий плавучей поликлиникой «Здоровье», где в составе бригады оказывал высококвалифицированную, специализированную медицинскую помощь населению в северных отдалённых районах Омской и Тюменской областей. Проведение профилактических медицинских осмотров обеспечивало раннее выявление и своевременное лечение заболеваний у речников, работающих в отрыве от основных баз, на значительном удалении от лечебно-профилактических учреждений бассейна. Север закалил характер, научил не бояться трудностей, самостоятельно принимать решения.

В дальнейшем молодой врач-практик и талантливый организатор В.Спинов вводит в эксплуатацию санаторий-профилакторий «Меркурий» и руководит поликлиникой завода СК, внедряя со-

временные методы диагностики и лечения, укрепляя материальную базу поликлиники, укомплектовывая её кадрами врачей и средним медицинским персоналом.

Затем в должности главного врача городской поликлиники № 4 благодаря неугасшему желанию

занимался решением самых острых жизненных вопросов. Именно 10-летний депутатский опыт и готовность прийти на помощь каждому позволили ему в 2019 г. избраться в Законодательное собрание и заниматься проблемами наиболее удалённых, труднодоступных северных районов области. А их было немало: нехватка медицинских учреждений и медперсонала; изношенность водопроводных и тепловых сетей, водонапорных башен и скважин; плачевное состояние межпоселковых автомобильных дорог. А итог его усилий – всегда находил

получение бесплатной и качественной медицинской помощи. Количество проведённых экспертиз увеличилось в 2 раза, размер финансовых санкций, которые стали дополнительным источником финансирования отрасли здравоохранения, – в 1,5 раза.

застрахованным. Разработаны и успешно внедрены в работу ТФОМС и страховых медицинских организаций алгоритмы проведения тематических и мультидисциплинарных экспертиз, способствующих повышению качества медицинской помощи. Общее количество экспертиз ежегодно достигает полумиллиона.

Всё это позволяет оперативно решать совместно с областным Министерством здравоохранения актуальные задачи по реализации национальных проектов «Демография» и «Здравоохранение» на территории области. Создаются совместные алгоритмы работы по планированию и выполнению профилактических мероприятий, медицинской реабилитации, специализированной помощи пациентам онкологического и сердечно-сосудистого профиля, которые позволяют делать медицинскую помощь в регионе более доступной и качественной, применять новые экономически эффективные способы оплаты медицинской помощи для обеспечения финансовой стабильности сферы ОМС. А итогом его усилий в организации системы обязательного медицинского страхования являются многочисленные статьи, монографии и методические рекомендации, которые нашли практическое применение в Омском здравоохранении.

Многолетний труд Владимира Ивановича отмечен многими наградами, почётными грамотами, памятным знаком, благодарностями. В их числе Благодарность Министерства здравоохранения РФ, почётные грамоты Министерства здравоохранения и социального развития РФ, администрации Омска, медаль правительства Омской области «Омск. 300-летие», памятные знаки ФОМС «За заслуги в сфере обязательного медицинского страхования в Российской Федерации», «25 лет обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации», Благодарность Президента России.

Профессия врача для Владимира Ивановича – это не просто профессия, а миссия, постоянное живое общение с людьми и стремление им помочь. Они доверяют ему самое дорогое – здоровье и жизнь. Какие бы трудности ни встречались на пути этого неординарного человека, каких бы высот он ни достиг, он всегда остаётся врачом, считая, что всей жизнью надо доказать, чего мы стоим на Земле... По его мнению, любой руководитель не должен чувствовать полной удовлетворённости своей работой, а должен считать, что можно сделать ещё что-то лучше. Главное – держать руку на пульсе времени.

Галина ПАПЫРИНА,  
корр. «МГ».

Наша коллега

## Все силы отдавая делу медицины

Постоянно общаясь с людьми и стремясь им помочь



создавать и совершенствовать вывел её в лидеры амбулаторной службы области с высокими показателями первичной и специализированной медицинской помощи. В трудные постперестроечные годы ему удалось сохранить главное – уникальный коллектив профессионалов, с которым проработал бок о бок 12 лет. Тогда же стал победителем конкурса «Лучший врач года» в номинации «Лучший руководитель медицинского учреждения» Омской области. Имя В.Спинова занесено в энциклопедию «Лучшие люди России».

Как и положено врачу, Владимир Иванович всё время учился – прошёл двухгодичное очно-заочное обучение в Центре правовых и экспертных проблем медицины в Москве по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» с присвоением ему квалификации юриста системы здравоохранения. В 2002 г. ему присуждена учёная степень кандидата медицинских наук, а через 3 года – почётное звание «Заслуженный врач РФ». Но самая ценная награда – из-

людей не только словом, но и делом. Главное в его работе – не обещать, а сделать, даже то, чего не обещал.

Теперь в статусе директора ТФОМС уже 10 лет рука об руку со своей командой помогает развивать здравоохранение области. Владимир Иванович чётко осознал, что ОМС – это экономический стержень, основа здравоохранения и именно здесь он сможет помочь гораздо большему количеству людей, принимая непосредственное участие в реализации мероприятий по повышению качества и доступности медицинской помощи. Так, за 10 лет работы финансирование территориальной программы ОМС увеличилось вдвое, что позволило внедрять самые передовые технологии диагностики и лечения омичей, повысить доступность медицинской помощи. В этот период расходы на высокотехнологичную медицинскую помощь возросли в 4 раза. Под его руководством успешно решаются задачи, поставленные правительством области по защите прав застрахованных на

При непосредственном участии директора территориального фонда ОМС осуществлён успешный переход системы здравоохранения области на современные, экономически эффективные способы оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров по клинико-статистическим группам и финансирование амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по подушевому нормативу. Большая инновационная работа была проведена по информатизации здравоохранения. Ведётся постоянный мониторинг выполнения медицинскими организациями государственного задания в рамках программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению. В работу медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, внедрён единый информационно-технический портал, позволяющий осуществлять персонализированный учёт выбора гражданами медицинских организаций и врача первичной медико-санитарной помощи; программный комплекс «Диспансеризация» для персонализированного планирования и учёта результатов профилактических мероприятий. Все бюджетные учреждения здравоохранения работают на информационном портале ТФОМС. В 2016 г. налажена обратная связь с застрахованными лицами посредством создания на базе территориального фонда многофункционального контакт-центра, позволяющего с высокой эффективностью осуществлять своевременную защиту прав и интересов граждан, тысячи из которых получили квалифицированную помощь в ответ на свои обращения. Под его руководством была сформирована эффективная система экспертного контроля оказания медицинской помощи

### Тенденции

**Научно-производственный центр «Фармзащита» ФМБА России получил лицензию на производство лекарственных средств для медицинского применения в соответствии с Правилами надлежащей производственной практики Евразийского экономического союза (ЕАЭС), обязательными для всех производителей лекарственных средств государств-членов союза.**

Внедрённые стандарты GMP на всех этапах производства продукции открыли перспективы для импортозамещения и вывода лекарственных средств на международные рынки.

Помимо этого НПЦ «Фармзащита» получили сертификаты соответствия производителя лекарственных средств для медицинского применения требованиям Правил надлежащей производ-

## Перспективы импортозамещения



ственной практики (Сертификат GMP ЕАЭС).

«Успешное завершение процедур лицензирования и сертификации гарантируют высокое качество продукции НПЦ «Фармзащита», которая ориентирована на обеспечение потребностей государства и силовых ведомств. Лицензия подтверждает соответствие уникальных лекарственных средств, выпускаемых центром, самым высоким международным стандартом, что открывает новые возможности для импортозамещения и предотвращения дефектуры фармацевтической продукции», – отметил руководитель ФМБА России Вероника Скворцова.

Как рассказал руководитель НПЦ «Фармзащита» ФМБА Рос-

сии Константин Филин, полученная лицензия гарантирует высокие требования к продукции учреждения: «Получение лицензии подтверждает, что вся продукция НПЦ «Фармзащита» произведена в соответствии с высокими требованиями союза в области контроля качества с использованием принципов управления рисками в отношении безопасности, качества и эффективности продукции. Соответствующие сертификаты гарантируют стабильное качество продукции, не зависящее от внешних факторов, и обеспечивают возможность вывода продукции учреждения на международные рынки».

Иван ГЕОРГИЕВ.

(Окончание. Начало на стр. 1)

Жизнь резко поменялась в 2008 г., я с головой ушла в практическое здравоохранение, начав работать в городской клинической больнице № 20 (сейчас ГКБ им. А.К.Ерамишанцева). Сначала заведовала отделением патологии беременности, а потом – отдельно стоящим московским роддомом № 11.

Сейчас являюсь заместителем главного врача по акушерско-гинекологической помощи Мытищинской ГКБ. У нас большая служба – четыре женские консультации, перинатальный центр второго уровня и гинекологическое отделение на 50 коек.

**– Вы уже накопили большой научный и практический опыт. Как бы вы определили, что такое акушерство и кто такой акушер?**

– Акушерство – это не совсем и не только медицина. Беременность и роды – это в первую очередь процессы физиологические. Как бы ни была сейчас организована медицинская помощь с многочисленными визитами к врачу, со сдачей анализов, тем не менее это физиология. Другая наша особенность: в настоящее время нет профессии более радикальной и выжидательной, чем акушерство. С одной стороны, с учётом наличия технологий выхаживания новорождённых детей, мощного анестезиолого-реанимационного обеспечения – если что-то угрожает жизни матери или малыша, то мы не думаем о сроке, а просто идём спасать. С другой стороны, когда всё хорошо, то мы готовы максимально ждать, пока самостоятельно начнутся роды, не вмешиваемся.

А вот кто такой акушер? Это почти чекит: холодная голова, горячее сердце, крепкие, но заботливые руки. Акушерство – возрастная профессия, нужны хотя бы 10 лет стажа, прежде чем по-настоящему поймёшь, где ты работаешь и за что отвечаешь. Здесь требуется постоянное пополнение знаний и опыта. По моему мнению, у акушера обязательно должны быть свои дети – только тогда понимаешь всю меру ответственности.

**– Тогда поговорим о второй важной составляющей хорошего акушера – своих детях.**

– У меня двое детей: сыну 18 лет, дочке – 12. Если вторые роды – это осознанное материнство, то с сыном было очень страшно, хотя я его и родила в достаточно зрелом возрасте. В тот момент очень ругала себя – всегда занималась женщинами, а надо было смотреть, как обращаются с детьми. Когда нас выписали домой, первое время пребывала в шоке. Ужасно боялась брать его на руки, он казался мне невероятно хрупким. Первый раз стригла ему ногти – порезала пальчик, рыдала вдвоём. Его младенчество мне далось сложно. А вот с дочкой было всё органично – я была уже взрослым доктором и состоявшейся матерью. Просто наслаждалась этим периодом.

Когда появляются свои дети, ты очень отчётливо представляешь себя на месте пациентки. Лечебной

тактики это не изменит – есть стандарты, а вот выбрать правильный стиль общения, найти, что сказать, как поддержать – поможет.

**– Вы занимались своей карьерой, а на детей время оставалось?**

– Вспоминаю такой случай. Была на юбилее у коллеги. Произносили разные тосты. И дошла очередь до сына юбиляра, он встал и сказал:

действительно не до сантиментов, потому что это высокий уровень, это технологии. А у нас по-другому. Женщина идёт туда, где её любят и ждут. Она выбирает не стены и обстановку, а руки и сердце.

**– Обычно врачи желают своим пациентам не болеть и как можно реже приходить в поликлинику. Но в вашей специальности всё наоборот.**

## Признание

# Рождение ребёнка — это чудо

«Я очень люблю свою маму. Но вырастила меня собака». Детям врачей приходится тяжело. Например, если весь класс болеет, то они до последнего будут ходить в школу. Их либо не с кем оставить, либо, например, оперирующему хирургу болезни кажутся не настолько серьёзными, чтобы пропускать занятия.

Пойдут ли дети по моим стопам? Я не подталкиваю и не ориентирую, потому что медицина – это призвание. С этим надо родиться. По крайней мере, все люди, которые попадались на моём профессиональном пути, были со мной одной неспокойной крови.

А дети видят изнанку профессии – ночные звонки, отсутствие выходных и праздников, безмерную усталость и отчаяние при потерях... При всех прочих равных профессия врача – это некое самоотречение, к которому не все готовы.

**– О вашей внимательности в Телеграм-канале перинатального центра молодые мамочки пишут достаточно часто. Да и на многие вопросы вы отвечаете лично. Как вы находите время на всех пациентов?**

– А как по-другому? Вот буквально сейчас, перед нашим разговором, девочка пришла на приём с определёнными жалобами. Видно, что она растеряна. Ей надо госпитализироваться, но с учётом заболевания – не в роддом, а в хирургический корпус нашей больницы. Позвонила в приёмное отделение, рассказала про пациентку заведующему профильным отделением, попросила максимально оперативно оформить и осмотреть. Родильный дом на территории больницы существует уже более полувека, никто никогда не отказывает, но я всё равно за всех волнуюсь.

**– А у врача не должна быть холодная голова, чтобы не привязываться к пациенту, чтобы принимать чёткие решения?**

– Есть «большая медицина» – это, в частности, нейрохирургия, кардиохирургия, где трудятся крупные учёные-хирурги. Там

действительно, родильный дом – это не больница. К нам возвращаются с радостью. У меня есть любимая английская поговорка – рука, качающая колыбель, – это рука, которая правит миром.

В нашем мире женщине живётся непросто. Особенно нагрузка ощущается, когда она собирается стать матерью. С одной стороны, реализуется совершенно беспрецедентный государственный проект по демографии – выделяются миллиарды рублей. Такой поддержки семьи со стороны государства не было никогда. С другой стороны, жёсткий общественный прессинг. Женщина всегда рождает не вовремя, как говорится. Если рано, говорят, зачем – она не успеет выучиться. Если поздно, зачем – не успеет вырастить ребёнка. Если родила одного ребёнка – это мало, «эгоистка, ему будет скучно». Если пятерых – «зачем плодить нищету»... Но беременные или мамы с малышами – это наше будущее, поэтому надо быть к ним доброжелательными в любой ситуации.

Я на протяжении всей своей профессиональной деятельности, да и просто по жизни восхищаюсь женской стойкостью, универсальностью женского организма и волей к жизни. Моя профессия чудесна, потому что бесконечна, женщины продолжают рожать детей, несмотря ни на что.

**– Вы сказали, что на своём уровне стараетесь облегчить жизнь будущим мамочкам. Есть ли у вас примеры нестандартного подхода к пациенткам?**

– Есть очень дорогое для меня воспоминание. Это было одно из первых самостоятельно принятых решений и одна из первых профессиональных удач. Как-то в разгар рабочего дня ко мне в кабинет вошла молодая женщина. Присмотрелась, узнала, улыбается и говорит: «Да, это вы! Богданчик, заходи». Богданчик оказался крупным мальчиком, снисходительно поглядывал на нежно воркующую мамашу и откровенно ждал, когда это закончится и он сможет вернуться к своему гаджету. А мама

не унимается: «Смотри, сынок, эта тётя тебя родила. Вы конечно же помните нас с Богданчиком? Ведь вы мне кровью клялись, что я на операции не умру».

А дело было так: испуганную, зарёванную девочку привезла «скорая», в Москве она проездом, едет рожать к маме в Киев, муж – военнослужащий. Срок родов миновал неделю назад, но билетов не было,

крытыми – это важное изменение в нашей работе. Мы ждём на роды обоих родителей! Роды – семейное дело. Моё субъективное мнение, что семья становится семьёй, когда в ней появляется ребёнок. В конце февраля мы провели неделю «Отец молодец». Все папы, которые приходили на роды, получили небольшие подарки. У меня весь телефон забит фотографиями счастливых

пап, которые присутствовали на родах. По субботам у нас дни открытых дверей – к нам приходят с мужьями, бабушками, дедушками. Мы готовы дать ответы на любые вопросы и постараться обеспечить все условия для реализации индивидуального сценария родов. Запросы бывают разные, начиная от женской бригады для рожениц-мусульманок и заканчивая организацией видеосъёмки родов.

**– Что планируете для дальнейшего развития?**

– Всегда есть, куда расти. Я хочу развивать детскую подростковую гинекологию, потому что у нас в Мытищах около 60 тыс. детей, их репродуктивное здоровье требует внимания. Если родилась девочка – это будущая мать, а значит, её здоровье нужно оценивать и беречь соответствующим образом. Будем продолжать популяризацию партнёрских родов. Сейчас у нас этой возможностью пользуется каждая 6-7-я пара. Но хочется, чтобы каждая 3-я.

Работают два прекрасных кабинета антенатальной охраны с высокотехнологичной аппаратурой и отличными специалистами, где проводят дородовую диагностику врождённой и наследственной патологии. Сейчас такой скрининг в государственных учреждениях гораздо полнее, чем в платных. Наша задача – максимально популяризировать это направление.

С 1 января этого года мы вместе со всей страной начали реализовывать программу расширенного неонатального скрининга. Очень важная и нужная программа, позволяющая уже в первые дни жизни малыша выявить 36 врождённых и наследственных заболеваний и вовремя начать лечение.

**– Для кого-то роды – это физиология, для кого-то – главное счастье в жизни, для кого – испытание. А для вас – что такое рождение ребёнка?**

– Это чудо, и мне повезло быть к нему причастной!

Беседу вёл  
Сергей БУДАНЧЕНКОВ,  
корр. «МГ».

## Кадры

**В Саратовской областной Думе прошли депутатские слушания по актуальным вопросам подготовки медицинских кадров и кадрового обеспечения отрасли здравоохранения региона, которое остаётся наиболее острой проблемой отрасли.**

На территории области в медицинских организациях работает около 9,5 тыс. врачей и более 22 тыс. средних медицинских работников. Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения составляет 39,7, средними медицинскими работниками – 95,78. Данный показатель выше, чем в среднем по России, при этом в сельской местности трудятся 275 врачей и 1724 средних

## Проект «Помощник фельдшера»

медработника, отметил в своём докладе министр здравоохранения области Олег Костин.

Для устранения дефицита кадров принимаются комплексные меры. Например, подготовка врачей по смежным специальностям, структурные преобразования, целевая подготовка специалистов, которая ведётся на базе 10 организаций, подведомственных Минздраву России. Для привлечения медицинских кадров в первичное звено здравоохранения созданы условия для прохождения учебной и производственной практики в медицинских организациях, напри-

живших их на целевую подготовку, осуществляются доплаты к стипендии целевикам.

С целью адаптации молодых специалистов в коллективах, приобретения навыков общения с пациентами в лечебных учреждениях применяется система наставничества. Также повышению кадрового обеспечения способствует профессиональная и дополнительная подготовка медицинских кадров, реализуется целый комплекс мер, направленный на привлечение и закрепление молодых специалистов на местах. Привлечь специалистов в сельскую местность позволяет про-

грамма «Земский врач»/«Земский фельдшер».

«Перед нами стоит задача, чтобы ни один ФАП, тем более новый, не остался без медицинского работника. На сегодняшний день все фельдшерско-акушерские пункты укомплектованы медицинскими работниками – либо основными, либо совместителями. Мы приступили к реализации проекта «Помощник фельдшера». Участниками проекта могут стать жители села без медицинского образования, которые после короткого курса обучения осуществляют патронаж на дому, доставку и контроль при-

ёма лекарственных препаратов, уход за маломобильными и лежачими больными. В настоящее время ведётся подбор и обучение кадров», – подчеркнул О.Костин.

В регионе оказываются и другие меры социальной поддержки медработников в рамках областных законов. Стимул для трудоустройства, особенно для молодых специалистов, – обеспечение служебным жильём. В 2022 г. по инициативе губернатора области Романа Бусаргина реализован проект по строительству жилья для медицинских работников новой областной инфекционной клинической больницы.

Юрий ДАНИЛОВ.

Саратовская область.

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 9 (2369)

(Начало в № 8 от 01.03.2023.)

## Ушиб лёгких

Возникает в результате передачи кинетической энергии грудной стенки паренхиме лёгких. Ушиб лёгкого – это наиболее частая травма, связанная с переломами костей. В результате ушиба в лёгочной ткани возникает кровоизлияние, развивается воспаление, в первую очередь проявляющееся отёком повреждённой паренхимы лёгких. Кровотечение и отёк вызывают серьёзные функциональные изменения, в частности гипоксию, которая может привести к деструкции паренхимы, достигающей своего максимума в течение первых 24 часов после травмы. Кроме того, в результате повреждения лёгочной ткани высвобождается большое количество медиаторов воспаления, что приводит к снижению иммунной резистентности, повышая риск развития пневмонии.

Механизмы разрыва грудного отдела трахеи и крупных бронхов: 1) внезапное сдавление грудной клетки в передне-заднем направлении (например, удар о рулевое колесо при ДТП); 2) разрыв при быстром замедлении (падение с высоты на ноги); 3) тяжёлое компрессионное повреждение при сомкнутых голосовых связках.

## Травма кровеносных сосудов груди

Наиболее частые причины повреждений крупных сосудов груди – лобовые и боковые автомобильные столкновения, падения с высоты более 10 м, несчастные случаи в альпинизме, конном и горнолыжном спорте.

Механизмы закрытого повреждения сосудов груди включают:

1) действие сдвигающих сил между носительной подвижной и фиксированной частями сосуда;

2) повреждение и/или сдавление сосуда отломками костных структур (рёбер, грудины, лопатки, грудных позвонков);

3) выраженную внутрипросветную (внутрисосудистую) гипертензию в момент удара.

Повреждение грудной аорты по первому механизму носит название «децелерационный синдром» (синдром резкого снижения скорости), когда в 90% случаев повреждение располагается в перешейке аорты (на 1,5-2 см дистальнее устья левой подключичной артерии), там, где сосуд фиксирован аортальной связкой.

При закрытой травме стенка сосуда может повреждаться частично (разрыв только интимы, аналогично расслоению аорты), но чаще повреждение затрагивает всю толщу стенки, вовлекая или всю, или часть окружности и напоминая разрыв аневризмы аорты. При таких разрывах в считанные минуты развивается тампонада сердца и/или тотальный гемоторакс, что практически в 80% случаев заканчивается летальным исходом на месте происшествия. Гораздо реже окружающие ткани (например, плевра) могут сдерживать профузное кровотечение и предотвращать мгновенную смерть пациентов, у 6-20% из них впоследствии формируется стабильная ложная аневризма.

## Травма сердца

Фактически любой механизм, который передаёт кинетическую энергию сердцу, может вызвать его повреждение: тяжёлая травма груди вследствие высокоскоростного столкновения автомобилей, удар в грудину тупым предметом, падение с высоты, воздействие ударной волны взрыва, «агрессивная» сердечно-лёгочная реанимация. Нередко при ЗТГ встречаются повреждения сердца по типу ранения острыми отломками рёбер (прокол и травматическая перфорация). Механическое воздействие на грудную клетку вызывает кровоизлияние в миокард, под эпикард или под эндокард. Величина кровоизлияния в миокард (и его разрыв) зависит от степени наполнения камер сердца кровью в момент травмы. Гидравлическое действие в систолу вызывает более тяжёлое повреждение сердца, чем в диастолу. Возможны разрывы и размозания мышечных волокон, кровотечения из повреждённых сосудов и формирование тампонады. Ушиб сердца может возникнуть и без повреждения костного скелета груди. В результате кровоизлияния в миокард может произойти сдавление коронарного сосуда и развитие инфаркта миокарда. Последний может возникнуть и в случае образования тромба на повреждённой интима коронарной артерии.

## Травма диафрагмы

В настоящее время 80-90% закрытых диафрагмальных разрывов являются результатом автомобильных аварий. Механизм раз-

рыва связан с градиентом давления между плевральной и брюшной полостями. Боковой удар от автомобильной аварии в 3 раза более вероятен, чем любой другой тип воздействия (например, падение), чтобы вызвать разрыв, так как он может деформировать грудную стенку и сдвигать ипсилатеральную часть диафрагмы. Фронтальный удар от автомобильной аварии может вызвать повышение внутрибрюшного давления, что приводит к длинным радиальным разрывам длиной 5-15 см, чаще в задне-боковом направлении, в её эмбриологическом слабом месте.

## Травма пищевода (грудного отдела)

Основными механизмами повреждений пищевода являются травма огнестрельным и холодным оружием, кататравма, ДТП. В зависимости от варианта повреждения пище-

# Закрытая травма грудной клетки

## Клинические рекомендации

вода клиническая картина по времени разворачивается от нескольких минут до суток. С момента нарушения целостности стенки пищевода (в течение 1 суток) начинают развиваться гнойные осложнения – флегмона шеи, медиастинит, эмпиема плевры, гнойный перикардит. Возможен прорыв медиастинальной плевры с развитием одно- или двустороннего пиопневмоторакса. По мере прогрессирования медиастинита состояние пострадавшего резко ухудшается, развивается синдром системной воспалительной реакции, сепсис, инфекционно-токсический шок, полиорганная недостаточность. Без адекватного лечения смерть пациента наступает на фоне прогрессирующего сепсиса.

## Травма грудного лимфатического протока

Скопление лимфы в плевральной полости приводит к цианозу, тахикардии и другим признакам лёгочно-сердечной недостаточности. Потеря хилуса сопровождается бледностью, падением массы тела, гиповолемией, гипопопротеинемией, лимфопенией, иммуносупрессией. Выявленность этих симптомов находится в прямой зависимости от величины хилореи. Несколько более благоприятно протекает левосторонний хилоторакс, при котором накопление жидкости вызывает меньшее смещение средостения из-за податливости левого купола диафрагмы. Лёгкое на стороне хилоторакса при длительном коллапсе становится ригидным вследствие массивных фибринозных наложений на висцеральной плевре.

## Эпидемиология

В структуре общего травматизма повреждения груди занимают третье место (до 10%) после травм конечностей и черепно-мозговых травм. Летальность при тяжёлой изолированной травме груди достигает 15-30%. У 20% всех погибших при травматизации имеются травмы груди, которые уступают по частоте только нейротравме.

## Поверхностная травма, травма связок, мышц, сухожилий грудной клетки

Травмы грудной клетки без повреждения костей встречаются реже таковой с костными повреждениями и представлены массивными кровоизлияниями и гематомами мягких тканей грудной стенки.

Переломы рёбер диагностируются у всех пациентов с повреждением костей грудной клетки, причём рентгенограммами при рутинной рентгенографии лёгких являются 25,9% из них. Двойные переломы рёбер имеют у 23,7% пациентов, исключая пациентов с рёберным клапаном (14%). Переломы рёбер составляют 5-15% всех переломов. Чаще встречаются переломы с 3-го по 9-е ребро. Переломы первых 3 рёбер, как прави-

ло, вызывают тяжёлую травму с возможным повреждением средостения, неврологическими, сосудистыми и экстраторакальными повреждениями. При переломах нижних рёбер (ниже 8-го) возможны сопутствующие абдоминальные повреждения.

Флотирующие переломы рёбер (рёберный клапан). Закрытая травма грудной клетки часто (в 75% случаев) сопровождается переломом VII-X рёбер на участках, расположенных между задней подмышечной и лопаточной линиями. У 5-13% пациентов с травмой груди развивается рёберный клапан. При ЗТГ флотирующие переломы рёбер встречаются в 10-20% случаев и имеют летальность от 12,5 до 33%, частично за счёт тяжести сопутствующих повреждений. Флотирующие переломы встречаются чаще у взрослых пациентов, чем у детей. Это связано с большей эластичностью рёберного каркаса у лиц молодого возраста, поэтому у них могут происходить переломы кортикальной пластинки ребра по выпуклой поверхности (неполный перелом по типу «зелёной ветки»).

Перелом грудины возникает в основном при дорожно-транспортных происшествиях (в 3% случаев всех аварий).

флотация грудной стенки (4-38%), повреждение аорты и/или других крупных сосудов (20-40%), спинальная травма (10-20%). Госпитальная летальность при разрывах сердца достигает 91,5%, при ушибах – 31%.

## Травма диафрагмы

Закрытые повреждения диафрагмы встречаются при ЗТГ в 5,6% случаев, при закрытой травме живота – в 4% случаев.

Левосторонние повреждения диафрагмы составляют 60-70% случаев. Возможно, это связано с той защитой, которую оказывает печень, либо со слабостью левой половины диафрагмы. Эти травмы чаще всего сопровождаются повреждениями желудка, толстой кишки и селезёнки. Правосторонние разрывы составляют 30-40%, но сопровождаются более серьёзными травмами, поскольку требуют более высокой энергии воздействия (столкновение высокоскоростных автомобилей), и приводят к большей гемодинамической нестабильности пациентов. При этом обычно повреждается печень или толстая кишка. Правосторонние разрывы сопровождаются большей летальностью и более низким уровнем выживаемости пациентов до установления правильного диагноза в стационаре. Только в 3% случаев

травма диафрагмы является двусторонней. Повреждения диафрагмы часто связаны с повреждениями аорты, почек, полых органов, печени, лёгких, селезёнки, таза и рёбер и тяжёлыми осложнениями (тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия лёгочной артерии, гемопневмоторакс, пневмония, респираторный дистресс-синдром, сепсис) со смертностью в 20%.

## Травма пищевода (грудного отдела)

При анализе публикаций как отечественных, так и зарубежных авторов отмечено, что в настоящий момент не существует значимых рандомизированных исследований в данной области, что вполне объяснимо, учитывая специфику патологии и крайнюю разнородность групп больных. В подавляющем большинстве публикаций, как проспективных, так и ретроспективных, количество пациентов редко превышает 20 наблюдений. Различия объясняются тем, что авторы публикаций работают в специализированных клиниках с различной системой маршрутизации пациентов.

**Классификация.** ЗТГ бывает с переломами и без переломов костей грудной стенки, с повреждением и без повреждения внутренних органов.

## Клиническая картина

При травме груди выделяют 3 ведущих синдрома:

1) болевой синдром – боль сопровождается костную травму и пневмоторакс в 100% случаях;

2) синдром кровопотери – связан с повреждениями крупных сосудов, внутренних органов грудной клетки;

3) синдром острой дыхательной недостаточности, причины которого многообразны: боль при переломе рёбер и разрыве париетальной плевры, «рёберный клапан», разрыв лёгкого, гемоторакс, пневмоторакс, ателектаз лёгкого, повреждения диафрагмы, ушиб лёгкого и внутрилёгочные гематомы, нарушение проходимости трахеи и бронхов вследствие скопления в них мокроты и крови, бронхоспазм, разрыв бронхов, ларингоспазм, центральные нарушения дыхания (угнетение дыхательного центра).

Характерные жалобы: боль в области груди, нарушение дыхания, кровохарканье, нарушение глотания и фонации, потеря сознания.

При пальпации грудной клетки определяют эмфизему мягких тканей, уменьшение или отсутствие голосового дрожания, деформацию грудной стенки, патологическую подвижность рёбер, грудины, болезненность в области переломов, тахикардию. Пальпаторно выявляются болезненность и патологическая подвижность в местах переломов рёбер, грудины, ключицы; специфи-





**Ижевск. Сентябрь. Снова стрельба в школе. Хронический психически больной 34 лет, весь в чёрном и в балаклаве убил 17 человек, большинство из которых дети.**

Страшное горе, но и непреходящее чувство досады с его бесконечными «почему?», «отчего?», «как же так?». Что же можно и нужно сделать для того, чтобы такие трагедии не повторялись?

Решение проблемы профилактики насилия в школах с применением огнестрельного оружия сложно и многогранно и не ограничивается только организацией безопасности в самих школах и обеспечением качества оказания психиатрической помощи. Эта проблема значительно шире. Имеют значение и воспитание в семье, и ранние детские психологические травмы, и формирование мировоззрения подростка, влияние массовой культуры и интернета, насколько он внушаем и подвержен чужому влиянию, различным субкультурам и многое другое.

### Основы профилактики

К сожалению, недооценка значения душевного здоровья человека для его гармоничного развития и существования, непонимание роли психиатрии, её задач и реальных возможностей в ряду других медицинских специальностей характерны не только в целом для нашего населения, но и для многих врачей-интернистов, а также организаторов отечественного здравоохранения. В настоящее время психиатрия не входит в перспективные программы развития медицины страны.

Это непонимание касается и такой актуальной, общественно резонансной темы, как опасные действия психически больных. А между тем судебно-психиатрическая профилактика, под которой мы понимаем мероприятия клинического, клиничко-социального и клиничко-информационного плана, направленные на предупреждение общественно опасных действий лиц с тяжёлыми психическими расстройствами, является одной из наиболее сложных, объёмных и ответственных задач практической психиатрии.

За последние 30 лет в стране немало сделано по совершенствованию системы судебно-психиатрической профилактики. Успешно функционирует институт амбулаторного принудительного лечения, значительно расширивший возможности внебольничного лечения больных, прошедших стационарное принудительное лечение. Введены понятия активного диспансерного наблюдения и показания для него. Этому наблюдению психиатра подлежат больные, склонные к совершению общественно опасных действий, в этой работе должны принимать участие и сотрудники органов внутренних дел. Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения (приказ Минздрава России № 566н от 17.05.2012) утверждены Правила организации деятельности кабинетов активного диспансерного наблюдения и амбулаторного принудительного лечения, утверждены рекомендуемые штатные нормативы и стандарты оснащения этих кабинетов. Такие кабинеты открыты во многих субъектах России.

Настоящим информационным прорывом в проведении судебно-психиатрической профилактики явились разработка и внедрение в работу психиатрических служб методики определения психопатологического механизма общественно опасного действия (М. Мальцева, В. Котов), позволяющей лечащему врачу уточнить симптоматику болезни, которая становится непосредственной причиной опасных действий больного.

Используется в работе формула общественной опасности, позволяющая передавать в сжатом виде информацию о больном с этапа на этап оказания ему психиатрической

помощи. Разработана информационная программа СОРОП – структурированная оценка риска опасного поведения (О. Макушкина) – для проведения информационного поиска и регистрации различных клинических и социальных факторов, способствующих совершению больным опасных действий.

Подготовлено несколько методических рекомендаций по организации судебно-психиатрической профилактики, в том числе методика оценки её эффективности во внебольничной службе. Ведётся активная работа по совершенствованию профилактики в территориях

больных, наличие стойкого отказа от наблюдения и лечения, интеграция больных в асоциальную среду и криминальная деформация их личности.

### Сложные пациенты

Пациенты, подобные ижевскому стрелку, сложны для амбулаторного ведения. Психопатологическая картина их заболевания не яркая, она как бы смазана, представлена в основном негативно-личностной симптоматикой и значительно менее продуктивно-психотической. Последняя не достигает

особенно матери, по разным причинам не всегда склонны делиться с врачом семейными «тайнами», а настаивать врачу сложно – есть опасность спровоцировать брутальный аффект больного на родных с непредсказуемыми последствиями. Можно разделить работу по анализу состояния и ситуации пациента с врачом стационара, но такая превентивная госпитализация сложна в правовом оформлении, она может быть только добровольной, так как показания для недобровольной на этом этапе болезни обычно отсутствуют. Но удастся ли получить согласие

расположить к себе пациента, оценить его психическое состояние в динамике, как в симптоматическом, так и синдромальном плане, распознать предвестники ухудшения состояния, назначить и проконтролировать проведение необходимой терапии, определить показания для стационарного лечения – в этом суть клинической работы врача.

Но проведение судебно-психиатрической профилактики требует от врача-психиатра дополнительных специальных знаний, которые выходят за рамки обычной клинической подготовки и не форми-

## Проблемы и решения

# Дабы оградить население от «ижевских стрелков»

## Насущные вопросы судебно-психиатрической профилактики



России, например, в Карелии были разработаны электронные справочники-меню по категориям и видам потенциальных общественно опасных действий больных, позволяющие врачу уточнять эти действия до деталей и передавать полученную информацию участковым уполномоченным полиции.

Таким образом, создана современная, апробированная в практической работе организационная, клиничко-методическая и информационная основа судебно-психиатрической профилактики.

Одной из важных задач всех без исключения звеньев психиатрической службы является своевременное выявление психиатрами среди наблюдаемых ими пациентов с тяжёлыми психическими расстройствами больных, потенциально склонных к совершению различных общественно опасных действий. Такие больные направляются на врачебную комиссию для решения вопроса о взятии их под активное диспансерное наблюдение.

Врач-психиатр кабинета активного диспансерного наблюдения проводит постоянный анализ контингента наблюдаемых больных на предмет выявления у них новой и уточнения имеющейся общественной опасности, определения актуальной степени риска совершения опасных действий, в первую очередь агрессивных тенденций, направленных на конкретных лиц.

Существенной особенностью работы врача кабинета является необходимость постоянно обрабатывать и учитывать большие объёмы информации клинического, социального и юридического характера, ведь психиатрия, пожалуй, одна из самых информационно ёмких медицинских специальностей. Значительно затрудняет работу врача кабинета миграция

развёрнутых форм даже при ухудшении состояния. У пациентов практически не нарушен внешний рисунок поведения, на них, как правило, нет жалоб. В основном они не настроены идти на контакт с врачом, формальны, немногословны и холодны в беседе, но в то же время достаточно адекватны, сдержанны, даже вежливы и вполне могут поддержать короткий разговор с врачом. Они скрытны, не склонны рассказывать о себе, раскрывать внутренний мир и свои переживания, неохотно принимают назначаемое лечение. Психиатр чувствует эту недосказанность, негативизм пациента, но раскрыть больного, выявить его потенциальную общественную опасность ему зачастую мешает устоявшийся профессиональный стереотип уделять внимание в своей практической работе в основном психотической симптоматике, а её отсутствие снижает активный информационный поиск врачом деталей состояния и поведения больного. Сказывается и недостаток опыта, сложность конкретных ситуаций, возможность решения которых часто выходит за рамки временных возможностей стандартного амбулаторного приёма. Поддержать разговор с пациентом на современном молодёжном уровне может далеко не каждый, тем более возрастной врач. Что составляет жизненные стремления больного, чем он занимается дома, имеет ли интерес к оружию, каков круг его общения, о чем он пишет в социальных сетях, какова его манера одеваться и как на всём этом отражается его заболевание, и отражается ли. Эти и многие другие вопросы могут оставаться за рамками знания и клинического осмысления врача.

Конечно, может помочь беседа с родными пациента, но родители,

больного на госпитализацию, как встретит его больница, возникнет ли контакт с лечащим врачом?

Задача психиатра по совокупности различных клинических, социальных, криминальных и других факторов определить среди многих десятков своих больных те случаи, которые нуждаются в его особом внимании в плане активной судебно-психиатрической профилактики, и не снижать в отношении этих больных своего наблюдения и сбора дополнительной информации. В трудной ситуации в работе с пациентом психиатру может и должен помочь опытный клинический психолог. Психиатр формулирует психологу направления работы, сообщает интересующие его обстоятельства и факты в каждом конкретном случае, уделяя особое внимание необходимости работы психолога со скрытой агрессивностью пациента. У психолога будет время установить с больным контакт, возможность попытаться «разговорить» его и оказать ему реальную психологическую помощь. Работа психолога может проводиться на базе дневного стационара, в период лечения в котором пациент будет находиться также и под наблюдением психиатра дневного стационара.

При определении реальных возможностей и направлений судебно-психиатрической профилактики важно понимать, что она проводится в отношении больных с хроническими и тяжёлыми психическими расстройствами (в основном это психозы и слабоумие), то есть больных, которые будут с высокой долей вероятности признаны невменяемыми в случае совершения ими противоправных действий. В то же время у психиатров наблюдается целый ряд больных с хроническими, но не тяжёлыми психическими заболеваниями (например, различные расстройства личности), которые, как правило, не берутся под активное диспансерное наблюдение. Такие больные несут ответственность за свои поступки, а в случае совершения противоправных действий признаются вменяемыми или ограничено вменяемыми. На таких больных мероприятия судебно-психиатрической профилактики не распространяются, им оказывается консультативная, лечебная и социальная помощь.

### Особенности подготовки врача

Психиатр, проводящий активное диспансерное наблюдение больных, склонных к совершению общественно опасных действий, должен иметь хорошую клиническую подготовку. Знание клиники – основа работы любого психиатра. Умение

руются при прохождении врачом стандартных циклов специализации и усовершенствования по психиатрии, тем более если эти циклы проходят в заочном или дистанционном формате. В программе обучающих циклов практически нет вопросов по судебно-психиатрической профилактике.

Врачи-психиатры и медицинские психологи, работающие с больными, склонными к совершению общественно опасных действий, должны проходить подготовку на базе НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского по специально разработанной программе. К проведению занятий могут привлекаться опытные практикующие врачи и психологи кабинетов активного диспансерного наблюдения московских психоневрологических диспансеров. В рамках подготовки, возможно, проводить клиничко-методические разборки конкретных, в том числе резонансных случаев, с анализом как объективных трудностей в работе врачей-психиатров, так и допущенных ошибок по тактике ведения больных. Курсантам таких циклов должно быть дано определённое количество знаний по суицидологии, тем более если трактуются ижевский случай как возможный расширенный суицид. Среди тем подготовки следует отдельно обсудить вопросы обеспечения безопасности медицинских работников, оказывающих психиатрическую помощь.

### Допуск к владению огнестрельным оружием

В рассматриваемом контексте существенным дополнением работы психиатрической службы по судебно-психиатрической профилактике является проведение психиатрического освидетельствования граждан на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием. С учётом повторяющихся в обществе случаев агрессии с применением огнестрельного оружия и с целью повышения профессионального уровня экспертной работы необходимо рассмотреть вопрос о проведении психиатрического освидетельствования на наличие противопоказаний к владению оружием исключительно в психоневрологических диспансерах (диспансерных отделениях психиатрических больниц). Решение о допуске к оружию должно приниматься комиссией врачей-психиатров. С учётом экспертной сложности процедуры освидетельствования такое требование достаточно обосновано, тем более что решение о допуске к оружию в отношении граждан, чья трудовая деятельность связана с оборотом оружия, выносится в рамках проводимого



## Сферы реализации молодёжи

В Кемеровском государственном медицинском университете состоялось закрытие Всероссийской патриотической акции «Снежный десант РСО» в Кузбассе. Более 250 участников, ветеранов и почетных гостей посетили выставку творческих работ, яркий концерт и подвели итоги волонтерской акции с награждением лучших бойцов.

«Снежный десант РСО» в Кузбассе – это молодежная волонтерская акция, которая включает в себя комплекс мероприятий, направленных на развитие добровольчества, профориентацию и содействие трудоустройству, создание условий для реализации потенциала молодежи в социально-экономической сфере, патриотическое воспитание, просветительскую деятельность населения и формирование ценностей здорового образа жизни.

В конце января бойцы кузбасских студенческих отрядов отправились в отдаленные районы региона, чтобы помочь пенсионерам, ветеранам Великой Отечественной войны, людям с ограниченными возможностями здоровья в очистке снега, доставке и разгрузке угля, колке дров, уборке мусора и других трудоёмких бытовых делах. Ребята проводили мастер-классы, спортивные состязания, концерты для местных жителей, вели профориентационные мероприятия для школьников. Особое внимание студенты уделили помощи семьям мобилизованных.

На закрытии патриотической акции в КемГМУ функционировали интерактивные площадки с творческими работами: выставка летописей, портретных и отрядных фото; юбилейная фотозона и интерактивная доска.

На сцене актового зала вуза зрители увидели лучшие творческие номера студентов «Снежного десанта РСО» со всего Кузбасса. Также на праздничном концерте наградили лучших бойцов, показавших высокие результаты по итогам выездной работы. Обладателями почетных наград стали члены отрядов «Стражи Холода» Ольга Андреева и «Варежки&Валенки» Маргарита Медведева.

– Первый строительный отряд в КемГМУ был образован в 2012 г., а первый медицинский – в 2015-м. В 2022 г. университет прогремел на всю страну: мы были одной из площадок проведения Всероссийского слёта студенческих отрядов, – рассказал корреспонденту «Медицинской газеты» проректор по молодежной политике и воспитательной деятельности университета доцент Вадим Шиллер.

## Треки готовят к грантам

Первый уральский форум добровольцев сферы здравоохранения «МЕДиК» завершён в Тюменском государственном медицинском университете. Сюда приехали 190 волонтеров из медицинских вузов,



Церемония закрытия «Снежного десанта»

## В медицинских вузах страны

# Благотворительность — фундамент волонтерства

колледжей и представителей медицинских организаций Уральского федерального округа. Ещё несколько тысяч человек участвовали в дистанционных мероприятиях.

– Одной из ключевых особенностей тюменского слёта стало проведение комплексного тренинга по формированию у участников управленческих и проектных компетенций, так необходимых волонтерам. Как отметили эксперты из Росмолодёжи, на подобных форумах такой формат был использован впервые. Мы рассмотрели вопросы взаимодействия учреждений системы здравоохранения с волонтерами и выявили точки роста, которые позволят повысить активность и эффективность работы добровольцев Уральского федерального округа, – рассказала «Медицинской газете» проректор по молодежной политике и региональному развитию вуза, доцент, доктор медицинских наук Светлана Соловьёва.

Для участников были организовали «круглые столы», дискуссии и образовательные мероприятия. Деловая часть форума проходила по четырём трекам.

– Участники трека «Лидеры» обучались социальным проектам и наладили контакты с единомышленниками. Направление «Организаторы» мы посвятили решению вопросов об эффективной помощи ребятам в реализации их идей. На сессии для школьников эксперты поделились информацией о том, как присоединиться к студенческому волонтерскому движению и организовать локальные мероприятия. Студенты-участники трека «Волонтеры» развивали личностные качества, чтобы повысить

качество своей работы, а также рассмотрели возможности участия во всероссийских грантовых конкурсах, – рассказала руководитель волонтерского центра университета Майя Антонова.

## Награды студентам-десантникам

Состоялось торжественное закрытие «Медицинского десанта Приволжского федерального округа» в Альметьевском и Ленинском районах Республики Татарстан, в рамках которого бойцы и кандидаты штаба студенческих отрядов Казанского государственного медицинского университета «Эскулап» приняли самое активное участие.

В день закрытия ежегодной акции «Медицинский десант ПФО» комсоставы отрядов подготовили отчёты о работе, проделанной в ходе акции, где сказано, что в 2023 г. участники медицинского десанта трудились в районных больницах, содействуя прохождению диспансеризации населения, в амбулаториях и сельских поселениях, в СПИД-центре и поликлиниках; ребята активно принимали участие в профилактических акциях: по профилактике ВИЧ-инфекции и сахарного диабета, а также проводили мастер-классы по оказанию первой помощи для школьников, волонтеров и медицинских работников.

Каждый участник медицинского десанта был награждён благодарственным письмом и приложением в виде официальной атрибутики десанта, а лучшие бойцы отмечены специальными грамотами.

## Своих не бросаем!

Студенты Оренбургского государственного медицинского университета вместе со своими родителями приняли активное участие в патриотической акции «Блиндажная свеча».

Совместными усилиями с казахской молодежной организацией «Есаул» обучающиеся изготовили из консервных банок, картона и парафина более 100 блиндажных свечей. Они будут переданы нашим военнослужащим, выполняющим боевые задачи в ходе СВО. Такие свечи на протяжении нескольких часов будут не только светить, но и греть небольшое пространство вокруг себя, и использоваться для освещения и подогрева пищи.

Как рассказали представители фонда Яна Шапкина, Герой России Алексей Махотин и председатель Санкт-Петербургской организации ветеранов спецназа Михаил Гавриченко, работа с академией по обеспечению различными видами гуманитарной помощи не прерывалась с апреля 2022 г., и в настоящее время она только расширяется.

## Жгут-турникет от КГМУ

С самого начала специальной военной операции ректор Курского государственного медицинского университета активизировал исследовательские работы для оказания помощи нашим военнослужащим. Среди прочих исследований



Участники акции «Своих не бросаем»

Студенты также сделали открытки и написали письма. Обучающиеся пожелали военнослужащим скорейшего возвращения домой, где каждого из них ждут семьи, дети, родители и друзья.

## Адресные подарки

Представители благотворительного фонда «Старорусская, 12» (Санкт-Петербург) эффективно сотрудничают с коллективом Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, оказывая всестороннюю поддержку военнослужащим, которые находятся на лечении в клиниках медицинского вуза.

Очередную партию подарков раненные получили и ко Дню защитника Отечества. Каждый подарок был подготовлен адресно: учтены размеры одежды и обуви, а также другие пожелания пациентов.

выделяется собственная разработка кровоостанавливающего жгута-турникета, которая уже завершена.

Турникет позволяет сократить время и повысить удобство наложения на конечность, снизить травматизацию, а также избежать рисков расслабления при транспортировке раненых бойцов.

– Правительство Курской области выразило готовность сделать первый заказ на 2 тыс. турникетов для отрядов территориальной обороны, – подчеркнул недавно во время рабочей встречи с ректором университета Виктором Лазаренко и группой молодых учёных вуза губернатор региона Роман Старовойт.



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

## Новые подходы

В рамках проекта «Нейрокампус» Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова коллектив исследователей из лаборатории медицинских нейроинтерфейсов и искусственного интеллекта Федерального центра мозга и нейротехнологий ФМБА России (ФЦМН) под руководством Алексея Осадчего разработал и применил во время операции уникальный метод обработки данных для пассивного (без электрической стимуляции) картирования коры головного мозга.

Совместная разработка исследователей коллектива учёных «Нейрокампуса» РНИМУ, Высшей школы экономики и Московского

# Первые нейрохирургические операции

государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова успешно транслирована в клиническую практику.

Выполнение нейрохирургических операций требует чёткого определения положения речевых зон мозга, что позволяет сохранять пациентам речь в послеоперационном периоде. Процедуру картирования мозга можно осуществлять в активном режиме – за счёт стимуляции мозга минимальными электрическими воздействиями. Однако такое влияние на работу функциональных зон мозга может приводить к развитию судорожного приступа, который является частым

и закономерным осложнением в таких ситуациях.

В ходе недавних операционных вмешательств учёными нейрокампуса совместно с нейрофизиологом Ниной Чижиной из отдела функциональной диагностики заболеваний нервной системы ФЦМН ФМБА России и нейрохирургами Ильёй Сенько и Ильёй Григорьевым был успешно применён метод пассивного картирования для двух пациентов: с фармакорезистентной эпилепсией и опухолью левой островковой доли мозга. В процессе операции с помощью кортикографической электродной сетки считывались паттерны электрической активности исследуемого

участка мозга до, во время и после произношения речи.

Интерпретируя эти временные паттерны с использованием математических методов анализа многоканальных сигналов, учёные установили, какие электроды были задействованы при активации различных функций артикуляции речи и, таким образом, картировали речевую кору, не вызывая судорожного приступа. Этот подход существенно расширяет область применимости процедур интраоперационного функционального картирования и открывает широкие возможности для сохранения постоперационного функционала мозга даже в самых тяжёлых случаях.

Заметим, что лаборатория медицинских нейроинтерфейсов и искусственного интеллекта ФЦМН ФМБА России была создана в рамках стратегического проекта «Нейрокампус» РНИМУ в ходе реализации программы «Приоритет-2030». «Нейрокампус» объединяет исследователей из РНИМУ, ФЦМН ФМБА России и Института высшей нервной деятельности и нейрофизиологии РАН, а также является открытой площадкой для взаимодействия учёных, врачей, учащихся, преподавателей вузов, заинтересованных в развитии медицинских нейротехнологий.

Иван АЛЕКСАНДРОВ.

Пандемия, разразившаяся в мире в начале 2020 г., пришла на пике развития биотехнологии, которая довольно быстро позволила создать довольно надёжный щит на пути распространения вируса. Тот ответил свойственной патогенам изменчивостью, породив новые варианты, и в частности омикрон, который более заразен, но менее опасен (обладает большей трансмиссивностью, но меньшей вирулентностью).

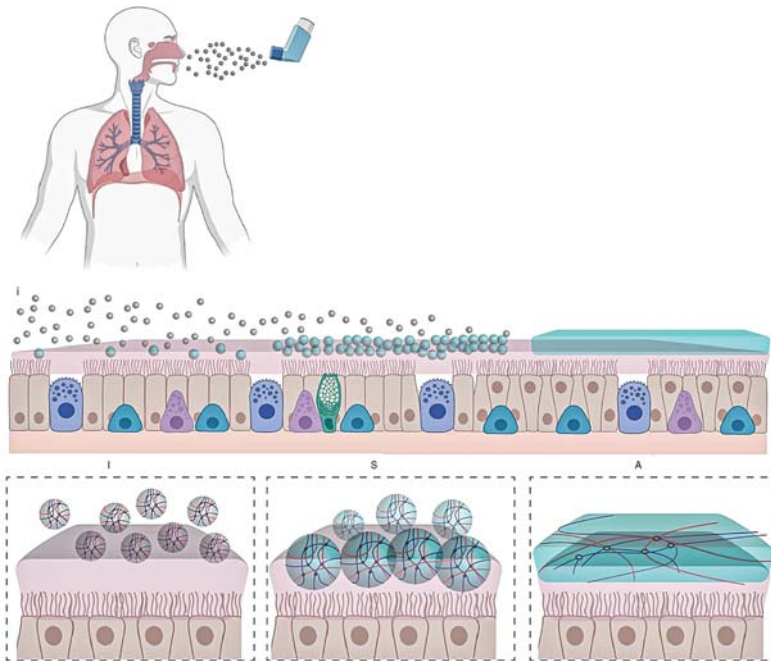
С пандемией вроде бы справились, но угроза здоровью людей остаётся, что требует новых исследований и разработки эффективных противовирусных лекарств, в том числе и против преследующего на протяжении многих веков вируса, который изнуряет человека в членах и даже угрожает жизни. В начале прошлого века хвороба получила название «инflюэнца».

Грипп во время пандемии как бы отошёл в сторону, но не лишился присущей ему опасности и способности наносить ущерб людям и государствам. Поэтому понятны усилия создавать бивалентные вакцины, действие которых направлено сразу против COVID и вариантов гриппа. Но производство вакцин дорого и успешно лишь в нескольких мировых центрах, что ведёт к необходимости искать и синтезировать «малые молекулы», которые если не лечат вирусные заболевания, то действительны в плане предупреждения вирусных контактов, налаживание которых им необходимо для попадания в цитоплазму клетки.

Поступающая в клетку вирусная частица отнюдь не пассивна. В-первых, её РНК освобождается из белкового плена нуклеокапсида, чтобы начать, используя клеточные ресурсы, репликацию носителя генов. Но клетка отнюдь не беззащитна против вирусного вторжения, так как у неё имеется собственная защита в виде молекул, разрушающих РНК (так называемая РНК-интерференция). Тем не менее по крайней мере в случае гриппа его геномная кислота не распознаётся клеточными сенсорами и становится «невидимой». Долгие десятилетия феномен РНК-невидимки не получал адекватного

Взгляд

# ЗЕВСОВ ЩИТ



Вдыхаемые адгезивные частицы гидрогеля SHIELD, защищающие слизистую

объяснения. И вот вирусологи Боннского университета наконец-то внесли ясность в этот вопрос.

Со времён античных мудрецов активно дебатировался вопрос о влиянии родителей (наследственности) и среды на детей и их развитие. На заре Ренессанса сформировались две точки зрения, а именно преформизма и эпигенетики. Сторонники последней ратовали больше за среду, которая оказывает эпизодическое воздействие на особь и ребёнка. Жан-Батист Ламарк в начале XIX века писал в своей «Философии зоологии», что свойства, приобретённые в течение жизни, как бы закрепляются затем в потомстве, за что ему «воздаётся» последние два века. Защитил его взгляды британец К.Уоддингтон, провозгласивший в начале 40-х наличие ген-ассимиляции, за что был

подвергнут жесточайшей критике преформистов новой генерации.

Морган, автор книги «Хромосомная теория наследственности», получил за неё Нобелевскую премию в 1933 г., когда до письма Ф.Крика и Дж.Уотсона в Nature о ДНК оставалось ещё 20 лет, так что все споры об изменчивости, генах и регуляции их активности были попросту беспредметны. Авторы письма получили свою награду в 1962 г., и много позже её вручили за открытие молекулярного механизма эпигенеза.

Эпигенетика подразумевает «выключение» активности гена путём присоединения ферментом метилтрансферазой (MTF) метильных групп –CH<sub>3</sub> к нуклеиновым кислотам (так выключаются женские гены у мужчин, и наоборот). В Бонне выяснили, что «гриппозная» РНК как бы ворует клеточную

MTF, чтобы присоединить метил –CH<sub>3</sub> к одному из концов, в результате чего клетка перестаёт идентифицировать опасную молекулу.

Можно напомнить, что в 1952 г. Нобелевскую премию получил С.Ваксман, выделивший из грибов рода Streptomyces второй после пенициллина антибиотик стрептомицин, которым стали лечить туберкулёз. Спустя 70 лет в бывшей столице ФРГ из того же грибка получили TFMT, то есть метил-туберцидин («убивающий» тубер-цид) с тремя фторами. «Трифторид» блокирует действие клеточного фермента, в результате чего РНК гриппа оказывается беззащитной перед клеточным иммунитетом. Действие противовирусного препарата с двумя 6- и одним 5-членным кольцами было опробовано на мышках и лёгочных эксплантах, полученных от людей, подвергшихся операции. Авторы полагают, что разработанный ими подход может стать эффективным и против других вирусных инфекций, тем более что он использует клеточный продукт, изменчивость которого на порядок ниже вирусных геномов.

Другой механизм защиты клеток, в том числе и лёгочных альвеол, открыт по другой стороне мира в Университете Сиднея. Его специалисты изучали механизм фиброза – появления нежелательных волокон коллагена, вырабатываемого фибробластами, после трансплантации органов и тканей. Сделанное ими открытие пришло с неожиданной стороны и связано с выявлением ещё одного белкового рецептора для шпилек-спайков COVID. Он представлен протеином, содержащим повторы с большим количеством аминокислот лейцинов (LRR – Leucine Rich Repeat-Containing). Этого белка много на поверхности лёгочных и других фибробластов, которые также являются мишенями COVID.

Но в силу отличия последних от других клеток фибробласты проявляют противовирусные свойства, тем самым контролируя вирусную репликацию и не давая разогнаться её «маховику».

И в конце о молекулярных «шильдихах», созданных для защиты слизистых, атакуемых COVID, в Университете Северной Каролины. Сокращённое название порошка для ингаляций SHIELD (Spherical Hydrogel Inhalation for Enhanced Lung Defense) переводится как «сферические частицы гидрогеля для ингаляций и усиленной защиты лёгких».

При вдыхании частицы набухают после контакта с влажной поверхностью слизистой и прочно связываются (проявляя адгезию) с последней уже через 10 минут после попадания на клеточную поверхность дыхательных путей и альвеол лёгких. Наночастицы показали свою эффективность в деле защиты слизистых на мышках и макаках на протяжении суток и могут вдыхаться несколько раз, не нарушая структуры лёгочных пузырьков и эпителия слизистой. Наибольшую защиту (75%) они обеспечивают уже через 4 часа после первой ингаляции, а в конце суток она снижалась до 18%.

Эффективность частиц гидрогеля была проверена при пневмонии и защите против вируса гриппа H1N1. Они активно подвергаются биодegradации, в результате чего не обнаруживаются в организме уже через 48 часов. Оценка действия этих частиц против COVID показала, что они обеспечивают 50-300-кратное снижение вирусной нагрузки, что указывает на резкое снижение вирусной репликации в клетках эпителия. Адгезия набухших частиц гидрогеля обеспечивает надёжную механическую преграду образованию молекулярного интерфейса RBD спайков с клеточным рецептором ACE-2.

Австралийские авторы отмечают, что их SHIELD обеспечивает надёжную защиту и против аллергенов, а также поллютантов, загрязняющих воздушное пространство улиц и квартир. Их статья называется «Вдыхаемый биоадгезивный гидрогель для защиты нечеловекообразных приматов от инфекции COVID».

## Выводы

Известно, что фрукты привлекают своих «едоков» не только углеводами, но и несколькими сладкими на вкус протеинами с весьма привлекательными названиями типа тауматин и мабинлин, кукурлин и монеллин. Введение генов их синтеза мышам показало эффективность получения того же браззеина, который в 2 тыс. раз слаще всем известной сахарозы. Перспективным является и биотехнологическое производство гибридных семян сахарной свёклы.

Тягу мышей к сладкому использовали нейробиологи Университета Южной Каролины, которые выявили «глубинную» нейросеть, связывающую мощный подкорковый хаб в виде зрительного ядра (n.Accumbens – nA). Он представляет собой небольшую группу клеток, активность и жизнеспособность которых поддерживаются дофамином. Это производное аминокислоты тирозина синтезируется нейронами чёрной субстанции в среднем мозге, и его нехватка ведёт к развитию паркинсонизма. Кроме того, нервные клетки nA с помощью дофамина генерируют чувства удовольствия и удовлетворения, которые мы испытываем в результате признания заслуг и награждения, а также от еды и

# На вкус и белок

питья, секса и никотина, нежных и заботливых прикосновений.

Под таламусом расположен гипоталамус, считающийся средоточием наших основных инстинктов, и обе эти структуры образуют стенки третьего желудочка. Он представляет собой щелевидную полость, соединённую с двумя боковыми желудочками больших полушарий. Одна из клеточных структур таламуса называется «паравентрикулярное ядро» (PVT), и авторы выявили наличие связей между ним и nA.

Они полагают, что данная нейросеть служит – по крайней мере у мышей – подавлению поведения, направленного на поиск удовольствия. В Чарльстоне её назвали подавителем неадаптивно мотивированного поведения и выяснили, что её тормозящее действие снимается применением опиоида, действующего на белковые мю-рецепторы. «Отказ» сети наблюдался после инъекции опиоида непосредственно в nA. Это проявлялось в том, что мышь начинала часто давить лапкой на рычажок сосуда с раствором сахара. Изменение поведения регистрировали электрофизиоло-

гически, химически – путём визуализации потоков ионов кальция и с помощью оптогенетики, позволяющей активировать нервные клетки с помощью лазера.

Маладаптивное поведение отмечается и при отклонениях в душевной сфере. При них также меняются кальциевые сигналы, отражающие повышение возбудимости нейронов, что увидели в Северо-Западном университете Чикаго. Речь идёт о форме шизофрении, возникающей при дупликации участка 16-й хромосомы (16p), сопровождающейся уменьшением длины нейронных отростков дендритов и снижением кальциевых потоков. Авторы оценили повышение риска заболевания в результате дупликации в 14,5 раз. Их статья называется «16p-Мутация повышает риск аутизма». Можно напомнить, что задолго до прихода заокееанского термина «аутизм» изменения в поведении детей связывали с детской формой шизофрении.

Аутизм диагностируют довольно поздно для принятия терапевтических мер (обычно в 3-4 года). В Университете Дьюка полагают,

что наблюдение необходимо начинать с 30-дневного возраста (через 30 дней после рождения) и продолжать до 1,5-2 лет. В течение 14 лет они обследовали 45 080 детей, у 924 из которых было соответствие критериям расстройств аутистического спектра (ASD). Точность предсказания составила 84%, у 2% предварительный диагноз не подтвердился, и ещё 14% имели расстройства неврологического развития.

Результаты показывают, что установление диагноза ASD возможно в возрасте ребёнка до 14 месяцев. Расстройство никак не связано с вакцинацией детей против кори. Причину ASD авторы видят в нарушениях внутриутробного развития в 1-2-м триместрах беременности. Они положительно относятся к возможности купирования состояния у 45% детей с помощью трансплантатов кишечной микрофлоры здоровых людей.

Ещё одним отклонением в поведении детей является ADHD, гиперактивное расстройство с дефицитом внимания. Сотрудники Геномного центра в датском городе Орхус обследовали (провели мета-анализ) 38 691 ребёнка с ADHD, сравнив их со 186 843 здоровыми. Анализ позволил идентифицировать 27 генетических локусов с 76 генами повышенного риска в них, мутации которых оказывают своё воздействие на ранних этапах внутриутробного развития мозга. Они также провели исследование экзомов (совокупность копий активных генов) у 17 896 человек, показавшее наличие повышенного груза мутантных вариантов, кодирующих белки. Один из них известен как SORCS, который отвечает за синтез белка сортилина, осуществляющего сортировку белковых рецепторов, интегрированных в оболочку нейронов. По оценке датчан, его мутации определяют 84-98% риска развития ADHD, сопровождающегося нарушением когнитивных способностей, проявляющихся в неспособности вербального мышления, сосредоточения внимания и незрелости трудовых навыков.

Подготовил Игорь ЛАЛЯНИЦ,  
кандидат биологических наук.

По материалам Biological Psychiatry, Nature Communications, Nature Genetics, Nature Materials, PLOS Biology, Science.

## Гипотезы

В средневековых останках  
нашли ДНК чумной палочки

В общей сложности исследователи обнаружили 13 случаев заражения

**Генетики исследовали останки 298 человек, умерших в 1000–1800 гг. на территории современной Дании. В 13 образцах они обнаружили ДНК чумной палочки, которой заражены люди, жившие в XIV–XVII веках. Анализ геномов показал, что инфекцию несколько раз завозили в эту страну из других регионов.**

Как известно, чума представляет собой инфекционное заболевание, которое вызывает грамотрицательная палочка *Yersinia pestis*, самым опасным переносчиком которой выступает южная крысиная блоха. Человечество сталкивалось с этой болезнью с глубокой древности, свидетельства чему известны как из древних письменных источников, так и из археологической летописи. На сегодня самый ранний случай заражения нашли на территории Латвии, где раскопали останки инфицированного мужчины, умершего около 5300–5050 лет назад. Чуть более молодые примеры известны и на территории России. Например, в Горном Алтае обнаружили двух представителей афанасьевской культуры, встретившихся с чумной палочкой примерно 4800 лет назад.

Хотя заразиться чумой можно и сегодня, причём даже в России, эта болезнь больше ассоциируется с двумя средневековыми пандемиями – Юстиниановой чумой и Черной смертью. Последняя разразилась в Европе в середине XIV века и существенно сократила население континента. Недавние палеогенетические исследования показали, что естественный

резервуар для возбудителя второй пандемии чумы находился в окрестностях Тянь-Шаня.

Кэтрин Итон из Макмастерского университета совместно с коллегами из Австралии, Дании, Канады и США исследовала останки 298 людей, обнаруженные на 13 археологических памятниках Дании, которые относятся к периоду от 1000 до 1800 гг. нашей эры. В 13 образцах из 7 мест генетики нашли ДНК чумной палочки, причём в 9 случаях геномы бактерий удалось прочитать с достаточным для дальнейшего анализа покрытием. На тех памятниках, где удалось найти ДНК бактерии, в среднем заражёнными оказались 8,3% людей (13 из 157).

Исследователи не нашли следов чумной палочки в образцах, датированных между 1000 и 1300 гг. Два самых ранних случая заражения, относящихся примерно к 1333 и 1350 гг., были обнаружены в Риббе. Это хорошо согласуется с историческими данными о том, что чума впервые появилась в этом городе в 1349 г. Анализ этих геномов показал, что они группируются с геномами бактерий из Северной и Западной Европы, распространявшимися во время Чёрной смерти.

Третий образец ДНК был найден в останках индивида из Рыбы, умершего во второй половине XIV века (около 1370 г.). Эта последовательность группировалась с геномами из России и Нидерландов, которые ранее учёные связали с так называемыми второй чумой 1357–1366 гг. (*pestis secunda*) или третьей чумой 1364–1376 гг. (*pestis tertia*). Эту группу считают предковой для бактерий, вызвавших

в XIX–XX веках третью пандемию чумы.

В образцах из Рыбы, относящихся к 1408–1484 гг., учёные не нашли ДНК чумной палочки. Зато она присутствовала в останках, найденных на восточном побережье Ютландии и датированных примерно 1429, 1433 и 1457 гг. Эти последовательности оказались связаны с геномами *Y.pestis*, которые ранее были прочитаны из образцов, найденных в Германии, Литве, Польше и Великобритании. По мнению учёных, это, вероятно, свидетельствует об ещё одном заносе инфекции в Данию.

Исследование показало, что чума вернулась в Рыбу в XVI веке. Самый поздний случай заражения был найден в датском Виборге. ДНК отсекулировали из останков человека, умершего между 1550 и 1649 гг. Это согласуется с историческими сведениями о том, что окончательно чума покинула Данию в середине XVII века. В заключение учёные отметили, что геномы бактерий из этой страны не образовали единого кластера. Поэтому они пришли к выводу, что на протяжении XIV–XVII веков инфекцию несколько раз завозили из других регионов.

Но чума не смогла образовать природных очагов заболевания в Средневековой Европе. Так, исследователи выяснили, что химический состав почвы, климатические условия и другие факторы окружающей среды не позволяли сохраняться бактериям *Y.pestis* в течение долгого времени. Это значит, что перед каждой эпидемией возбудителя заносили в Европу извне.

## Бывает и такое

Ещё не рождённый,  
а уже спасатель

**В Великобритании обнаружили опухоль у 29-летней беременной во время ультразвукового исследования.**

Беременность проходила легко и на первое УЗИ женщина отправилась, чтобы узнать о состоянии будущего ребёнка. Однако во время процедуры она узнала тревожную новость: у неё обнаружили опухоль в мочевом пузыре. Образование необходимо было удалить. Врачи предупредили её, что, если опухоль окажется злокачественной, придётся пройти курс химиотерапии, а это приведёт к потере ребёнка.

Операция прошла успешно и без последствий для плода. Опухоль оказалась неагрессивной, а значит,

химиотерапия была не нужна. По словам пациентки, она почувствовала облегчение и была счастлива, что станет матерью здорового ребёнка. «Если бы я забеременела раньше, опухоль могли бы не заметить, если позже – было бы слишком поздно. А это время пришлось идеальным. Всё происходит не просто так, и малыш должен был появиться в это время, чтобы спасти мою жизнь», – делает вывод она.

Ранее британские врачи сообщили об аналогичном случае: во время УЗИ беременной у неё был обнаружен редкий рак почки. Хирурги сумели удалить опухоль и сохранить женщине орган. Вот так ещё не рождённые дети спасают жизнь своих матерей.

## Почему бы и нет?

Здравый смысл  
младенца превосходит  
искусственный интеллект

**Учёные Нью-Йоркского университета показали, что даже младенцы обладают преимуществом перед искусственным интеллектом (ИИ) в способности делать правильные выводы о том, что движет действиями других людей.**



Чтобы определить фундаментальные различия между способностями человека и ИИ, учёные провели эксперименты с участием 11-месячных младенцев, используя ранее установленный «эталон детской интуиции» (BIB) – шесть задач, решаемых психологией здравого смысла. BIB был разработан для тестирования интеллекта как младенцев, так и машины.

В частности, младенцы смотрели серию видеороликов с простыми анимированными фигурами. Действия фигур имитировали человеческое поведение и принятие решений посредством поиска объектов на экране и других движений. Исследователи также обучили модели нейронных сетей и тестировали их реакцию на те же видео.

Оказалось, что младенцы делали правильные прогнозы относительно

того, что действия фигур на экране обусловлены скрытыми, но постоянными целями, например, поиском одного и того же объекта независимо от того, в каком месте он находится. При этом дети дольше смотрели на объекты, чьё поведение противоречило их предсказаниям, и эту особенность специалисты назвали «парадигмой удивления». Это позволило исследователям сравнить меру удивления у людей с её аналогом у алгоритмов, которые не смогли сравниться с младенцами в способности делать интуитивные прогнозы.

## Ракурс

О долгосрочных эффектах  
известно мало

**Исследование, проведённое в Нидерландах, показало, что вероятность смерти у трансгендерных людей в два раза выше, чем у цисгендерных сверстников. Однако структура причин смерти за десятилетия изменилась. При этом учёные указывают, что на другие страны эти данные следует проецировать с осторожностью.**

Трансгендерные люди ощущают несоответствие между своими биологическим полом и гендерной идентичностью. Они проходят различные виды терапии для того, чтобы их тело соответствовало тому, как они себя воспринимают. Один из них – гормональное лечение. Трансгендерные мужчины получают тестостерон, а трансгендерные женщины – антиандрогены и эстрогены. Такое лечение считается безопасным в краткосрочной перспективе. Но о его долгосрочных эффектах известно мало.

Ранние исследования демонстрировали аномально высокую смертность среди трансгендерных людей, получающих гормональную терапию. Изменилось ли что-нибудь в этом смысле? В новой работе учёные проанализировали данные о 2927 трансгендерных мужчинах и 1641 трансгендерной женщине, которые проходили гормональную терапию в Амстердаме

с 1972 по 2018 г. Использовалась информация из медицинских карт: возраст при прохождении терапии, анамнез, данные об образе жизни. Период охвата – 5–11 лет.

Риск смерти у трансгендерных женщин по сравнению с цисгендерными мужчинами был выше в 1,8 раза. В частности, от сердечно-сосудистых болезней – в 1,4 раза, от рака лёгкого – почти в 2 раза, от инфекций – в 5,4 раза, от неестественных причин – в 2,7 раза, от самоубийства – в 3,1 раза, причин, связанных с ВИЧ-инфекцией, – почти в 15 раз.

По сравнению с цисгендерными женщинами у трансгендерных риск смерти от сердечно-сосудистых болезней был выше в 2,6 раза, от рака лёгкого – в 1,3 раза, от инфекций – в 8,7 раза, от естественных причин – в 6 раз, от ВИЧ-инфекции – почти в 50 раз.

Риск смерти у трансгендерных мужчин был почти таким же, как у цисгендерных, но в 1,6 раза выше, чем у цисгендерных женщин. От неестественных причин трансгендерные мужчины умирали в 3,3 раза чаще, чем цисгендерные женщины.

Авторы исследования отметили, что большая часть наиболее значимых причин смерти трансгендерных людей не имеет связи с гормональной терапией.

«Мы обнаружили, что большая

часть самоубийств и смертей, связанных с ВИЧ-инфекцией, произошли в первое десятилетие, охваченное исследованием. Это говорит о том, что улучшение общественного отношения и лечения могло сыграть важную роль в снижении смертности от этих причин. Но было неожиданным, что риск смерти был выше у трансгендерных людей, которые начали гормональную терапию в два последних десятилетия. Это могло произойти в связи с изменениями в клинической практике. Раньше врачи часто отказывали в такой терапии людям с сопутствующими заболеваниями, например болезнями сердечно-сосудистой системы. Сейчас отказы по таким причинам происходят редко», – сказал Кристель де Блок из Университетских медицинских центров Амстердама, соавтор исследования.

Здоровье трансгендерных мужчин, согласно исследованию, страдает меньше здоровьем трансгендерных женщин. Комментируя это, учёные указывают, что это может быть следствием того, что для трансгендерных мужчин используют хорошо проверенные в лечении гипогонадизма режимы назначения тестостерона. Также отличия могут быть связаны с различным влиянием гормонов на сердечно-сосудистый риск.

## Особый случай

Наказан за оскорбление  
врачей на 3 года

**Житель британского города Хоршем попал в тюрьму за то, что с сентября 2020 г. более 7 тыс. раз позвонил в полицию и скорую помощь графства Сассекс и оскорблял отвечавших на его звонки операторов.**

77-летний Роджер Джексон потратил на это более 400 часов. При этом мужчину неоднократно предупреждали о недопустимости подобного поведения и в конечном итоге арестовали.

«Количество и частота звонков Джексона занимали линию и оказали негативное влияние на способность контакт-центра обеспечивать услуги людям, которое действительно нуждается в помощи», – отметила представительница полиции Сара-Луиза Глиддон. Она подчеркнула, что работа полицей-

ских и операторов колл-центров экстренных служб заслуживает уважения и требует высокого профессионализма. Разговаривать с ними так, как это делал арестованный, недопустимо.

В свою очередь, представитель службы скорой помощи Нэйтэн Дэксер также свидетельствовал, что Джексон словесно оскорблял сотрудников ежедневно. Он заявил, что не стоит недооценивать негативные последствия подобных действий. Всего один ложный звонок подвергает опасности жизни людей и требует внимания и ресурсов, отвлекая их от тех, кому действительно требуется помощь.

Суд приговорил пенсионера к 3 годам и 3 месяцам тюремного заключения. В ходе судебного заседания нарушитель признал свою вину.

Подготовила Юлия ИНИНА.

По материалам The Sun, Sussex Express, Cognition, Current Biology, The Lancet Diabetes & Endocrinology.

Существует три версии смерти императрицы Елизаветы Алексеевны. Первая – официальная: государыня умерла в городе Белёве «своей смертью», возвращаясь из Таганрога в Петербург, сломленная давними болезнями и кончиной мужа. Вторая – народная: Елизавета Алексеевна не ушла из жизни в 1826 г., а скрылась в монастыре под именем Веры Молчальницы. Третья – экзотическая, поддержанная рядом писателей в советское время: она была убита в Белёве в ночь с 3 на 4 мая 1826 г., так как была опасной как претендентка на трон. Рассмотрим их в обратном порядке.

### Экзотическая версия

Императрица была убита в Белёве, ибо Николай I и его мать считали Елизавету опасной для новой власти как имевшую взгляды, близкие декабристским. На это наводят многие вопросы. Зачем понадобилось Марии Фёдоровне, старой, отягощённой болезнями женщине, мчаться в Белёв по раскисшим весенним дорогам? Для того, чтобы удостовериться в смерти? Договориться, чтобы императрица не претендовала на трон? Зачем Николай I и его мать сожгли большую часть попавших им в руки бумаг покойной, в том числе, возможно, и её обширный дневник с 1792 по 1826 г.?

Л.Васильева (1999) подробно описывает слух, распространённый камер-фрейлиной В.Волконской об обстоятельствах смерти государыни. Страдавшая бессонницей, она в день смерти императрицы, на заре, якобы увидела, как двое неизвестных вынесли тело Елизаветы из спальни. Прокравшись за ними, фрейлина увидела: тело было брошено в пруд. Волконская разбудила слуг, и труп подняли со дна.

Никаких подтверждений или опровержений эти события не получили. И, возможно, стоит пристальней взглянуть на эту «свидетельницу» – в середине XIX века она пользовалась известностью, в определённой степени скандальной. Правда, в пользу этой версии говорят показания местных старожилов, которым якобы известна могила, в которую императрица была погребена в Белёве.

Тем не менее ныне для учёных бесспорен факт: тяжело больная, убитая горем, достаточно одинокая в России, лишённая каких-либо амбиций женщина ни для кого реальной опасности не представляла.

### Народная версия

Эта версия в последние годы растеряла своих сторонников, так как считается доказанным, что Вера Молчальница – совершенно другая женщина. Первые сведения о ней относятся к 1834 г., когда странница появилась в Тихвине. В какой-то момент арестованная за якобы отсутствие паспорта, она оказалась в тюрьме. Она перестала отвечать на вопросы и соблюдала обет молчания 23 года, за что её и прозвали «молчальницей». Из тюрьмы она попала в дом для умалишённых. О ней узнала благотворительница графиня Орлова-Чесменская и поселила её в Сырковом женском монастыре в отдельной келье. Вера вела аскетический образ жизни, из приносимой монахинями пищи большую часть отдавала нищим или скармливала птицам. 6 мая 1861 г. она скончалась (К.Кудряшов, 1923).

### Официальная версия

Рассмотрим официальную версию, изложенную великим князем Николаем Михайловичем, 1909.

После смерти Александра здоровье императрицы продолжало ухудшаться. Возглавлявший её свиту П.Волконский и секретарь Н.Лонгинов почти ежедневно

извещали об этом Николая I и Марию Фёдоровну. Эти обстоятельства вызвали беспокойство в Зимнем дворце. Николай I, не желая усложнить положение своими указаниями, оставил на усмотрение врачей и свиты время выезда Елизаветы Алексеевны из Таганрога и определение пути следования.

К середине апреля решено было выехать. Но поскольку состояние императрицы по-прежнему вызвало у сопровождающих сомнения в благополучном путешествии,

попытка улучшить её состояние отдыхом у южного моря.

Работая в РГИА над описью № 2 фонда князей Волконских, я обратил внимание на название дела № 7 на французском языке: «Протоколы вскрытия тел Александра I и Елизаветы Алексеевны». И если результат исследования тела государя многократно публиковался и обсуждался в научной литературе, то медицинские факты о вскрытии трупа его супруги в литературе мне не встречались.

Предлагаю вниманию читателей

дали. 17. Под черепной коробкой и в мозгу не обнаружено ничего экстраординарного или достойного упоминания.

После этого тщательного обследования стало очевидно, что долгие страдания Её Величества имели источником патологическое устройство сердца, из-за чего полностью нарушено было равновесие циркуляции крови. Та часть благородного органа, которая предназначается для принятия венозной крови, была до такой степени растянута и ослаблена,

четко читается: Stoffregen.

Перед нами подпись лейб-медика императрицы? Чтобы в этом убедиться, надо найти заведомо известный автограф К.Штоффрегена. Их в архивах РГИА обнаружилось немало: в денежных и орденских расписках (о получении и уплате различных сумм). Подписи оказались идентичными автографу под копией протокола вскрытия тела императрицы. Итак, перед нами подлинный исторический документ. Как он попал в фонд князей Волконских?

### Тайное и явное

# Три версии смерти императрицы Елизаветы Алексеевны



перевод документа с небольшими деонтологическими сокращениями (орфография современная):

«5 мая 1826 г. в 7 часов вечера приступили к аутопсии тела Её Императорского Величества Императрицы Елизаветы Алексеевны, скончавшейся 37 часов назад.

1. Тело было чрезвычайно тощим, особенно в области грудной клетки и шеи <...> 4. При вскрытии грудной клетки обнаружены 5 рёбер слева, с 4-го по 8-е размягчённые и менее широкие, чем остальные; внутри содержалась гнойная жидкость. 5. В полости грудной клетки находилось небольшое количество венозной

был намечен маршрут пока до Калуги, куда предполагалось добраться утром 3 мая. К этому времени туда должна была прибыть Мария Фёдоровна, спешившая из Москвы навстречу невестке. Однако трудности пути и тающие силы Елизаветы Алексеевны позволили доехать лишь до Белёва – за 90 верст перед Калугой. Здесь, в доме, отведённом для ночлега, на своей походной кровати под утро Елизавета Алексеевна тихо скончалась. Мария Фёдоровна прибыла в Белёв на несколько часов позже.

Конкретных медицинских сведений о заболевании Елизаветы Алексеевны нет. С первых лет пребывания в России о ней сложилось впечатление как о болезненной, слабой здоровьем женщине. Об этом пишут многие для известные мемуаристы и исследователи. Она была высокого роста, очень худощавая. На щеках часто появлялись тёмно-красные пятна. Возможно, это была какая-то болезнь, например розацеа, нередкая у светло-волосых и светлокожих людей. Частые простудные заболевания свидетельствовали о слабости иммунитета. Несколько тяжело протекавших беременностей (две из них закончились родами), ранние смерти малюток-дочерей ещё более могли повлиять на здоровье императрицы. Известно, что одним из поводов выезда августейших супругов в Таганрог была

крови, источник которой не установлен. 6. Правое лёгкое сращено в нескольких местах с плеврой, но слабо. 7. Левое лёгкое внизу сильно спаяно с близлежащими сосудами. 8. Конструкция лёгких совершенно естественная, их субстанция здоровая, без малейших отклонений. Их ткань – без скрытого абсцесса или каких-либо уплотнений. 9. Перикард, обширно спаянный с диафрагмой, содержал небольшое количество воды – половину столовой ложки. 10. Сердце заметно меньше того, каким ему следовало бы быть. На поверхности левого желудочка в сторону верхушки обнаружено белёсое пятно, слегка выпуклое, 5 мм в диаметре, не пенетрированное в ткань этой мышцы. 11. Правое предсердие являло собой совершенно особую дезорганизацию. Оно было более чем в 6 раз увеличено, против обычного состояния. Это был большой мешок <...> Трикуспидальные клапаны оссифицированы. 12. Форма левого желудочка была более плотная, чем бывает обычно. Бикуспидальные клапаны – хрящеватые. 13. <...> печень оказалась очень большой, особенно её правая доля, ткань которой была уплотнённой; в остальном – без каких-либо патологических изменений. Желчный пузырь содержал небольшое количество желчи <...> 16. Другие внутренние органы этой полости ни в чём не постра-

что не могла выполнять свою функцию, а именно проталкивать далее полученную кровь посредством сокращений. Деструкция стенок сделала в конце концов эту функцию невыполнимой. Прекращение циркуляции крови должно было стать непосредственным следствием этого факта и одновременно послужить причиной внезапной смерти».

У меня нет никаких оснований поставить под сомнение полноту и объективность морфологических изменений, констатированных в документе (они вполне могли обусловить жалобы на здоровье, которые предъявляла императрица), а также вывод о естественной (от сочетания ряда хронических болезненных процессов) смерти государыни. Полагаю, что после обнаружения подробного медицинского документа, чётко свидетельствующего о причине смерти государыни, для исследователей, ответственно относящихся к объективной оценке фактов, должна остаться только одна версия – первая.

А теперь взглянем на обнаруженный документ глазами судебного эксперта.

Текст исполнен на одном листе, исписанном с двух сторон, чётким, красивым, ясно читаемым почерком – высокоорганизованным, как говорят судебные эксперты: оставлены широкие поля, соответствующие друг другу на титульной и оборотной сторонах, выделены рубрики. Все буквы и цифры чётко различимы и не допускают двояких прочтений, так же, как и знаки препинания. Чернила чёрные, несколько выцветшие.

Специалисты в области орфографии и синтаксиса французского языка заявили мне, что текст читается легко и не имеет грамматических ошибок, по стилю соответствует началу первой четверти XIX века. Тонкие штрихи, отсутствие клякс оставляют впечатление о том, что записи выполнены остро заточенным пером; полное отсутствие исправлений в столь ответственном и сложном по содержанию документе свидетельствуют о том, что перед нами копия, исполненная чиновником-копиистом.

Остаётся оценить подпись под текстом. Почерк её совершенно иной, чем основного документа. Буквы читаются с трудом, первые две сливаются, накладываясь одна на другую, как это часто бывает в автографах. Знаки деформированы, по размерам, наклону штрихов не соответствуют основному тексту, несут элементы «скорописи». И все же подпись

Наиболее рациональная версия – П.Волконский был одним из ближайших августейшей чете людей, всемогущим министром императорского двора. По какому-то причинам он пожелал иметь в своём личном архиве копии протоколов вскрытия Александра I и его супруги...

Но вопрос всё же остаётся: почему подлинник протокола вскрытия тела императрицы отсутствует там, где должен быть, – вместе с аналогичными документами государей и государынь из Дома Романовых за XIX век – в фонде 468 РГИА (кабинет Его Императорского Величества)?..

### Последний путь

Из Белёва тело Елизаветы Алексеевны направили в Петербург через Торжок, Вышний Волочёк, Чудово. На погребение императрицы Елизаветы Алексеевны выделили из государственной казны скромную сумму – 100 тыс. руб., с тем расчётом, что на оформление пойдут материалы, оставшиеся от погребения Александра I. Оставленное в Петропавловском соборе для всеобщего прощания тело Елизаветы Алексеевны затем было погребено рядом с Александром I по тому же церемониалу.

В Санкт-Петербурге нет официального памятника императрице Елизавете Алексеевне. Зато есть аргументированная версия (Л.Белозёрова, 1998) о том, что знаменитая статуя придворного скульптора академика П.Соколова в парке Екатерининского дворца в Царском Селе «Молочница с разбитым кувшином» (1810) – прижизненный памятник государыне как дань её скорби по двум потерянным дочерям. Многие данные подтверждают это мнение. Год смерти княжны Елизаветы совпадает с датой замысла статуи; размещена она на «царском» камне в любимом парке императрицы; одежда фигура в одежду не молочницы, а аристократки – тунику. Точные копии статуи в Суханово – подмосковном фамильном имении Волконских, семье, боготворившей государыню, и в Германии, на её родине. Не много ли совпадений? А как врач добавил бы ещё один аргумент: изящность, художественность, высокий рост фигуры (именно такой облик запечатлен на немногочисленных её портретах, на страницах мемуаров).

Юрий МОЛИН,  
профессор,  
заслуженный врач РФ.

Санкт-Петербург.

Женский праздник

Женский праздник, лучи марта согревают огоньком. Козырная бьётся карта дамой, а не королём.

Где-то птицам не сидится; манит их к себе Москва; и цветы хотят пробиться, ждут, когда сойдут снега.

В синем небе караваны легкокрылых облаков к чёрту шлют другие страны, хотя климат наш суров.

Я с тобою. Ты напротив. Я смотрю в твои глаза. Я доволен: в фас и профиль ты, как прежде, хороша.

Оба мы живём под Богом; Располным-полно тепла; от влияния такого жизнь как-будто расцвела...

О женской руке

Когда держу в своей руке Вашу протянутую руку, то ощущаю как во сне волнений сладостную муку.

Ваш голос, музыкой рождённый, рождает музыку во мне, а взгляд очей насторожённый сжигает в сладостном огне.

В судьбе, наполненной разлукой, людские встречи так редки... Не убирайте вашу руку, не то погибну от тоски...

Вы для меня гораздо больше...

Вы для меня гораздо больше, чем знакомая... Ничто не вырвет вас из памяти моей: ни стылый мрак ночей холодного безмолвия, ни равнодушный шум громадных площадей.

Вы подарили мне надежду чудной сказкой, Вы подарили мне счастливую звезду. Теперь мечтаю причаститься нежной лаской, идя навстречу по волшебному мосту.

Пока ещё я в клетке одиночества, прижавшись лбом к оконному стеклу, веду во мгле пустого словотворчества с самим собой беседу поутру.

Сокровенное

Самая главная в жизни...



Пока ещё суровый взгляд сообщества не разобрал мою неровную судьбу, я обращаюсь к вам по имени и отчеству: назначьте справедливого судью.

Вы для меня гораздо больше, чем знакомая, но будущего тем не забуду, когда решусь слова простые и не новые, произнести: «Я вас люблю...».

Самая лучшая

Вы – женщина, лучшая самая от Адама до Судного дня! В моей жизни вы самая главная – совершенство и искра огня.

Ненаглядные, сладкие губы, очень много морщин возле вас. В том не времени злая услуга, в том вина моя вся напоказ. Разыгралась метель-непогода; то ноябрь, то апрель на душе... Остаюсь по приказу природы на нелёгком стоять рубеже.

Рыцарский риск

В тихом небе грустный месяц заглянул в моё окно; задремавший белый ангел тронул правое плечо. Твоё имя со мной рядом бьётся голубем в груди; о тебе, как с вешним садом, каждый вечер говорит.

Драгоценное виденье, расцветающий простор, воскресенье и рожденье – милый, добрый, нежный взор!

Притязательное время кольнуть сердце норовит, и обязанностей бремя беспокоиться велит.

Беру рыцарское звание: позволюсь тебе рискнуть. Нахожу ногою стремя и коня пускаю в путь.

Петербургская весна

По Неве в прохладной дымке издалёка-далека проплывают, нежно тая ледяные острова...

В голубом очарованье небо, город и Нева... Мне назначила свиданье петербургская весна!

Озорник-апрель погоду в настроенье держит час, а на Невском тьма народу половодьем топит нас.

Мне на зависть свежий ветер распахнул ваше пальто, обнимается за плечи и целует вас в лицо...

Мы идём по Ленинграду, наслаждаясь днём весны. Я шепчу: «Ты мне в награду, Ты вошла в мои мечты!»

Все проспекты Ленинграда, переулки и мосты, и чугунные ограды пламенеют, как костры.

В голубом очарованье небо, город и Нева... Мне назначила свиданье раскрасавица весна.

В полшаге от весны

По переулку, как в овраге, мела метель на край Москвы. Людей встречала жёстким взглядом всего в полшаге от весны. А я стоял и ждал в тревоге ту, от которой рвутся сны, чтоб объясниться на пороге всего в полшаге от весны.

Зачем природе мои переживания, такие жёсткие, что застывает кровь. Быть может, входит в проекты созидания и безответная моя любовь.

Февраль резвился на сугробе снегами серой белизны. Ты приближалась по дороге всего в полшаге от весны. Спокойным и холодным взглядом, разрушив разом все мечты, окинула меня, минула рядом, всего в полшаге от весны.

Твой силуэт за поворотом, оставив след глухой тоски, колючим снегом заперошен всего в полшаге от весны. Рвалась метель, как по оврагу, из переулков в край Москвы... Я брёл в декабрь крошечным адом всего в полшаге от весны.

Сергей ПИСАРЕВСКИЙ, хирург.

**СКАНВОРД**

Ставка тюрк. хана	Звезда, Пегас										Воин	Часть ноги	Нем. естествоиспытатель	Зап. янный сосуд	Япон. terra-cottовые фигуры
		Выражение лица	"Мертвый сезон", реж.	Домашнее пиво	Самолет	Ами-сульт-прид	Город, Алтайский край						Тьма		
"Депутат, от ...", Бальзак	Англ. единицы длины			Коралловый остров				Франц. писательница	Соль уксус. кислоты	Полузапруда	Адажио			Подольный камень	Сверху
		Типогр. шрифт	Домашние задания	Неясный шум		Румын. живописец				Врач Браун			Бакст, картина		
Шапка (стар.)	Карбо-платин	Арт. орудие			Англ. поэт	Соревнования лошадей	Украшение, икона				Лестница в театре	Раздел книги			
			Порт. Финляндия	Ресторан, эстрада				Жанр поэзии	Незасеянное поле				Аккад. бог бури		
Светильник	Каменная куропатка	Кондит. изделие		Осадки			...-модель								
			Вечнозеленый кустарник		Обезьяна										
Автор Валерий Шаршуков	Приток Дуная				Ось с колесами		Араб. бубен								

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

Ответы на сканворд, опубликованный в № 7 от 22.02.2023.

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

Главный редактор А.ПАПЫРИН. Редакционная коллегия: И.БАБАЯН (ответственный секретарь), Е.БУШ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, Г.ПАПЫРИНА, Ф.СМИРНОВ (редактор сайта). Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ. 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 № 0591. Тираж 14 009 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.