

# Медицинская

12 апреля 2023 г.  
среда  
№ 14 (8083)

# Газета



130 лет

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

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

Антибиотики должны быть только в руках профессионалов.

Стр. 5

Как судмедэксперты умудрились окончательно запутать судью. Об уголовном деле, где много непонятного, нелогичного и противоречивого.

Стр. 6-7

Конференция молодых учёных существенно влияет на формирование будущей смены специалистов противотуберкулёзной службы.

Стр. 12

## События

# Новый комплекс в юбилейный год

## Московский эндокринный завод наращивает свои мощности



Московский эндокринный завод, которому в этом году исполняется 80 лет, ввёл в действие новый научно-лабораторный комплекс. Он расположен в заводском филиале «Лефортовский» на востоке столицы. К этому событию был приурочен визит на предприятие мэра Москвы Сергея Собянина и заместителя министра промышленности и торговли РФ Василия Осмакова.

Выступая с приветственным словом во время церемонии открытия, столичный градоначальник поздравил рабочий коллектив с юбилеем предприятия и назвал славной его историю, начавшуюся в годы Великой Отечественной войны, когда завод обеспечивал фронт и тыл необходимыми лекарствами. Сегодня завод является одним из флагманов российской фармацевтики и импортозамещения, по целым направлениям обеспечивая страну отечественными препаратами.

В свою очередь В.Осмаков отметил большую социальную роль предприятия. Во время недавней

В одной из лабораторий комплекса

пандемии оно активно включилось в борьбу с коронавирусом, здесь даже наладили производство медицинских масок. Кроме того, были реализованы ключевые проекты в сфере производства препаратов, связанных с обезболиванием. «Спасибо большое Москве, спасибо большое Сергею Семёновичу. Это действительно большой совместный проект, качественный, когда федеральные власти, город и предприятие вместе делают одно очень важное дело», – сказал заместитель министра.

Открытием научно-лабораторного комплекса площадью 6,2 тыс. м<sup>2</sup> на 250 рабочих мест Московский эндокринный завод завершил второй этап масштабной реконструкции филиала «Лефортовский», которая должна завершиться в 2025 г. Общий объём инвестиций в данный проект составит около 6 млрд руб. Планируется создание высокотехнологичного предприятия полного цикла по производству нескольких десятков фармацевтических субстанций и готовых лекарственных форм. В июне прошлого года в рамках проекта в экс-

плуатацию ввели центр разработки биотехнологических и инновационных лекарственных средств. Последним этапом станет реконструкция и перевооружение производственного корпуса площадью 14,5 тыс. м<sup>2</sup>. В результате город приобретёт свыше тысячи новых рабочих мест.

На сегодняшний день Московский эндокринный завод является крупнейшим по численности сотрудников фармацевтическим предприятием столицы. Более 75% выпускаемой им продукции входит в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Осуществление реконструкции филиала «Лефортовский» стало возможным в том числе благодаря так называемому офсетному контракту с городом. Завод обязался модернизировать производство и начать выпуск 20 важнейших лекарств. Мэрия, в свою очередь, гарантировала их закупку. Первые поставки лекарств по офсету запланированы на текущий месяц.

Николай ТРОФИМОВ.

## Официально

# Обнадёживающая тенденция

Президент России Владимир Путин провёл встречу с министром здравоохранения Михаилом Мурашко. Глава ведомства информировал Президента о текущей ситуации в сфере здравоохранения, в том числе в новых субъектах Федерации.

Как сообщил М.Мурашко, в России после снижения заболеваемости коронавирусом медико-демографическая ситуация улучшается. Показатели младенческой смертности – самые низкие за всю историю страны. Снижение смертности от онкологических заболеваний за последние 2 года составило 4,5%. По сравнению с 2019 г. на 10% снизилась смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. По словам министра, есть несколько ключевых факторов, повлиявших на это.

«Первый – это диспансерное наблюдение. Мы поменяли сегодня принцип подхода к формированию диспансерных групп: включились и фонд обязательного медицинского страхования, и страховые компании, и медицинские организации. Наша самая главная задача – сформировать контингенты, которые требуют повышенного внимания, и по ним принимать решения: кто-то должен получить терапию, кто-то направляться на хирургическое лечение. Большое количество рент-

генографического оборудования установлено в регионах. На 16% только за последний год увеличилось количество таких вмешательств», – сообщил глава Минздрава.

Он остановился и на организации онкологической помощи. «Сегодня по онкологии доступны фактически все виды терапии. Только за последние 3 года практически на 50% увеличилось число курсов химиотерапии; почти на 40% – количество схем, применяемых в современной химиотерапии. Фотонная терапия стала доступна, сегодня её уже выполняют региональные онкологические центры. Впервые у нас появилась протонная терапия в арсенале лечения онкологических заболеваний – 4 тыс. пациентов прошли её за последние два с небольшим года», – сообщил министр.

Активное развитие получили и радиофармпрепараты. Российские учёные разработали их на основе лютеция и актиния. При определённых видах онкологических заболеваний они дают хороший эффект, в том числе при III-IV стадиях рака, когда другая терапия уже не работает. Сегодня компания «Росатом» помогает в их промышленном производстве, есть планы по строительству завода по выпуску радиофармпрепаратов.

Сергей ФЁДОРОВ.

## НАШИ ИНТЕРВЬЮ

### Мария КИСЕЛЁВА

Директор Института психолого-социальной работы Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, заведующая кафедрой педагогики и медицинской психологии:

Причин, по которым у врача нарушается контакт с пациентами, много. Но хорошая новость заключается в том, что все эти причины известны, а их последствия можно профилировать.

Стр. 10-11



## Новости

## «Тоннель» от руки к ноге

В окружную клиническую больницу Нижневартовска недавно был доставлен житель города Радужного с поражением артерий нижних конечностей двойной локализации. На компьютерной томографии диагностирован острый тромбоз подколенной артерии справа и синдром Лериша, при котором поражается самый крупный сосуд в организме – брюшная аорта.

Первоначально врачи провели гибридную операцию, во время которой были удалены тромбы из подколенной артерии справа. Мужчине стало легче, но через 10 дней боли вернулись, и врачам предстояло продумать новый план, который позволил бы сохранить правую ногу.

«При таких состояниях существует несколько способов оперативного вмешательства, – говорит ангиохирург Дмитрий Корнилов. – Самый распространённый из них – пришивание шунта в виде «штанов» к брюшной аорте и бедренным артериям. Но вариант большой открытой операции на животе был отклонён, учитывая возраст и сопутствующий анамнез: пациент просто не перенёс бы подобное вмешательство. После всех обсуждений было принято решение провести экстраанатомическое подмышечно-бедренное шунтирование справа».

Было произведено два разреза: в паховой области и в подколенной. От подмышечной артерии установили шунт к бедренной, благодаря чему сформировали тоннель, по которому кровь из артерии, питающей руку, кровоснабжает ногу. В результате операции кровообращение в нижней конечности было нормализовано, однако прошёл не один день, прежде чем хирурги полностью убедились: жизнь мужчины вне опасности. После того, как восстановилось нормальное самочувствие и прошли боли, пациент был выписан домой.

Алёна ЖУКОВА.

Нижневартовск.

## Редкий перелом – редкая операция

В отделение сочетанной травмы городской клинической больницы № 1 Пятигорска после ДТП поступил семилетний пациент. Ему диагностировали перелом шейки бедра со смещением. Пятигорские травматологи совместно со специалистами НМИЦ детской травматологии и ортопедии им. Г.И.Турнера Минздрава России (Санкт-Петербург) и краевой детской клинической больницы (Ставрополь) приняли решение полностью восстановить маленькому пациенту анатомию и функцию тазобедренного сустава. Для этого специалисты больницы выполнили мальчику уникальную операцию – закрытую репозицию на ортопедическом столе под контролем ЭОП и остеосинтез шейки бедра спонгиозным канюлированным винтом. Все манипуляции были проведены через один маленький прокол в бедре. В результате ювелирной операции пятигорских травматологов функция ноги пациента восстановлена. Уже на второй день после операции он начал ходить с помощью костылей.

Вот как прокомментировал этот случай заведующий отделением сочетанной травмы больницы Пятигорска Андрей Бикбаев: «В таких экстремальных ситуациях важно соблюсти правило «золотого часа», а если точнее – дорога каждая минута и чем быстрее пациент попадёт на операционный стол, тем выше его шансы выжить и восстановиться. Нам удалось в буквальном смысле поставить мальчика «на ноги» благодаря своевременному оказанию высокотехнологичной помощи».

Роман МАЙСКИЙ.

Ставропольский край.

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

## Слово о газете

## Сорок лет вместе!

Медицинскую газету я люблю смолоду – сорок лет вместе! И по-прежнему с нетерпением жду каждый новый номер. Самые важные темы мы обязательно обсуждаем с коллегами.

Радует, что газета остаётся источником полезной и авторитетной информации в сфере здравоохранения. Чувствуется, что коллектив редакции творчески и профессионально подходит к подготовке всех материалов.

На правах давнего читателя хотел бы высказать пожелания для улучшения издания. Хорошим ориентиром для профессионального сообщества стала бы публикация на страницах «Медицинской газеты» личной оценки процессов, которые происходят в здравоохранении страны, от министра здравоохранения. Также знакомство с опытом решения актуальных проблем в различных регионах: организации доступности медицинской помощи для населения с учётом особен-



ностей региона, привлечения и закрепления кадров, опыта вовлечения органов местного самоуправления в организацию охраны здоровья и оказания медпомощи, а также инновационных технологиях в отрасли.

Уверен, что впереди читателей ждёт ещё множество прекрасных материалов о нашей самой благородной профессии.

**Владимир ЛЕШЕНКО,**  
председатель комитета  
по здравоохранению  
Алтайского края.

Барнаул.

## Ориентиры

Трансформации  
медицинского образования  
в цифровую эпоху

Это стало основной темой на общероссийской конференции «Неделя медицинского образования – 2023»



Награду получила доцент кафедры внутренних болезней им. С.С.Зимницкого Казанского ГМУ Елена Хазова

В Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова прошла XIV общероссийская конференция с международным участием «Неделя медицинского образования – 2023». Уже более 10 лет она является одной из главных площадок для диалога учёных, специалистов и координаторов системы здравоохранения и первоначально называлась «Медицинское образование в России».

Открывая работу конференции, ректор Сеченовского университета академик РАН Пётр Глыбочко отметил, что в рамках мероприятия пройдут различные семинары, симпозиумы, «круглые столы», секционные заседания и выставки достижений медицины и образования. Университет подготовил 19 площадок, на которых будут более 450 докладов и выступлений.

П.Глыбочко также подчеркнул: «Мировыми трендами развития медицины, которая базируется на принципе Гиппократова «не навреди», сейчас являются наукоёмкость, высокотехнологичность и междисциплинарность. Поэтому целью стало формирование качественно нового выпускника – «универсал – исследователь – профессионал». По его мнению, применение одной технологии не обеспечит качественный прорыв в подготовке специалиста. Это требует совмещения нескольких пересекающихся наборов навыков. Виден запрос работодателей на сочетание клинических и исследовательских компетенций, а также компетенций в области биомедицинских технологий, разработок и инноваций, что определяется междисциплинарностью».

В открытии конференции приняли участие министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко, директор Департамента здравоохранения Правительства РФ Игорь Каграманян, председатель Комитета Совета Федерации по социальной политике Инна Святенко, заместитель президента Российской академии образования Геннадий Онищенко, руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Алла Самойлова.

В своём приветственном слове М.Мурашко подчеркнул, что Россия является одним из лидеров по медицинскому образованию и открыта к сотрудничеству с зарубежными странами. Глава Минздрава России обозначил, что медицинские знания должны соответствовать современным трендам. Именно сейчас под-



готовка в формате цифровой трансформации является ключевой для всей отрасли. «В настоящее время медицинская отрасль – передовое направление на стыке современных технологий, включающих в себя классические разделы медицины, технологии инженерии и вопросы искусственного интеллекта. Уже сегодня мы начали внедрять цифровой профиль пациента. А пациент – это ключевой источник информации, который фактически формирует все информационные потоки в медицинских системах», – добавил он.

В обращении к участникам конференции И.Святенко уточнила, что цифровая трансформация диктует высокие требования к медицинскому образованию. «Традиционные методы передачи знаний в высшей школе должны быть переосмыслены с целью повышения мотивации студентов, подготовки молодых людей к работе с огромным объёмом данных в медицинских информационных системах, умении работать в процессе постоянных изменений».

Требуется развитие системы непрерывного последипломного обучения с использованием дистанционных образовательных технологий и повышение уровня компьютерных знаний и навыков у медицинских работников».

За время работы конференции участники обсудили такие важные темы, как совершенствование системы подготовки медицинских кадров, персонализация в здравоохранении и медицинском образовании, развитие непрерывного медицинского образования, цифровой университет и современные методы управления информационной средой в здравоохранении.

Торжественным моментом первого дня стало награждение премией в сфере медицинского образования России Координационного совета по области «Здравоохранение и медицинские науки». Ею удостоились 10 специалистов и коллективов со всей страны. Свои награды получили и участники 8-й Всероссийской студенческой олимпиады по практической медицинской подготовке «Золотой МедСкилл». За звание лучших боролись студенты 4-6 курсов по направлению подготовки «лечебное дело».

Особое внимание было приковано к стратегической сессии «Трансформация медицинского образования. Опыт университетов – участников программы «Приоритет – 2030». В ней приняли участие руководители и сотрудники вузов уже участвующих в программе стратегического академического лидерства «Приоритет – 2030» и кандидаты. Для них организаторы подготовили 8 секций: качественный преподаватель, качественный контент в медицинском образовании, углублённая подготовка по фундаментальным дисциплинам, наставничество: целесообразность и пути реализации, сетевое взаимодействие, проект «Цифровые кафедры», медицинское образование за рубежом, индивидуальные образовательные траектории. Участники представили кейсы лучших практик, реализуемых в рамках программ развития. Положительный опыт в итоге станет основой общей «дорожной карты» проектов развития медицинского образования в РФ до 2030 г.

Юрий ГЛИНКИН.

Визиты

# Министр посетил новые регионы

**Министр здравоохранения России Михаил Мурашко посетил с рабочим визитом Запорожскую и Херсонскую области, где ознакомился с работой учреждений здравоохранения, пообщался с медицинскими работниками и пациентами.**

М.Мурашко осмотрел Мелитопольскую областную больницу, Мелитопольский областной родильный дом и Геническую центральную районную больницу. В медицинские организации осуществляется поставка необходимого оборудования и лекарственных препаратов для обеспечения бесперебойной медицинской помощи прикрепленному населению. Так, в Мелитопольский областной родильный дом в конце прошлого года и в начале 2023 г. были закуплены и введены в работу аппарат УЗИ для осмотра новорожденных, портативный передвижной цифровой рентгеноаппарат с возможностью

проводить снимки новорожденных, дыхательный аппарат искусственной вентиляции легких для новорожденных, наборы хирургического и акушерского инструментария (последняя частичная закупка хирургических инструментов была более 35 лет назад) и другие медицинские изделия для оказания необходимой помощи беременным, роженицам и новорожденным.

– Сегодня идет дооснащение медицинских организаций оборудованием, автотранспортом – машинами скорой помощи они сегодня укомплектованы практически на 100%, а также автотранспортом для поликлинических подразделений, которые обеспечивают выезд медицинского персонала на дом. Специально закуплены автомобили для проведения профилактических осмотров, диспансеризации населения, – сообщил министр журналистам в Мелитополе.

По его словам, создаются региональные сосудистые цен-

тры, которые оснащаются оборудованием для проведения инвазивных процедур, реанимационных мероприятий. Сегодня все группы пациентов полностью обеспечены лекарственными препаратами на амбулаторном и стационарном этапе.

Глава Минздрава России в ходе беседы с пациентами и медперсоналом рассказал о дальнейших планах интеграции системы здравоохранения регионов в российскую. На встрече присутствовали председатели правительства регионов Андрей Алексеенко и Антон Кольцов.

Как ранее сообщил М.Мурашко на встрече с Президентом РФ Владимиром Путиным, в четырех новых регионах ремонтируются 138 учреждений здравоохранения, продолжаются медицинские осмотры детей, на сегодняшний день выездными бригадами медиков их осмотрено более 206 тыс.

**Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.**

Преодоление

# Ревакцинация предотвратила летальные исходы

**Летальных исходов от COVID-19 среди своевременно ревакцинированных пациентов в стране с начала 2023 г. не зафиксировано, заявил директор НИИ гриппа им. А.А.Сморodinцева Минздрава России Дмитрий Лиознов.**

Ранее в СМИ появилась информация о том, что 90% смертей от коронавирусной инфекции в Великобритании приходится на вакцинированное население.

– В средствах массовой информации обсуждаются результаты анализа британской базы данных по COVID-19. Информация касается мРНК-вакцин, применяемых в странах Запада, в России такие препараты не зарегистрированы, их оборот не разрешен. При этом основными препаратами

для профилактики COVID-19 у нас являются вакцины «Спутник V» и «Спутник Лайт» на основе аденовирусного вектора, – сказал Д.Лиознов.

Он отметил, что по решению Минздрава России в стране ведется персонализированный учет лиц, заболевших COVID-19 или прошедших вакцинацию против COVID-19. Накопленные данные на основе федеральных регистров показывают, что вакцинация, проводимая в России, устойчиво снижает риск смерти для вакцинированных лиц по сравнению с невакцинированными, пояснил Д.Лиознов.

Он также добавил, что среди умерших от COVID-19 в 2022 г. более 96% не были вакцинированы.

**Владимир ЧЕРНОВ.**

Инициатива

# Прокуратура защитила права врачей

**Челябинская транспортная прокуратура в судебном порядке взыскала с регионального фонда соцстрахования (ФСС) более 3,2 млн руб. в пользу медиков больницы «РЖД-Медицина». Как сообщили в пресс-службе ведомства, фонд должен оформить единовременную выплату 47 работникам.**

«Установлено, что региональным отделением ФСС с августа 2022 г. принимались решения об отказе оплаты страховых

случаев медикам, заболевшим COVID-19 при исполнении трудовых обязанностей. Прокуратурой направлены иски о признании заблуждения страховым случаем», – сообщили в транспортной прокуратуре.

Там отметили, что суд удовлетворил иск прокуратуры. После вступления решений в законную силу прокуратура протестирует его исполнение.

**Игорь НАУМОВ.**

Челябинск.

Криминал

# Дело направлено в суд

**Прокуратура Тамбовской области утвердила обвинительное заключение по уголовному делу в отношении бывшей главы Управления здравоохранения региона Марины Лапочкиной и направила дело в Ленинский районный суд Тамбова для рассмотрения по существу. Экс-чиновницу обвиняют в превышении должностных полномочий (ч. 1 ст. 286 УК РФ). Считается, что она помогла уйти от наказания виновнику дорожно-транспортного происшествия.**

Следователи полагают, что в декабре 2019 г. М.Лапочкина дала своим подчиненным незаконные указания с требованием внести в медицинскую документацию заведомо недостоверные сведения об отсутствии алкогольного опьянения у участника ДТП.

«Указанные действия обвиняемой создали препятствия для достоверного установления всех

обстоятельств ДТП при рассмотрении судом уголовного дела по п. «а» ч. 4 ст. 264 УК РФ и вынесении по нему приговора, который впоследствии был отменен судом апелляционной инстанции по представлению прокуратуры», – сообщили в пресс-службе Генпрокуратуры РФ.

Местные СМИ отмечали, что участником ДТП был сын бизнесмена Михаила Корнева – Кирилл. Он ехал за рулем снегоболотохода и врезался в столб. В результате столкновения погиб пассажир. МВД возбудило уголовное дело из-за подделки анализов, которые показали отсутствие алкоголя в крови водителя.

М.Лапочкину задержали в сентябре 2022 г. Тогда суд отправил её под домашний арест, сообщив, что такая мера пресечения выбрана из-за наличия у неё загранпаспорта, высокой должности и живущей в США дочери.

**Анатолий ПЕТРЕНКО.**

Осторожно!

# Ситуация с паводками под контролем

**В связи с развитием в ряде регионов России весеннего половодья Роспотребнадзор продолжает осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор за эпидемиологически значимыми объектами, сообщили в ведомстве.**

«Совместно с органами исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья проводятся превентивные мероприятия, включающие в себя оценку готовности медицинских организаций к приёму больных, наличие запасов вакцин, препаратов экстренной профилактики и неспецифической профилактики, лабораторной базы к индикации возбудителей инфекционных и паразитарных болезней», – говорится в сообщении.

На особом контроле службы в настоящее время находятся Брянская и Новгородская области. Санитарно-эпидемиологическая обстановка в этих регионах стабильная, качество питьевой воды соответствует установленным требованиям. Проверены нештатные формирования для оказания практической и методической помощи, резервные пункты временного размещения граждан в случае эвакуации с затопленных территорий.

Роспотребнадзор участвует в проверках систем водоснабжения и водоотведения, а также соблюдения технологий водоподготовки и водоочистки, режима обеззараживания воды перед поступлением в сети, наличия достаточного количества реагентов и обеззараживающих средств.

В зоне особого внимания – эпидемиологически значимые объекты, попадающие в зоны подтопления. Также организован комплекс санитарно-противоэпидемических мероприятий по обеспечению населения подтопленных территорий качественной питьевой водой. Увеличена кратность и количество отбора проб в разводящей водопроводной сети и воды поверхностных водоёмов. В целях исключения возникновения острых кишечных инфекций проводится разъяснительная работа с населением по профилактике инфекционных болезней. Территориальными органами Роспотребнадзора организованы «горячие линии» для населения по вопросам качества питьевой воды и своевременным обеспечением.

**Юрий ДАНИЛОВ.**

Акцид

# Помощь пострадавшим от землетрясения

**В турецкой провинции Хатай продолжает работать полевой многопрофильный госпиталь Минздрава России, который был развернут в регионе для оказания помощи пострадавшим от землетрясения.**

Специалисты Федерального центра медицины катастроф Минздрава России, обеспечивающие оказание помощи пострадавшим, помогли турецким коллегам принять 5,2 тыс. пациентов за неделю. Из них более 1 тыс. прошли лечение в стацио-

наре госпиталя. В том числе более 15 пациентов с хронической почечной недостаточностью получили необходимое количество процедур гемодиализа.

Помощник министра здравоохранения России Алексей Кузнецов сообщил, что для работы полевого госпиталя в Турции задействованы 11 модулей, сотрудники Федерального центра медицины катастроф и турецкие медики ведут приём круглосуточно. Он напомнил, что аналогичный многопрофильный госпиталь развернут также

в сирийском Алеппо. Всего с 20 марта, с момента развертывания госпиталя в Турции, российские специалисты оказали медицинскую помощь почти 9 тыс. пострадавшим при землетрясении.

Землетрясение магнитудой 7,7 произошло в Турции в ночь на 6 февраля, за ним последовала серия повторных толчков, магнитуда одного из которых составила 7,6. Число жертв в стране превысило 50 тыс. человек.

**Павел БАЛАГИН.**

Наступление тепла обычно ожидается с нетерпением и радостью. Но только не людьми, склонными к сезонной аллергии. Поэтому в преддверии начала весеннего опыления одной из самых обсуждаемых и врачами и пациентами тем становится диагностика, профилактика и методы лечения этого, хочется сказать заболевания, но директор Института иммунологии ФМБА России член-корреспондент РАН Муса Хаитов поправляет: состояние, которое характеризуется повышенной реактивностью организма на определённые антигены. В данном случае – аллергены.

### В плену у пыльцы

Одной из самых известных гипотез является так называемая гигиеническая, предполагающая, что человек, проживающий в более естественных сельских условиях и с детства получающий большой «репертуар» аллергенов, менее подвержен аллергии. У него эффективнее формируется ТН-1-тип реагирования иммунной системы, о чём свидетельствуют результаты многочисленных широкомасштабных исследований.

Соответственно, урбанизация, ухудшение экологической обстановки, в том числе загрязнение атмосферы автомобильными выхлопами, являются постоянными катализаторами развития аллергии. Свой вклад вносят и вирусные инфекции, заболевания желудочно-кишечного тракта, стрессы, постоянная миграция населения, даже глобальное потепление.

А весной к факторам риска добавляется поллиноз, периоды которого специалистам хорошо известны: весной – цветение берёзы и ольхи, затем, в начале лета, тимефеовки, и чуть позже – полыни.

«У сенсibilизированного пациента к определённым аллергенам пыльца поражает в основном слизистые верхних дыхательных путей и конъюнктивы глаз, – рассказывает заместитель директора Института иммунологии по клинической работе, главный врач клиники института, профессор Наталья Ильина. – Возникает так называемый риноконъюнктивальный синдром, а при очень высокой антигенной нагрузке или высокой чувствительности присоединяются и приступы затруднённого дыхания. То есть развивается атопическая бронхиальная, или пыльцевая астма». Отсутствие лечения аллергического ринита чревато развитием полиорганности, поражением других систем. Следствием «запущенной» аллергии становится, прежде всего, бронхиальная астма, которая особенно тяжело протекает в пик пыления или во время пыльцевых бурь.

### Обсуждения

# В воздухе запахло весной

## Но далеко не всех это радует

«Сейчас довольно часто мы диагностируем эозинофильные эзофагиты и поллинозы вместе с гастроэнтерологами, – добавляет Н.Ильина. – У нас вообще междисциплинарная специальность. Мы сотрудничаем и с пульмонологами, и с оториноларингологами, и с гастроэнтерологами. Потому что в основе многих заболеваний лежит системное аллергическое воспаление».

«При всём кажущемся многообразии лекарственных средств в аптечной сети, в арсенале аллерголога – всего четыре группы препаратов, – рассказывает Н.Ильина. – Это антигистаминные и антилейкотриеновые препараты, а также назальные атопические стероиды, которые вводятся непосредственно в поражённый орган (интраназально или, если это астма, эндотрахеально). Но основной наш метод – аллергенспецифическая иммунотерапия. Она применяется во всём мире более 100 лет, поскольку действительно способна приостанавливать аллергический или атопический «марш».

Но, подчёркивает доктор, это требует очень большой дисциплины от пациента, комплаентности, готовности к сотрудничеству с врачом во время длительного (не менее 3 лет) лечения и принятия определённых ограничений в образе жизни. Поэтому не менее важная часть работы специалистов-аллергологов, наряду с образовательными программами для терапевтов и врачей первичного звена, – просвещение пациентов.

### На молекулярном уровне

Просвещение пациентов необходимо ещё и для того, чтобы они сами не назначали себе обследования на аллергены, чаще всего – совершенно не нужные, – считает эксперт Центра молекулярной диагностики ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора Марина Вершинина. Тем более что в отличие от простых и недорогих кожных проб современная лабораторная диагностика, применяемая при множественной сенсibilизации, достаточно дорогостоящая и не покрывается ОМС. В её основе лежит методика определения иммуноглобулина класса Е по отношению к отдельным молекулам в структуре пыльцевого зерна. Благодаря этому можно выявить чувствительность орга-



низма ко всем веществам, имеем схожие белки в составе пыльцевых зёрен.

«Оказалось: когда у человека возникает реакция на пыльцу берёзы, он не может употреблять в пищу сельдерея, яблоки, фундук и другие пищевые продукты, потому что молекулярные белки в их составе похожи на белки в зёрнах пыльцы ведущего аллергена – берёзы, – говорит М.Вершинина. – Так объясняется феномен перекрёстной сенсibilизации. И точно так же молекулярная аллергология помогает объяснить, будет ли эффективна аллергенспецифическая терапия».

По её словам, в последнее время стали популярны мультиплексные тесты – алергочипы ISAC, ALEX и другие, которые позволяют составить в рамках одного исследования весь профиль сенсibilизации у пациента. То есть выявить наличие иммуноглобулинов Е по отношению к большому спектру молекулярных антигенов. Результат такого исследования даёт аллергологу полное представление о том, на что реагирует пациент, какие у него перекрёстные реакции и какая терапия ему показана.

«Именно молекулярный подход был использован для создания инновационной вакцины против аллергии к пыльце берёзы и ассоциированных пищевых аллергенов, – рассказывает М.Хаитов. – Эта вакцина была разработана нами совместно с ведущим учёным из Венского медицинского университета Рудольфом Валентой, при поддержке мегагранта от Правительства РФ. Мы предполагаем, что после прохождения всех необходимых клинических исследований первая в мире

рекомбинантная вакцина будет рекомендована не только для терапии аллергии к пыльце берёзы и ассоциированным пищевым аллергенам, но и для профилактики. Поэтому хочется надеяться, что она будет введена в Национальный календарь профилактических прививок».

### В чём же её уникальность?

Директор Института иммунологии поясняет: существующие на сегодняшний день аналоги, которые используются для аллерген-специфической иммунотерапии (а это сейчас единственный патогенетический механизм лечения), безусловно, обладают определённой эффективностью, но в них в качестве сырья используются натуральные экстракты. Таким образом, сырьё непосредственно зависит и от самого сезона пыления, и от многих других факторов, из-за чего физико-химические свойства вакцины сильно варьируют, и их сложно стандартизировать. Более того, есть проблемы и с безопасностью, ведь в составе вакцины присутствует нативный аллерген. Молекулярный подход позволяет этого избежать.

«Вакцинная конструкция была создана таким образом, чтобы в её состав вошёл определённый носитель, на который были посажены гипоаллергенные компоненты: основной мажорный аллерген пыльцы берёзы (Bet v 1) и белок Mal d 1. Благодаря этому вакцина после введения в организм способствует выработке защитных IgE-антител не только к основным аллергенам пыльцы берёзы, но также к ассоциированным пищевым аллергенам

– яблоку, персику, сельдерею. То есть ко всем белкам, которые входят в так называемое семейство PR-10. При этом защитный эффект достигается за счёт всего лишь 5 инъекций, в то время как аналоги требуют введения 20-30 в случае подкожной иммунотерапии, а сублингвальная терапия вообще предполагает очень длительные сложные курсы. И затем необходима одна поддерживающая инъекция в течение 3 лет перед сезоном пыления».

До клинических исследований институт планирует завершить в нынешнем году. К производству препарата готовится Санкт-Петербургский институт вакцин и сывороток им. И.И.Мечникова ФМБА России. После окончания исследований и регистрации вакцина появится на рынке.

Интересно, что слово «пандемия» у нас ассоциируется только с коронавирусом. Однако задолго до этого медики начали говорить о пандемии аллергии, распространённость которой росла в геометрической прогрессии. Как ни странно, «встреча» этих пандемий, при всей негативности последствий для жителей планеты и мировой экономики, имела и положительные стороны.

«Эпидемия новой коронавирусной инфекции стала определённым локомотивом для учёных, которые работают в области bioscience, – говорит М.Хаитов. – И мы гордимся, что Россия является страной, где была зарегистрирована первая в мире вакцина против SARS-CoV-2 – «Спутник». В ФМБА также создана оригинальная вакцина, имеющая в своём составе белок N, благодаря чему на её эффективность не влияет мутационный процесс. А основой уникальной разработки нашего института – препарата МИР-19 для терапии SARS-CoV-2 стала платформа по олигонуклеотидному и пептидному синтезу, которую можно использовать для создания новых лекарственных препаратов. Они будут предназначены для профилактики и лечения заболеваний, связанных с аллергическими воспалениями, например, аллергического ринита, бронхиальной астмы».

Таким образом, «свет в конце тоннеля» для аллергиков становится всё ярче...

Алёна ЖУКОВА,  
корр. «МГ».

Москва.

### Опросы

## Сколько россияне тратят на медицину?

В каких случаях вы обычно обращаетесь к врачу? Сколько раз вы ходили к врачу за последний год? Почему вы обращаетесь в те или иные медучреждения? Каковы ваши расходы на медицину? На эти и другие вопросы ответили участники опроса, который провела страховая группа «СОГАЗ» среди жителей страны.

В исследовании приняли участие тысячи респондентов, которые обслуживаются по ОМС, ДМС, а также в коммерческих клиниках за свой счёт. Подавля-

ющее большинство опрошенных (79%) обращаются к врачу не чаще 5 раз в год, в том числе 30% – не более раза в год, 49% – от 2 до 5 раз в год. Ещё 12% посещают врача 6-10 раз в год, а 9% – более 10 раз.

Посещают врачей при недомоганиях средней тяжести 49% респондентов, стараясь не доводить ситуацию до запущенной стадии, а 30% опрошенных обращаются к специалистам только при серьёзном ухудшении самочувствия. Не планируют заранее расходы на медицину и думают о них только тогда, когда понадо-

билось лечение, а ОМС по каким-то причинам не подходит, 86% респондентов. Из-за этого более половины опрошенных (56%) попадают в ситуацию, при которой нужный комплекс медицинских услуг в коммерческой клинике оказывается значительно дороже, чем они ожидали.

Всего же участники исследования тратят на медицину в основном более 10 тыс.руб. в год: 21% респондентов – от 10 до 15 тыс., 42% – более 15 тыс. И только у 37% опрошенных россиян ежегодные расходы на медицину составляют менее 10 тыс. руб.

Выбирая коммерческую клинику, россияне, как правило, ориентируются на знакомого или рекомендованного врача: в вопросе о критериях такого выбора 60% респондентов выделили конкретного врача, а 47% голосов получил вариант с отзывами о специалистах. Для сравнения, удобное расположение клиники оказалось важным только для 38% опрошенных.

Знакомые и проверенные врачи – также главная причина обслуживания в нескольких клиниках, которое практикуют более 80% респондентов. При этом

большинство опрошенных (70%) готовы платить за консультации персонального лечащего врача, который составляет индивидуальный план лечения и сопровождает пациента до полного выздоровления.

По результатам опроса, для россиян медицина – это в основном решение уже возникших проблем со здоровьем, и это решение должно быть быстрым. Так, 66% опрошенных обращаются в коммерческие клиники, потому что там нет очередей. При этом только 20% респондентов проходили диспансеризацию по ОМС в течение года, а доля прошедших обследование в коммерческих клиниках ещё ниже – всего 9%.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

– Виталий Геннадьевич, насколько эффективна стратегия контроля антимикробной терапии и всегда ли она работает?

– Давайте начнём разговор с исследования 2017 г. международной организации Кокрейн (Cochrane). В нём оценивались результаты реализации стратегии управления назначением антибиотиков в стационарах. Было проведено 221 исследование, из них 58 рандомизированных клинических. И проводили их на 4 континентах.

Согласно заключению авторов, получены доказательства высокой степени достоверности в отношении того, что снижение использования антибиотиков, вероятно, не увеличивает летальность, но сокращает продолжительность пребывания пациента в стационаре. Дополнительные исследования, сравнивающие эффективность применения антибиотиков при отсутствии вмешательства, вряд ли изменят выводы. Казалось, на этом можно поставить точку. Большой обзор от компании, которой мы доверяем, и вряд ли можно что-то представить выше по уровню доказательности. Но вопросы возникают. Поэтому мы вынуждены возвращаться к ним и говорить на эту тему снова и снова.

– Почему в нашей стране так неспешно идёт внедрение СКАТ?

– В Российской Федерации больше 5 тыс. стационаров и к прошлому году только около 120 из них используют стратегию.

На вопрос, почему так скромно, за 10 лет всего 120 стационаров, ответить достаточно сложно. Наверное, потому что есть определённые барьеры при внедрении этой программы.

У руководства медучреждений зачастую есть более важные задачи, которыми нужно заниматься. Главным врачам СКАТ не интересно. Потому что руководить – это назначаемая должность, и срок его полномочий конечен. У него действительно другие задачи и голова болит о другом.

Сопrotивление со стороны назначающих антибиотики – ещё один серьёзный барьер. Можно написать тысячу протоколов, но, если не научить персонал правильно это делать, все будут работать так, как привыкли. Никакой документ не поможет!

Например, написали в лечебном учреждении протокол, но в отделении работает уважаемый профессор, который говорит: «Ну что меня будут какие-то клинические пионеры-фармакологи учить? Я 40 лет уже в медицине! И вы мне будете рассказывать, какие антибиотики назначать?» В итоге ответ: «Нет-нет, Иван Иванович, вас это не касается». Такого быть не должно. Перед этой стратегией все равны. Микробы не разбирают – у этого пациента мы будем резистентными, а у этого, которого ведёт профессор, мы будем чувствительными к антибиотикам, и у нас всё получится.

При этом врачу не надо связывать руки. Необходимо объяснить, почему он должен так поступать. Антибиотики есть на любой выбор, и врач может их назначить, но он должен осознанно подходить к этому вопросу. Полностью отказаться от антибиотиков нельзя,

В Национальном медико-хирургическом центре им. Н.И.Пирогова прошла VIII научно-практическая конференция «Стратегия контроля антибиотикорезистентности в стационаре: проблемы и перспективы». В ней приняли участие руководители медицинских организаций, организаторы здравоохранения, эксперты фонда ОМС, врачи, главные медицинские сестры.

В приветственном слове участникам конференции генеральный директор НМХЦ им. Н.И.Пирогова академик РАН Олег Карпов сказал: «Мне очень приятно, что сегодня мы поднимаем не только традиционные вопросы антибиотикорезистентности, правильной антимикробной терапии, но и проблемы экономики, финансов,

мотивирования учреждения на работу в этом направлении. В названии доклада Владимира Кулабухова сказано, что это две стороны одной медали. Действительно так и есть. Можно упорно тратить средства и лечить последствия чего-то ранее не предусмотренного. То, что можно решить на более ранних этапах, – в интересах наших пациентов».

На вопросы корреспондента «МГ» об опыте реализации внедрения стратегии контроля антимикробной терапии (СКАТ) в Пироговском центре ответил один из докладчиков конференции, главный врач стационара, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии Института усовершенствования врачей НМХЦ им. Н.И.Пирогова Минздрава России Виталий ГУСАРОВ.

## Инициатива

# Первый юбилей СКАТ на базе Пироговского центра

## За 10 лет сделано очень многое, а началось всё с команды



но они должны быть в руках профессионалов.

Ещё один барьер – отсутствие информационных технологий для того, чтобы иметь возможность получения данных, обработки локальных данных. Это очень трудоёмкий процесс. Когда это делается вручную, любой, даже самый продвинутый и самый большой энтузиаст когда-нибудь истощится и скажет: всё, я устал.

– Прежде чем перейти к вопросу о статистике, хотелось бы узнать, а зачем настолько скрупулёзно оценивать результаты внедрения, ведь и так понятно, работает стратегия или нет?

– Как мы отметили, в нашем стационаре СКАТ стартовал 10 лет назад. Это был первый протокол эмпирической антимикробной терапии, и жизнь в отношении антибиотикорезистентности разделилась на до и после. Нами проделан большой путь, и без оценки результатов стратегии нельзя. В первую очередь это необходимо для того, чтобы развеять мифы и страхи у вступающих на эту стезю.

У врача отбирают антибиотики. Вы представляете его состояние? Обязательно будет мнение, что вырастет летальность, все утонут в инфекционных осложнениях, а лечение будет длиться дольше. Совсем недавно мы это слышали и

у себя. Что касается длительности госпитализации, то вернёмся к отчёту Кокрейн. Авторы провели 15 исследований, в которых этот фактор учитывался. Мы видим, что суммарный эффект – наоборот, уменьшение длительности госпитализации в среднем чуть более чем на один день. На летальность упорядоченное применение антибиотиков никакого влияния не оказывало.

– Теперь о статистике. Какие показатели у центра им. Н.И.Пирогова?

– Традиционно я представляю наши данные на апрельской конференции. Этот год не исключение. С момента внедрения СКАТ у нас средняя продолжительность курса антимикробной терапии сократилась на 4 дня. Длительность пребывания пациентов с инфекцией снизилась на 1 койко-день. При этом показатель летальности из года в год один и тот же, ничего не поменялось в худшую сторону.

А вот что касается вторичных исходов при инфекциях кровотока, то у нас есть статистически значимое снижение длительности госпитализации этих пациентов на 10 дней и – 15% летальности. Это напрямую связано с изменениями антибиотикорезистентности этих инфекций.

Доля грамотрицательных бактерий, которые устойчивы к меропе-

нему, снизилась втрое – с 32 до 10%. Такая же история с синегнойной палочкой – сейчас 38,8%, а было 62. Но вот с клебсиеллой, например, у нас не получилось. Я думаю, что не получилось и во многих стационарах – это общая тенденция. Но в последние 3 года мы имеем плато в районе 14-17%. Что касается кишечной палочки, которая продуцирует бета-лактамазы расширенного спектра, у нас в 2022 г. произошёл рост, причём скачкообразный. Чтобы выяснить, почему так случилось, мы попросили наше отделение клинической фармакологии проанализировать и структурировать этот показатель. Рост произошёл из-за внебольничных штаммов, начиная с 2021 г. Тот самый COVID-19. Нерациональное использование антибиотиков – в большинстве случаев это распространение в популяции.

Что касается назначения антибиотиков глубокого резерва, то у нас использование ряда антибиотических препаратов в сравнении с 2012 г. сократилось в 10 раз. Это не привело к ухудшению клинических исходов. Ещё раз хочу напомнить, особенно молодому поколению обучающихся, что нет антибиотиков глубокого резерва, есть эффективная или неэффективная антимикробная терапия.

– В этом году важным моментом стало обсуждение экономических и финансовых вопросов внедрения СКАТ. Насколько остро стоит этот вопрос?

– Внедрение стратегии – это всё равно затраты. Каждый грамотный руководитель считает, сколько будет потрачено на оборудование, внедрение новых технологий, медицинские изделия, оплату труда.

В 2018 г. мы внедрили масс-спектрометрию для видовой идентификации штаммов, выделенных у пациентов. Первое, что получили, это сокращение времени выдачи окончательного результата почти на 17 часов. Плюс ко всему мы ушли с дорогой технологией идентификации через бактериологический анализатор.

С 2019 г. мы внедрили ПЦР-диагностику. Это тоже потребовало своих расходов. Нам нужно было отремонтировать и подготовить

ряд помещений, закупить оборудование, наборы и обеспечить оплату труда персонала. Но зато нам это позволило составить наш протокол эмпирической антимикробной терапии таким образом, что врач в зависимости от получаемых результатов из ПЦР-лаборатории может выбрать конкретную таргетную антимикробную терапию. К чему привело внедрение ПЦР? Во-первых, процент деэскалации увеличился фактически вдвое. Во-вторых, мы начали проводить её на 2 суток раньше.

Если у пациента есть колонизация или инфекция, вызванная полирезистентными штаммами, мы обязаны проводить изоляцию. Возле койки вывешивается плакат, что с этим пациентом манипуляции нужно осуществлять только в СИЗ. После этого халаты, перчатки, маски снимаются и утилизируются и человек идёт, обработав руки, к другому пациенту. Каков результат? Неферментирующие грамотрицательные бактерии у нас совсем сошли на нет. И в 3 раза меньше стала высеиваться синегнойная палочка. Благодаря такому снижению мы экономим, наверное, десятки, а то и сотни курсов антибиотиков в год.

Я подтверждаю тезис, что если медицинская организация не тратит средства на расходные материалы, она будет много тратить на антибиотики.

Что принёс СКАТ? По сути дела, каждый год мы только на прямых затратах на закупку антибиотиков экономим миллионы рублей. Это те деньги, которые сберегаются благодаря мероприятиям, применяемым в рамках стратегии.

Вот лишь крупные мазки о результатах. По сути дела, за 10 лет сделано очень многое. Проведена колоссальная работа и, конечно, это требует постоянной оценки. Но началось всё с людей. Поэтому в завершении разговора хочу поблагодарить каждого участника нашей команды за то, что они делают это благое дело, направленное на спасение наших пациентов!

Беседу вёл  
Сергей БУДАЧЕНКОВ,  
корр. «МГ».

## Акценты

В Ставрополе работают различные социально ориентированные некоммерческие организации, помогающие семьям с особыми детьми и взрослым – инвалидам вследствие психических заболеваний. На базе Ставропольской краевой психиатрической больницы № 1 реализуются четыре проекта, получивших гранты.

Так, ставропольская региональная общественная организация инвалидов «Новые возможности» реализует проекты, цель

# Помощь волонтеров в реабилитации

которых – помочь семьям, воспитывающим детей с особенностями психического развития.

В социально-психологической программе «В зоне доступа. Сохраняем связи» участвуют более 150 семей, которые регулярно получают индивидуальную или групповую помощь психологов. Для юных пациентов стационара запущен творческий проект «Крылья бабочки», в рамках которого работает сразу две арт-мастерские.

При поддержке Фонда президентских грантов создан инклюзивный волонтерский отряд. Взрослые люди с инвалидностью добровольно ведут просветительскую работу: делятся своим опытом с теми, кто только столкнулся с болезнью, и помогают им адаптироваться.

Ставропольский медико-психологический центр «Душевный арт» создал социальную мастерскую «Душевная авоська», где не-

трудоустроенные молодые люди с инвалидностью вследствие психических расстройств изготавливают авторские текстильные сумки и расписные тканевые закладки для книг.

Для детей с ментальными особенностями в прошлом году была открыта творческая мастерская «Улитка», в которой мальчишки и девочки проходят бесплатные занятия по рисованию и лепке.

– Сегодня мы совершенствуемся и ищем новые подходы в

социально-психологической реабилитации пациентов. И волонтерское движение – как приложение энергии неравнодушных молодых людей здесь как нельзя кстати: их незашоренный взгляд на мир как раз и позволяет применять новые подходы в реабилитации пациентов, – пояснил главный врач больницы № 1 кандидат медицинских наук Олег Боев.

Рубен КАЗАРЯН,  
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

**Уголовные дела по так называемым ятрогенным преступлениям от начала расследования до вынесения судебного вердикта, как правило, длятся долго. Бывает, что годами. Именно так произошло с хирургом из Новороссийска Юрием Василенко. Три с половиной года тянулись следствие и суд, пока не было принято решение... начать всё с самого начала.**

### Кого посадить на три года?

В первый раз мы упоминали об этой странной истории в № 11 «МГ» от 24.03.2021 (статья «Ещё раз про нелюбовь. Зачем СКР так активно преследует российских медиков?»). Сегодня вынуждены вернуться к ней.

Коротко история такова: в стационар поступил пациент с флегмоной кисти, гнойник убрали, послеоперационный период протекал с положительной динамикой. На 2-е сутки после операции у мужчины развилось острое психическое состояние в виде галлюцинаций с психомоторным возбуждением, а затем произошло два ишемических инсульта. Пациент был переведён в отделение реанимации, но тяжелейших последствий избежать не удалось, он «ушёл» в вегетативное состояние, а через год и 7 месяцев умер.

Возбуждено уголовное дело. Сначала абстрактно – в отношении врачей больницы по ч. 2 ст. 118 УК РФ – причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Но вскоре выбрали конкретное виновного. Кого именно? Хирурга, который вскрывал гнойник. Ему предъявлено обвинение по ч. 2 ст. 109 УК РФ – причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Наказывается ограничением свободы на срок до 3 лет.

Почему именно его? Наверное, потому что так решила администрация лечебного учреждения: в отличие от других участников тех драматических событий на тот момент хирург отделения гнойной хирургии Юрий Василенко проработал в этом учреждении меньше месяца. А ещё потому, что судмедэксперты умудрились окончательно запутать судью. В этом уголовном деле вообще много непонятного, нелогичного и противоречивого.

### Хроника событий

Итак, вернёмся на 5 с лишним лет назад. Вот что рассказал о тех событиях корреспонденту «МГ» сам Ю. Василенко:

– В один из последних дней декабря 2017 г. в отделение гнойной хирургии поступил пациент 28 лет с диагнозом «флегмона кисти». До этого он болел 5 дней и уже обращался в приёмное отделение больницы накануне, но от госпитализации отказался. Теперь же был готов лечиться, его госпитализировали, обследовали, и в тот же день я вскрыл флегмону. По факту это была даже не флегмона, а просто абсцесс. Состояние после операции у пациента было удовлетворительное. До конца рабочего дня я видел его, динамически наблюдал и сделал перевязку. Пациент был активен, выходил за пределы отделения, фотографировал сам себя, улыбаясь и демонстрируя забинтованную руку – эти снимки есть в уголовном деле. Поскольку раны после гнойников не ушиваются, а ставится дренаж, то суковичные выделения в течение какого-то времени неизбежны, повязка так или иначе намокает. Однако супруга пациента указывала в суде на то, что у мужа была после

операции страшная кровопотеря и он фотографировался, сидя в луже крови, вся одежда его в крови. Разумеется, доказательств этим эмоциональным выпадам она предоставить не может, но определённое настроение у судьи создаёт.

На второй день с утра я сделал пациенту Е.Д. очередную перевязку. Мужчина был активен, в удовлетворительном состоянии, он гулял по отделению и за его пределами, даже на улице выходил. То есть никаких признаков утяжеления состояния не было.

### Медицина и правосудие

# Оправдать нельзя наказывать: где запятая?

Имея все доказательства невиновности, суд не спешит снимать вину с врача

Мой рабочий день официально заканчивался в 15:40, в 16:00 на смену заступил дежурный хирург, я передал ему своих пациентов и ушёл с работы.

В 21 час у пациента Е.Д. развилось острое психическое состояние с галлюцинациями. Со слов соседей по палате, он начал видеть ползающих по кровати пауков, затем бегать по палате и прятаться от кого-то, кто его якобы преследовал. О том, что у пациента психоз, сообщили дежурному хирургу, который принял решение перевести мужчину в отделение реанимации. Там пациента заинтубировали и подключили к аппарату ИВЛ. В час ночи у него случился ишемический инсульт с гипоксией мозга. Через день – ещё один ишемический инсульт и произошла декорткация, как пишут эксперты, вследствие гипоксии головного мозга. Пациент ушёл в глубокую кому и уже не вышел из неё.

### Можно ли верить судмедэкспертизе?

Три раза следствие и суд назначали экспертизу по данному делу в одном и том же учреждении – Бюро СМЭ Минздрава Краснодарского края. Сразу отметим, что все три раза в составе комиссии были одни и те же 4 специалиста (2 судмедэксперта, хирург, анестезиолог-реаниматолог). К проведению первой экспертизы также привлекали рентгенологов. Но ни разу в составе комиссии не было ни психиатра, ни нарколога, ни токсиколога. То есть ни суд, ни следствие не ставили отдельно задачу выяснить природу острого психоза у пациента и оценить правильность действий реаниматологов. О том, что этот эпизод психоза мог быть вообще никак не связан с оказанием пациенту хирургической помощи, в своём заключении указали эксперты из Москвы, но об этом чуть позже.

А пока – по порядку. Трижды с промежутками в несколько месяцев местные судмедэксперты пытались установить причинно-следственную связь между вскрытием гнойника и ишемическим инсультом. Они ссылались на шкалу терминальных состояний qSOFA, по которой у пациента было 2 балла, в анализах крови до операции тромбоциты ниже нормы, из чего, по утверждению экспертов, следует большая вероятность смертности. Хирург, по их мнению, не предвидел данный

жизненно-угрожающий фактор риска и недооценил тяжесть состояния пациента при поступлении в стационар.

Вот выдержка из заключения экспертизы Бюро СМЭ Минздрава Краснодарского края: «Хирург недооценил результаты лабораторных исследований пациента, указывавшие на сохраняющиеся у пациента признаки системного воспалительного ответа. Лечащий врач должен был заранее перевести больного в отделение реанимации для мониторинга. Таким образом, между нарушениями, допущенными хирургом,

появились не только судмедэксперт, хирург и анестезиолог-реаниматолог, но также токсиколог и психиатр.

Вот фрагменты экспертного заключения: «Клиническая картина, развившаяся у Г-ва Е.Д., соответствовала острому психическому расстройству – делирию, который является одним из вариантов неспецифического ответа мозга на действие различных повреждающих факторов, в качестве которых могли выступать как расстройство вследствие гнойно-воспалительного ответа, так и алкогольный абстинентный синдром».

с чем он переведён из отделения гнойной хирургии в отделение анестезиологии и реанимации, где в ходе осмотра анестезиологом-реаниматологом его состояние было определено как крайне тяжёлое, нестабильное, обусловленное основным заболеванием в виде флегмоны правой кисти..., а также сопутствующей соматической патологией в виде алкоголизма, синдрома отмены».

Ещё один анестезиолог-реаниматолог этой же больницы в разговоре со следователем (есть документальное подтверждение) указал: «Со слов пациента, его



и смертью больного имеется прямая причинно-следственная связь». И так три раза.

В обвинительном заключении есть также показания свидетеля – одного из членов этой экспертной комиссии, который в беседе со следователем фактически пересказал выводы приведённого выше экспертного заключения и тоже пояснил, что между нарушениями, допущенными Василенко Ю.П., и наступлением смерти пациента Е.Д. имеется прямая причинно-следственная связь.

А далее самое невероятное. В решении суда сказано, что два члена экспертной комиссии, ранее подписавшие экспертное заключение о наличии врачебной ошибки в действиях Василенко Ю.П., затем, уже выступая в качестве свидетелей в суде, заявили, что... прямой причинно-следственной связи между действиями Василенко Ю.П. и наступившими последствиями у Е.Д. не имеется. Ещё один член экспертной комиссии показал, что хотя из анализов пациента и можно было заподозрить наличие септического состояния и предпринять меры для перевода пациента в отделение реанимации, но данный свидетель не знает, кто из врачей должен был сделать это.

Можно только догадываться, что должен испытывать судья, у которого на глазах разваливается такое красивое дело о хирурге-убийце.

### Делирий неясного генеза

В связи с тем что в выводах экспертов и показаниях свидетелей были противоречия, суд назначил дополнительную комиссионную судмедэкспертизу, на этот раз в Российском центре СМЭ Минздрава России. И здесь в составе экспертной группы наконец-то

преследовал какой-то человек, который прятался за окном. При беседе с вызванной женой пациента выяснилось, что пациент в течение года непрерывно употреблял алкоголь в больших дозах. Я проводил осмотр пациента 01.01.2018. Состояние крайне тяжёлое по уровню сознания. Стопор, хотя он ещё не находился в коме. На мой взгляд, данные симптомы свидетельствовали о химическом поражении организма, которое могло быть вызвано приёмом наркотических средств. Проведена консультация по системе телемедицина с краевой больницей № 1, там специалисты определили, что тяжесть состояния обусловлена токсическим отравлением организма. Данный вывод прежде всего сделан на основании анализов крови при поступлении пациента, а также при последующих анализах (повышенные печёночные ферменты). Развитие сепсиса у пациента Е.Д. было вызвано ослабленным иммунитетом. На основании анализов можно предположить, что это стало следствием употребления токсических препаратов. Состояние Е.Д. вызвано совокупностью факторов».

Корифей хирургии профессор Владимир Бенсман – известный и авторитетный врач в Краснодарском крае, 20 лет возглавлял краевое Общество хирургов, заведовал кафедрой общей хирургии Кубанского ГМУ, участвовал в суде по данному делу и давал показания, однозначно сказал, что хирургическое лечение гнойника, острый психоз и последовавший за ним ишемический инсульт – явления, никак не связанные.

### Кто погасит ипотеку?

В случае с Ю. Василенко заявление в Следственный комитет написала супруга пациента. Женщину можно понять: муж был единственным кормильцем, в семье трое малолетних детей, живут в однокомнатной квартире, остались долги по ипотеке и иным кредитам. Жалко ли её? Конечно, жалко. Но и хирурга, которого стараются выставить виновным, жалко не меньше.

– Дело несколько раз возбуждали и закрывали поначалу, когда оно было открыто в отношении больницы. Меня к нему «пристегнули» уже после того, как истёк 2-летний срок давности по ст. № 118 УК РФ. Я сильно переживал из-за случившегося, нервничал, работоспособность снизилась, – поясняет Юрий Васи-

ленко. – Следователь предложил мне закрыть дело по истечении срока давности. В этом случае уголовное наказание не применяется, но человек всё равно остаётся как будто виновным, и, что самое плохое, потерпевшие имеют право подавать административный иск о компенсации морального и материального вреда к больнице, а больница – регрессный иск к хирургу. В итоге в тюрьму я не сажусь, но оказываюсь обязан выплачивать 10 млн семье пациента за то, в чём не виноват. Нелепая ситуация. Я не согласился закрыть дело в связи с истечением срока давности, потому что хотел доказать свою невиновность.

На вопрос, помогла ли ему, поддерживала ли администрация больницы, Ю.Василенко отвечает с большой неохотой, ему явно не по себе от того, что приходится об этом говорить.

– Когда мне предъявили обвинение, я пошёл к главному врачу с просьбой оказать мне содействие в установлении истины. В ответ услышал следующее: «В вашем деле всё ясно, ваша вина доказана», – пересказывает хирург тот неприятный разговор.

По случайному совпадению главврач данной больницы – судмедэксперт и до прихода на пост руководителя лечебного учреждения заведовал отделением в том самом краевом Бюро СМЭ, которое упорно искало ошибки в работе хирурга и связь между удалением гнойника на ладони и смертью от ишемического инсульта.

Из этой больницы Ю.Василенко пришлось уволиться: как только на него завели уголовное дело, доктора начали постоянно вызывать на допросы, это создавало проблемы на работе, мешало оперировать, дежурить. В итоге опытный хирург вынужден был перейти в поликлинику.

### Дорога без конца...

Таким образом, после показаний свидетелей и заключения Центрального бюро СМЭ в материалах уголовного дела есть всё, что необходимо для оправдательного приговора: полученные свидетельства и экспертиза указывают на отсутствие вины хирурга Ю.Василенко в смерти пациента от ишемического инсульта. Но тут произошло невероятное: государственной обвинитель ходатайствовал о возвращении дела в прокуратуру, ссылаясь на то, что «при наличии в материалах уголовного дела противоречивых доказательств имеются препятствия для рассмотрения уголовного дела по существу и принятия законного, обоснованного и справедливого решения».

Это надо понимать так, что по прошествии трёх с половиной лет расследования и судебной тяжбы кого-то посадить всё-таки нужно, чтобы оправдать трудозатраты следователя, судьи и судмедэкспертов?

В конце концов суд согласился с доводами гособвинителя и вернул дело в прокуратуру. В решении суда сказано, что обвинительное заключение составлено с нарушением норм закона. Читаем постановление суда от 03.11.2022, где сказано, что при назначении комиссионной судебно-медицинской экспертизы следователем не был поставлен вопрос о разграничении действий (бездействия) каждого из врачей (оперировавшего хирурга и дежурного хирурга), оказывавших помощь пациенту Е.Д., и в частности о наличии прямой причинно-следственной связи между допущенными непосредственно Ю.Василенко нарушениями и последовавшей смертью пациента.

«Проверенные в судебном заседании доказательства, в том

числе заключения комиссионных экспертиз, указывают на то, что выводы в этих исследованиях, а также устные показания экспертов противоречат друг другу, являются взаимоисключающими обстоятельствами, и эти противоречия не могут быть устранены в ходе судебного разбирательства» – сформулировал судья. И далее: «Суд считает, что нарушения требований уголовно-процессуального закона, допущенные при составлении обвинительного заключения по делу в отношении Василенко Ю.П., существенны и влекут фактическое установление судом вины Василенко Ю.П. в совершении инкриминируемого ему преступления. В данных обстоятельствах исключена возможность постановления судом приговора или вынесения иного решения на основе представленного обвинительного заключения. Уголовное дело подлежит возвращению прокурору для устранения препятствий его рассмотрения судом. Оснований к изменению или отмене меры пресечения в виде подписки о невыезде для Василенко Ю.П. не имеется».

Иными словами, у суда есть доказательства того, что хирург Василенко невиновен, но и оправдательный приговор вынести почему-то не считает возможным. И пока будет идти повторное рассмотрение дела в новом составе суда, врач будет оставаться под подпиской о невыезде. Ну не издевательство ли это?

– То есть три с половиной года они меня судили, и всё было правильно, а когда получили все доказательства моей невиновности, резко выяснилось, что обвинительное заключение изначально было составлено неверно. Это можно назвать правосудием? – недоумевает Ю.Василенко.

Допустим, суд хочет таким образом привлечь внимание прокуратуры к делу хирурга Василенко и восстановить справедливость, то есть призвать к ответу тех, кто на самом деле мог своими действиями или бездействием усугубить и без того нездоровое нервно-психическое состояние пациента Е.Д. Но в таком случае было бы справедливо сначала вынести оправдательный приговор хирургу Ю.Василенко, а затем начинать дело с начала с новыми фигурантами, разве нет?

И всё началось сызнова: рассмотрение дела в суде теперь уже с новым составом судей, заслушивание потерпевшей, свидетелей, обвиняемого, рассмотрение экспертных заключений и т.д. Но на скамье подсудимых новых фигурантов нет, там по-прежнему один хирург Василенко.

– Потом они по какой-то причине опять решат вернуть дело в прокуратуру, поменяют судью, и он будет заслушивать всех по новой. И так можно тянуть до бесконечности. А ведь я уже почти 4 года нахожусь под подпиской о невыезде, не могу поехать ни в отпуск, ни на конференцию, – с горечью говорит мой собеседник.

Но значительно горше, чем невозможность выехать за пределы Новороссийска, Ю.Василенко воспринимает утрату квалификации хирурга. Перейдя из стационара и лишившись возможности заниматься большой хирургией, он фактически теряет профессию, которой посвятил более 20 лет.

Спрашиваю его: «Юрий Павлович, скажите честно: когда весь это кошмар закончится, вы уйдёте из медицины»? И слышу в ответ: «Не дождутся. Никуда я не уйду. До конца буду отстаивать свою правоту, чего бы мне это ни стоило. И в конце концов всё равно буду работать в стационаре и оперировать».

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

### Ракурс

# Центр стал нам ближе

## Онкологическая служба Дагестана активно развивается

**В последние годы онкологической службе региона уделяется значительное внимание со стороны Минздрава и правительства республики, что привело к существенному улучшению оснащения новым оборудованием, повысило эффективность обследования и лечения онкологических пациентов.**

Система онкологической помощи в республике трёхуровневая. В каждой медицинской организации (а их в республике 63) есть штатный онколог (первый уровень). Второй уровень представлен четырьмя центрами амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП). Третий уровень – это Республиканский онкоцентр. Отдельные виды онкологической помощи оказываются также в Республиканской клинической больнице им. А.В.Вишневого, Республиканской клинической больнице скорой медицинской помощи, Республиканской клинической больнице № 1 и Детской республиканской клинической больнице.

В здании Республиканского онкологического центра, построенном в середине прошлого века, развёрнуты 204 круглосуточные койки и 50 коек дневного стационара, работающих в две смены (40 коек для лекарственной терапии в консультативной поликлинике и 10 коек в отделении лучевой терапии). Диагностическая служба представлена клинико-биохимической и цитологической лабораториями, кабинетами ультразвуковой диагностики и эндоскопии. Имеется несколько КТ и единственный в республике МРТ мощностью 3 Тесла, размещённый в отдельном модуле. Имеется 4 хирургических отделения – 2 профильных (маммологическое и гинекологическое) и 2 общих. Здесь проводятся высокотехнологичные операции, в том числе такие, как онкопластическая имплантация при опухолях молочной железы.

Республиканский онкоцентр является клинической базой двух кафедр (онкологии и кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии). В 2022 г. введена единая цифровая платформа. Сейчас на плечи врачей ложится дополнительная нагрузка, но со временем данная программа позволит проследить все этапы лечения каждого онкобольного.

С 2018 г. Республиканский онкологический центр возглавляет хирург-онколог доктор медицинских наук Владимир Брежнев. Как шутят его коллеги, «у нас есть свой Брежнев». Владимир Фёдорович уроженец Махачкалы, энергичный,



В. Брежнев

перспективный и относительно молодой (ему нет и 50) руководитель.

Для ознакомления корреспондента «МГ» с ситуацией в онкологической службе Республики Дагестан В.Брежнев приглашает в свой кабинет и заместителя по организационно-методической работе Алихана Омарова.

Онкологическая заболеваемость в республике в 2,5 раза ниже, чем средняя по РФ (148,7 против 378,9 на 100 тыс. населения соответственно; здесь и далее приведены данные за 2021 г.). Смертность также значительно ниже общероссийской (73,2 против 183,4). Причины этого, как предполагает В.Брежнев, – высокая доля детского населения и хорошая экология, нет вредных производств. Возможно, дело в особенностях питания, климата и образа жизни.

Ежегодно выявляется около 5 тыс. злокачественных опухолей, и более 2 тыс. пациентов, к сожалению, умирает. Поскольку здесь практически не проводятся патологоанатомические вскрытия, узнать истинную причину смерти не всегда возможно. Всего на учёте состоит 31 тыс. онкобольных. Выявляемость на ранних (I-II) стадиях в регионе несколько ниже, чем по стране в целом (54,1 и 56,3% на 100 тыс. населения соответственно, в то же время она имеет тенденцию к росту со 41,2 в 2011 г. до 54,1% в 2021 г.). Зато запущенность здесь тоже ниже (19 против 21,2% в РФ). Одногодичная летальность чуть выше среднероссийского показателя (21,1 и 20,6% на 100 тыс. населения соответственно, которая также имеет тенденцию к снижению с 29,6 в 2011 г. до 21,1% в 2021 г.). Пятилетняя выживаемость составила 52,1 против

56,6%, однако она тоже имеет тенденцию к повышению (с 42,5% в 2011 г. до 52,1% в 2021 г.).

В рамках программы модернизации первичного звена здравоохранения поставлена задача повышения квалификации по онкологии на местах. Онкологи должны контролировать этот процесс, одновременно повышая собственную квалификацию. Методическая помощь оказывается врачами федеральных центров, особенно НМИЦ радиологии. «Центр стал нам ближе», – констатирует В.Брежнев. Директор НМИЦ радиологии академик РАН Андрей Каприн дважды в неделю проводит с главными специалистами-онкологами курируемых регионов открытые пятиминутки в режиме онлайн. Два раза в год сотрудники НМИЦ приезжают с проверками. В свою очередь, Республиканский онкоцентр практикует выездные дни

открытых дверей, когда врачи онкоцентра в выходные дни едут в отдалённые регионы, где проводят приём населения с целью активного выявления первичных опухолей. Каждый врач курирует определённый район. Проводятся кустовые совещания, читаются лекции врачам первичного звена.

Онкологических коек катастрофически не хватает (по нормативам их должно быть не менее 600). «Один из шагов правительства – реорганизация центра грудной хирургии в состав Республиканского онкодиспансера», – отмечает В.Брежнев. Это прибавит 60 коек. Другая проблема – кадровая. Нет кадров для патологоанатомической службы.

Что касается химиотерапии, то, по словам В.Брежнева, «у нас есть в наличии все необходимые препараты». Клинические рекомендации строго соблюдаются. А для проведения лучевой терапии приобретены два линейных ускорителя. В 2023 г. планируется введение в эксплуатацию нового здания, где они могут быть размещены. В настоящее время в Дагестане нет конформной лучевой терапии.

Нерешённой проблемой также остаётся паллиативная помощь. Она оказывается выездными бригадами. В каждом районе выделено по 5 паллиативных коек, открыто 2 отделения паллиативной помощи. «Обеспечение обезбоживания – это большей частью вопрос районных врачей», – считает В.Брежнев. Сейчас становятся доступными фентаниловые пластыри и таблетированный морфин. В свою очередь, онкоцентр готов оказывать этим врачам методическую помощь.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,  
корр. «МГ».

Махачкала – Москва.

### Акценты

# «Говорящие» цифры статистики

**В 2022 г. смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Чеченской Республике снизилась по сравнению с 2021 г. на 9%.**

Эти цифры статистики были озвучены на заседании рабочей группы по снижению смертности от болезней системы кровообращения в регионе. Основной повесткой этого заседания стал и анализ итогов работы региональных со-

судистых центров за конец 2022 г. В ходе заседания обсудили также и меры, принимаемые для снижения смертности от болезней системы кровообращения и лекарственное обеспечение таких пациентов и др.

За прошлый год по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями медучреждениями республики обслужено около 40 тыс. рецептов; значительно совершенствования достигло оказание специализированной помощи пациентам с болез-

ней системы кровообращения; рост с 12,1 до 34,4% доли тромболитической терапии у пациентов с ОНМК по ишемическому типу, госпитализированных в первые 4,5 часа.

«Говорящие» цифры статистики красноречиво свидетельствуют о положительной динамике в борьбе с недугом «дел сердечных» – сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Роман НАЗАРОВ.

Чеченская Республика.

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 14 (2374)

(Окончание.)

Начало в № 13 от 05.04.2023.)

**Лечение.** Стратегией при лечении паховых грыж является хирургическая герниопластика. Основанием для того, чтобы рекомендовать хирургическое вмешательство, ранее считалась необходимость предотвращения ущемления внутренних органов. В настоящее время основанием для хирургического вмешательства при паховых грыжах является лечение имеющихся или будущих симптомов, а не только предотвращение ущемления.

**Консервативное лечение.** Консервативное лечение в виде ношения бандажа и динамического наблюдения рекомендуется только для пациентов с ПГ при абсолютных противопоказаниях к оперативному лечению.

Эффективных методов консервативного лечения ПГ не существует. Консервативные мероприятия (ношение бандажа, ограничение физических нагрузок, диета, приём слабительных средств) направлены на снижение вероятности развития осложнений ПГ, но не на их лечение. Согласно рекомендациям EHS, выжидательная тактика безопасна и приемлема у мужчин с асимптоматическими паховыми грыжами или грыжами, которые характеризуются минимальными симптомами. Существует большая (>70%) вероятность того, что со временем симптомы усилятся и обусловят необходимость хирургического вмешательства. У мужчин с асимптоматическими паховыми грыжами или паховыми грыжами с минимальными симптомами рекомендуется рассматривать возможность применения выжидательной тактики, особенно в пожилом возрасте или при наличии тяжёлого сопутствующего заболевания.

**Хирургическое лечение.** Хирургическое лечение ПГ рекомендуется адаптировать к характеристикам пациента и грыжи, опыту врача-хирурга, а также к ресурсам медицинской организации.

Кроме того, на общий процесс принятия решений, ведущих к лечению грыжи, должны влиять факторы, связанные со здоровьем пациента, образ жизни и социальные факторы.

В качестве наиболее эффективных методов лечения ПГ рекомендуются хирургические вмешательства с использованием для пластики грыжевых ворот сетчатых имплантов.

Основные виды современных хирургических вмешательств при ПГ основаны на использовании сетчатых имплантов (эндопротезов). К оперативному лечению с использованием сетчатых имплантов в первую очередь относится техника открытого доступа по Лихтенштейну (Lichtenstein) и видеоэндоскопические технологии, которые представлены двумя видами хирургических вмешательств: трансабдоминальная преперитонеальная пластика – ТАПП (TAPP) и тотальная экстраперитонеальная пластика ТЭП (TEP). Оперативное лечение ПГ с использованием сетчатых имплантов открытым доступом и с использованием видеоэндоскопических технологий сопоставимо по частоте ранних осложнений и рецидивов, за исключением больших (неправильных) пахово-мошоночных грыж, при которых предпочтительнее использовать открытый доступ.

Различие в подходах при эндоскопических методиках даёт теоретическое преимущество в пользу ТАПП, при котором легче определить анатомические ориентиры, начиная операцию с обзорной лапароскопии. В этой связи наличие и тип грыжи на противоположной стороне можно определить до начала диссекции. В то же время при ТЭП нет необходимости вскрывать и ушивать брюшину при выполнении герниопластики. Исследования, сравнивающие ТАПП и ТЭП, показывают одинаковую частоту осложнений в виде сером, отёка мошонки, атрофии яичек, повреждения мочевого пузыря, травмы пахового нерва, хронической боли и рецидива. Осложнения, связанные непосредственно с оперативным доступом, могут быть разными. При ТАПП существует повы-

шенный риск висцеральных повреждений, в то время как при ТЭП повышается риск повреждений сосудов. Средняя частота встречаемости повреждений кишки – около 0,1% и статистически не отличается от этого показателя при открытой операции. Средняя частота встречаемости повреждений мочевого пузыря – также около 0,1% и это статистически больше, чем при открытой операции.

Средняя частота встречаемости повреждений крупных сосудов оценивается приблизительно в 0,09% и статистически не отличается от этого показателя при открытой операции.

В рекомендациях EHS метод Лихтенштейна и лапаро-эндоскопические методы (ТАПП/ТЭП) предлагаются как предпочтительные варианты лечения первичных односторонних паховых грыж при условии,

# Паховая грыжа

## Клинические рекомендации

что врач-хирург имеет достаточный опыт в конкретной процедуре.

Открытый доступ (операция Лихтенштейна) рекомендуется в первую очередь для пациентов пожилого возраста.

Открытое хирургическое вмешательство при ПГ состоит из отделения грыжевого мешка от анатомических структур семенного канатика, вправления содержимого грыжевого мешка, резекции или вправления грыжевого мешка и пластики и (или) усиления фасциального дефекта задней стенки пахового канала синтетическим материалом (полипропиленовой сеткой). Использование других имплантов для замены стандартной плоской сетки в технике Лихтенштейна в настоящее время не рекомендуется. Проведение операции Лихтенштейна возможно под местной, спинальной, эпидуральной и общей анестезией, в зависимости от состояния и выбора пациента и условий выполнения операции (в стационаре или амбулаторно). Метод анестезии должен рассматриваться для каждого пациента с ПГ индивидуально.

Открытый доступ (операция Лихтенштейна) рекомендуется для пациентов с большими пахово-мошоночными грыжами и при невозможности проведения операции под общей анестезией.

Местную анестезию при открытой герниопластике рекомендуется использовать при условии, что врач-хирург имеет опыт этой техники.

Правильно выполненная местная анестезия может быть предпочтительнее регионарной и общей анестезии у ослабленных пациентов с тяжёлыми системными заболеваниями. Продемонстрировано, что местная анестезия связана с улучшенной вентиляцией и оксигенацией по сравнению с общей и региональной анестезией. В целях обеспечения адекватного течения послеоперационного периода и ранней активизации пациентов, оперируемых в амбулаторных условиях, целесообразно проведение сочетанных видов анестезии с использованием местных анестетиков длительного действия. Проведение премедикации, выполнение проводниковой анестезии, футлярных блокад значительно снижает общую дозу вводимых при общей внутривенной анестезии анестетиков и зачастую позволяет полностью отказаться от опиоидных анальгетиков в послеоперационном периоде. Это является профилактикой осложнений со стороны центральной нервной системы (депрессии, синильные психозы), сердечно-сосудистой (тахикардии, нарушения ритма, коронарные ишемии), дыхательной, иммунной и др. систем.

При выборе метода хирургического лечения ПГ без использования сетчатого импланта рекомендуется, как предпочтительная, операция Шолдайса (Shouldice).

По сравнению с методами герниопластики без имплантатов методы с использованием сетчатых имплантов имеют более низкую частоту рецидивов и равный риск послеоперационной боли. Нет убедительных доказательств того, что сетчатый имплант вызывает более интенсивную хроническую боль.

Не ясно, уместно ли сравнивать результаты техники Шолдайса, обычно выполняемой высококвалифицированными врачами-хирургами и/или в специализированных центрах, с операцией Лихтенштейна, которая, как правило, выполняется специалистами широкого профиля и различного опыта.

Для молодых пациентов с ПГ рекомендуется оперативное лечение с использованием эндоскопических технологий.

При наличии ресурсов и опыта эндоскопические методы ускоряют восстановление, снижают риск хронической боли и являются экономически эффективными. Для молодых активных пациентов предпочтительной является эндоскопическая герниопластика ПГ, поскольку для них

возможен с использованием трёх небольших разрезов, тогда как при открытой герниопластике необходим большой разрез для каждой грыжи.

При установленном диагнозе ущемлённой ПГ рекомендуется экстренная операция с целью устранения ишемии ущемлённых внутренних органов, в сроки не более 2 часов от момента поступления пациента в стационар, после предоперационной подготовки.

Все диагностические мероприятия должны быть выполнены максимально быстро. Предоперационная подготовка включает опорожнение мочевого пузыря, гигиеническую подготовку области оперативного вмешательства, постановку желудочного зонда и эвакуацию желудочного содержимого, антибиотикопрофилактику за 30 мин до операции. При тяжёлом состоянии пациента интенсивная предоперационная подготовка проводится в ОРИТ или в блоке интенсивной терапии. Возможно выполнение предоперационной подготовки на операционном столе. Операция по поводу ущемлённой грыжи выполняется под общей анестезией. На этапе ревизии и определения дальнейшего плана операции обязательно участие опытного (ответственного) дежурного

наиболее важен короткий период восстановления, который даёт эндоскопический метод. Эндоскопическая герниопластика может быть выполнена для всех грыж паховой области, паховых и бедренных, односторонних и двусторонних, первичных и рецидивирующих. Эндоскопическая герниопластика у пациентов после радикальной простатэктомии или цистэктомии, с пахово-мошоночной грыжей, асцитом или находящимся на перитонеальном диализе, а также в случае повторной эндоскопической герниопластики должна проводиться врачом-хирургом, имеющим большой опыт осуществления эндоскопической герниопластики ПГ.

Эндоскопическая герниопластика ПГ связана с меньшими послеоперационными болями, в сравнении с открытой герниопластикой, однако различия в ощущениях боли обычно исчезают в течение первых 6 недель после операции. Эндоскопическая герниопластика является более дорогостоящей, чем открытая герниопластика ПГ. Увеличение затрат, в частности, является следствием необходимости в специальном оборудовании и общей анестезии.

При обнаружении скрытой контралатеральной грыжи во время лапароскопической операции (ТАПП) при односторонней ПГ рекомендуется выполнение герниопластики с двух сторон. Однако не рекомендуется это делать при эндоскопической операции внебрюшинным доступом (ТЭП).

Учитывая, что у большинства пациентов с асимптоматической паховой грыжей течение болезни может перейти в симптоматическое, скрытая контралатеральная грыжа, обнаруженная во время эндоскопической герниопластики симптоматической односторонней грыжи, может быть подвергнута герниопластике во время той же хирургической операции. Это возможно только в случае, когда данный вариант лечения обсуждался перед операцией и было получено информированное согласие пациента.

При лапароскопической односторонней герниопластике и отсутствии паховой грыжи с контралатеральной стороны профилактическое наложение сетчатого импланта на противоположную сторону не рекомендуется.

Оперативное лечение с использованием эндоскопических технологий рекомендуется для пациентов с двусторонними паховыми грыжами.

Согласно утверждению экспертной группы EAES, для пациентов с двусторонними паховыми грыжами эндоскопическая герниопластика является идеальной, поскольку доступ к обеим грыжам воз-

можна при неосложнённой ущемлённой ПГ являются ликвидация ущемления, оценка жизнеспособности ущемлённого органа и пластика грыжевых ворот. При сомнениях в жизнеспособности кишки допустимо отложить решение вопроса о её резекции, используя запрограммированную релапаротомию или лапароскопию через 12 часов. Резекция кишки в случае её нежизнеспособности выполняется по общепринятым принципам.

При самопроизвольном вправлении ущемлённой ПГ и длительности ущемления менее 2 часов рекомендуется направить пациента в хирургическое отделение для динамического наблюдения.

При самостоятельном вправлении ущемлённой грыжи и длительности ущемления более 2 часов рекомендуется диагностическая лапароскопия.

При ухудшении состояния пациента и появлении перитонеальной симптоматики в процессе динамического наблюдения рекомендуется диагностическая лапароскопия.

При ущемлённой ПГ, осложнённой флегмоной грыжевого мешка, рекомендуется начинать операцию со срединной лапаротомии.

При ущемлении тонкой кишки выполняется её резекция с наложением анастомоза. Вопрос о способе завершения резекции толстой кишки решается индивидуально. Концы кишки, подлежащей удалению, зашиваются наглухо и отграничиваются от брюшной полости. Затем выполняется герниотомия. Ущемлённая некротизированная часть кишки удаляется через герниотомический разрез. Первичная герниопластика не производится, гнойная рана дренируется. Установка назоинтестинального зонда выполняется по показаниям. Операция заканчивается дренированием брюшной полости.

При неправомерных и ущемлённых ПГ выполнение операции видеоэндоскопическим способом рекомендуется только врачом-хирургом, имеющим большой опыт выполнения этой операции.

В целом эндоскопический доступ в случае ущемлённых паховых грыж позволяет проводить лапароскопическую ревизию брюшной полости у всех пациентов и, следовательно, может предотвратить пропуск существующей ишемии кишечника. В отдельных случаях более предпочтительной представляется диагностическая лапароскопия с последующей эндоскопической герниопластикой. При этом следует ожидать увеличения времени операции в сравнении с вме-

шательством при неосложнённой паховой грыже. В большинстве случаев, в условиях миорелаксации и напряжённого карбоксиперитонеума, происходит вправление грыжевого содержимого в брюшную полость при минимальной внутрибрюшной тракции. Рассечение грыжевого кольца лучше производить после частичной мобилизации преперитонеального пространства в верхненаружном направлении при косой грыже и в верхневнутреннем направлении при прямой грыже. При сомнениях в жизнеспособности ущемлённого органа окончательная оценка может быть произведена после завершения пластики и ушивания брюшины. Резекция нежизнеспособного органа может производиться как экстракорпорально, так и интракорпорально. Наличие перитонита, инфекции мягких тканей паховой области на фоне некроза кишки должно заставить врача-хирурга отказаться от выполнения TAPP из-за высокого риска развития инфекционных осложнений.

**Антибиотикопрофилактика.** Проведены обширные исследования эффективности профилактики антибактериальными препаратами в отношении снижения частоты послеоперационных раневых инфекций при открытой герниопластике ПГ. В 2012 г. был опубликован Кокрановский обзор по данному вопросу. Сделан вывод о том, что универсальных рекомендаций относительно профилактики антибактериальными препаратами дать нельзя; также нельзя рекомендовать отказ от их использования в случае высокой частоты инфекций.

При открытой методике герниопластики у пациентов с низким риском в центрах с низкой частотой раневых инфекций антибиотикопрофилактика не рекомендуется.

При открытой герниопластике у пациентов с низким риском в центрах с низкой частотой раневых инфекций антибиотикопрофилактика не приводит к существенному снижению количества раневых инфекций.

При открытой методике герниопластики в учреждениях с высокой частотой раневых инфекций (>5%) рекомендуется применение антибиотикопрофилактики.

Антибиотикопрофилактика не снижает частоту развития раневых инфекций при открытой пластике сетчатым имплантом у пациентов с первичными ПГ. В условиях современной клиники показаний для обязательного применения антибиотикопрофилактики при проведении плановой открытой пластики по поводу ПГ нет. При наличии факторов риска развития раневой инфекции у пациентов (рецидивирование, пожилой возраст, иммунодепрессивные состояния, сахарный диабет) антибиотикопрофилактика обязательна.

Рутинное применение антибиотикопрофилактики при плановых эндоскопических операциях не рекомендуется.

**Профилактика тромбозов и тромбоэмболических осложнений.** Профилактика тромбозов и тромбоэмболических осложнений при операции по поводу ПГ рекомендуется с учётом факторов риска у каждого конкретного пациента.

После операции с целью профилактики тромбозов и тромбоэмболических осложнений рекомендуется максимально быстро активизировать пациента, использовать компрессионный трикотаж во время операции и в послеоперационном периоде, а также использовать низкомолекулярные гепарины в профилактических дозах, рекомендуемых производителем для пациентов соответствующей категории риска.

**Осложнения оперативного лечения паховых грыж.** Наиболее распространённым осложнением в краткосрочном периоде после операции является образование гематомы или серомы.

Образовавшиеся после герниопластики небольшие гематомы рекомендуется лечить консервативно. При гематомах, вызывающих боль, рекомендуется выполнять пункцию с аспирацией крови под местной анестезией. Напряжённую гематому после открытой операции рекомендуется удалять.

Частота развития паховых гематом при проведении эндоскопической пластики ниже, чем при открытой операции. В случае открытой операции риск развития гематом находится в диапазоне от 5,6 до 16%. При применении эндоскопических способов риск составляет от 4,2 до 13,1%.

Образовавшиеся серомы после герниопластики пунктировать не рекомендуется.

Риск образования серомы составляет от 0,5 до 12,2%. Частота развития данного осложнения выше при проведении эндоскопической пластики. Важно информировать пациентов о возможности образования серомы после операции, поскольку её возникновение является нередким нежелательным явлением. Пациенты могут принять припухлость в зоне операции, возникшую в результате образования серомы, за оставшуюся паховую грыжу, и решить, что операция была unsuccessful. Однако возникновение серомы чаще всего не имеет клинической значимости. Большинство сером самопроизвольно исчезают в течение 6-8 недель. Если серома сохраняется, её необходимо аспирировать.

В случае инфекции сетчатого импланта после эндоскопической операции его извлечение, как правило, не рекомендуется.

Применение сетчатого импланта не сопровождается более высоким риском развития раневой инфекции. После эндоскопической пластики вероятный риск инфекции составляет менее 1%, после открытой операции – 1,3%. Обычно достаточно применения дренирования и антибиотикотерапии.

С целью профилактики послеоперационной хронической боли рекомендуется в ходе открытой операции проводить идентификацию и выделение паховых нервов.

Боль, которая продолжается более 3 месяцев после операции, расценивается как хроническая. Хроническая боль отмечается у 10-12% пациентов после паховой герниопластики. Риск развития хронической боли после лапароскопической операции ниже в сравнении с открытой операцией. Риск развития хронической боли после открытой установки импланта ниже, чем после герниопластики без использования сетчатого импланта. Риск развития хронической боли снижается с возрастом.

**Особенности хирургического лечения рецидивных паховых грыж.**

**Основные причины рецидивов ПГ.** Рецидивы ПГ после оперативного лечения отмечаются, по разным данным, от 0,9 до 5,25% случаев. Операции с использованием сетчатого эндопротеза характеризуются меньшим числом рецидивов. Предрасполагающими факторами являются использование сетчатого импланта несоответствующего (малого) размера и технические погрешности при его фиксации. Риск образования рецидивных грыж увеличивается при развитии послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений и при операции по поводу рецидивной ПГ (чем больше рецидивов грыжи в анамнезе, тем выше риск появления нового рецидива). Миграция сетки – одна из причин рецидивов. Смещение сетки возможно при недостаточной или неправильной фиксации. Описаны случаи миграции сетки в просвет мочевого пузыря, толстой кишки.

С целью профилактики рецидивов ПГ рекомендуется устанавливать сетчатый имплант, перекрывающий на 4 см внутреннее паховое кольцо, на 3 см – треугольник Гессельбаха, на 2 см – лонный бугорок, а окно Кукса должно соответствовать диаметру семенного канатика.

Лучшим выходом из подобного положения является использование стандартных эндопротезов для паховой герниопластики либо не использовать самостоятельно выкроенных эндопротезов размерами меньше, чем 7 x 12 см.

Производящие факторы при рецидивных ПГ такие же, как и при других вариантах грыж передней брюшной стенки: повышенное внутрибрюшное давление в результате послеоперационного пареза кишечника, ранней кишечной непроходимости (чаще всего спаечной), при сопутствующих заболеваниях (ХОБЛ, доброкачественная гиперплазия предстательной железы), ранних избыточных физических нагрузках и т.д.

При выполнении TAPP рекомендуется использовать сетчатый имплант размером не менее 10 x 15 см.

Применение импланта меньшего размера является фактором риска рецидива грыжи. В случаях обнаружения грыжи с большими грыжевыми воротами (> 3-4 см при прямых грыжах и > 4-5 см при косых грыжах) целесообразно применение сетчатого импланта большого размера, например 12 x 17 см. Частота возникновения рецидивов после эндоскопической

операции остаётся стабильно низкой и не превышает 5%.

При рецидиве ПГ рекомендуется применение задней паховой герниопластики (открытая предбрюшинная пластика сетчатым имплантом или эндоскопический доступ), если ранее применялась передняя паховая герниопластика (открытая пластика сетчатым имплантом).

При рецидивных грыжах после традиционной открытой пластики применение эндоскопических способов приводит к уменьшению послеоперационных болей и скорейшему восстановлению.

Открытый доступ (операция Лихтенштейна) рекомендуется при рецидивирующей ПГ после эндоскопической пластики.

При рецидивирующих грыжах предпочтительнее использовать новый, ранее не применявшийся доступ. Проведение повторной операции через разрез в паховой области повышает риск кровотечения и раневой инфекции, повреждения нервов и семенного канатика. Задний доступ (со стороны брюшной полости) не лежит через рубцовые ткани, поэтому возможно более лёгкое выделение грыжевого мешка и проведение герниопластики при эндоскопической операции. В случае рецидивирования грыжи после проведения операции эндоскопическим методом следует выбрать открытый паховый доступ.

Операцию при многократных рецидивах грыжи, хронической послеоперационной боли, инфицировании сетчатого импланта рекомендуется выполнять врачом-хирургом с опытом лечения сложных ПГ.

**Амбулаторное лечение.** Основной задачей амбулаторного лечения пациентов с ПГ является их активная трудовая и социальная реабилитация, подразумевающая скорейшее возвращение к привычному образу жизни и продолжению прежней трудовой деятельности.

С целью более активной социальной и трудовой реабилитации пациентам с неосложнённой ПГ рекомендуется оперативное лечение в дневном хирургическом стационаре.

Большинство пациентов с неосложнёнными ПГ может быть оперировано в амбулаторных условиях так же безопасно и эффективно, как и в стационарных условиях, но при этом экономически более эффективно. Противопоказанием к амбулаторному лечению является комплекс причин, требующих непосредственного наблюдения пациента врачом более суток: выраженная сопутствующая патология, психоэмоциональные и социальные аспекты. Операция по поводу ПГ в дневном хирургическом стационаре при соответствующих условиях технического оснащения и опыта врача-хирурга может быть выполнена любым из существующих методов паховой герниопластики. Возможность проведения операции в условиях дневного хирургического стационара должна рассматриваться для каждого пациента индивидуально. Отдельные пожилые пациенты также могут подвергаться амбулаторному хирургическому лечению (герниопластика открытым доступом под местной анестезией).

**Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение.** В первый день после операции кроме обезболивания ненаркотическими анальгетиками пациентам мужского пола рекомендуется использовать специальный суспензорий или плавки для удержания мошонки в приподнятом состоянии. Всем пациентам рекомендуется раннее вставание и медленная ходьба в пределах палаты.

Рекомендуется всем пациентам после хирургического лечения ПГ ограничение подъёма тяжестей в течение 2-3 недель.

Хирургическое лечение ПГ в амбулаторных условиях способствует более ранней реабилитации. Сроки послеоперационной реабилитации достаточно вариabельны и определяются не только характером выполненного оперативного вмешательства, но и имевшимся у пациента до операции уровнем физической активности, сопутствующими заболеваниями и выраженностью сохраняющегося болевого синдрома. В связи с этим решение вопроса об ограничении физических нагрузок решается индивидуально. Средний срок трудовой реабилитации у пациентов с неосложнённым течением послеоперационного периода может варьировать от 1 до 2 месяцев.

**Профилактика и диспансерное наблюдение.** Надёжных методов профи-

лактики ПГ не существует, поскольку нет способов влияния на предрасполагающие причины развития заболевания.

С целью профилактики рецидивирования грыжи в послеоперационном периоде пациентам рекомендуется отказ от курения, ограничение длительной и тяжёлой физической работы, профилактика и лечение ХОБЛ, простатита и запоров.

Диспансерное наблюдение рекомендуется не оперированным пациентам с ПГ при наличии выраженных сопутствующих заболеваний или отказавшихся от оперативного вмешательства.

С учётом высокого риска рецидивирования особую диспансерную группу могут составлять оперированные пациенты с рецидивными грыжами.

Проведение диспансерного осмотра врачом-хирургом пациента после операции по поводу ПГ рекомендуется не менее 1 раза в год в течение 3 лет.

Диспансерное наблюдение включает в себя сбор жалоб у пациента, осмотр и пальпацию паховой области, при необходимости – ультразвуковое исследование мягких тканей и брюшной полости.

Организация оказания медицинской помощи. Организация оказания медицинской помощи пациентам с паховыми грыжами проводится согласно Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия» (приказ Министерства здравоохранения РФ № 922н от 15.11.2012).

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-хирургом. При подозрении или выявлении у пациента паховой грыжи врачи-терапевты, терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-специалисты, средние медицинские работники в установленном порядке направляют пациента на консультацию в кабинет врача-хирурга для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи. При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний пациент направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь по профилю «хирургия».

Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-хирургами в стационарных условиях и условиях дневного стационара и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Оперативное лечение пациентов с паховыми грыжами может проводиться в хирургических отделениях медицинских организаций всех уровней. При сложных ПГ (многократно рецидивирующие, с инфицированием эндопротеза), у пациентов с сопутствующими заболеваниями, в т.ч. сердечно-сосудистой и дыхательной систем, сахарным диабетом или при показаниях для выполнения симультантных операций, оперативное лечение целесообразно проводить в хирургических отделениях медицинских организаций третьего уровня.

**Показания для плановой госпитализации:** наличие диагноза неосложнённой ПГ для выполнения планового хирургического вмешательства.

**Показания для экстренной госпитализации:** наличие диагноза осложнённой ПГ (ущемление, кишечная непроходимость) для выполнения экстренного хирургического вмешательства.

**Показания к выписке пациента из стационара:** активизация пациента после операции, отсутствие осложнений со стороны послеоперационной раны, внутренних органов и систем организма.

Актуальность: 2021, применяется.

**Владимир БЕЛОКОНЕВ,**  
доктор медицинских наук,  
профессор.

Самара.

**Бадри ГОГИЯ,**  
доктор медицинских наук.

Москва.

**Виктор ГОРСКИЙ,**  
доктор медицинских наук,  
профессор.

Москва.

Почему так сложилось, что неосторожно сказанное врачом слово может привести его в суд? Как обезопасить себя в общении со сложным пациентом? Легко ли научиться эффективным коммуникациям и кому такие знания необходимы? Можно ли предупредить эмоциональное выгорание у медработника? Насколько важны в профессии врача манера разговаривать и внешний вид?

Обо всём этом в интервью «МГ» рассказала директор Института психолого-социальной работы Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, заведующая кафедрой педагогики и медицинской психологии, доктор психологических наук Мария КИСЕЛЁВА – одна из авторов нового образовательного курса, который скоро появится в программе обучения в университете.

– Мария Георгиевна, согласны ли вы с тем, что взаимное неприятие социума и медицинского сообщества нарастает и приобретает уже неприличные формы? Конечно, медики работают в тех условиях, которые им создаёт государство, а их стиль общения с пациентом – адекватное отражение того, как социум относится к врачам. А есть ли смысл в этих обстоятельствах говорить о неких правилах общения докторов с больными, или это бесполезно?

– Говорить об этой проблеме имеет смысл. Более того, необходимо обучать врачей так называемым гибким навыкам, то есть правильным коммуникациям.

Действительно, медработник находится в заданных условиях, и основным обстоятельством, которое провоцирует раздражение и пациента, и доктора, является недостаток времени. Врачу даётся 12-15 минут на общение с пациентом, этого мало. За столь маленький отрезок времени нужно многое успеть – сердце послушать, давление измерить, провести беседу и разобраться в причинах недомогания, – а успеть невозможно, и это приводит к не совсем эмпатичным отношениям. Кто кем больше недоволен? Обе стороны в равной степени недовольны друг другом. Врач не успевает сделать так, как хотелось бы, пациент этим обижен и демонстрирует врачу своё недовольство порой в возмутительной форме, чем обижает доктора и вызывает его обратную реакцию.

Ограниченность времени – условие, на которое мы повлиять не можем. Что же делать? Есть приёмы эффективной беседы, которая спланирована определённым образом. Если их использовать, то даже в условиях небольшого промежутка времени врач выстроит контакт с пациентом таким образом, чтобы тому не показалось, будто им пренебрегают, а сам доктор получит необходимую информацию для диагностики и выбора тактики лечения.

Здесь важно отметить, что ограниченное время на общение с пациентом – это не сугубо отечественная особенность, такие регламенты установлены во всём мире. Другое дело, что в отличие от многих стран, у нас врач воспринимается не только как специалист, который выполняет свою непосредственную задачу лечить больного, но и как собеседник, который должен вникнуть в личностные проблемы пациента.

– Разве это так уж естественно? Ведь, обращаясь к врачу со своей проблемой, больной ожидает не только помощи, но и сочувствия, а иначе доверия доктору не будет.

– Действительно, если нет психологического контакта и доверительных отношений между врачом и пациентом, лечение не будет достаточно результативным. Поэтому я и говорю о том, что важно освоить приёмы ведения эффективной беседы, которые позволяют для начала вступить в доверительный контакт, а дальше, опираясь на личностные особенности пациента, переходить к сбору анамнеза и так далее.

## Наши интервью

# «В докторе всё должно быть прекрасно». Почти по Чехову

## Врач и пациент недовольны друг другом: как это исправить?

К числу таких приёмов относится, например, умение вежливо остановить поток речи пациента, если его рассказ уже не относится к делу. Важен также навык структурирования информации, выделения важного из большого объёма сказанного больным. Часть врачей владеет такими умениями, но многие не владеют, им надо обучаться.

При этом так называемые гибкие навыки, необходимые врачу для профилактики и преодоления конфликтных ситуаций с пациентами, – лишь инструмент. Он не будет эффективно работать, если не понимать природы негативной реакции пациентов на дефицит внимания или добрых слов. Дело в том, что в нашей социальной культуре врач способен разобраться в любой сложной ситуации и помочь, соответственно, пациент заведомо наделяет его идеальными качествами. Это вариант психологической защиты, потому что человеку, которому поставили серьёзный диагноз или есть вероятность, что его поставят, становится страшно. Устранить опасность и успокоить может только врач. Однако любая идеализация имеет обратную сторону – обесценивание, когда нарисованный образ не совпадает с реальным человеком. Доктор может быть прекрасным специалистом, но, если ожидания больного не оправдались, начинается обесценивание.

– Потому что он не сотворил чуда?

– Верно. Врач должен это понимать и оставлять нейтральным по отношению к игре «идеализация/обесценивание». В данном случае перед нами не проблема врача, а проблема пациента.

Другой вариант психологической защиты пациента – проецировать негативный опыт, который он когда-то пережил в общении со значимыми для него людьми, например родителями и учителями, на другого человека, от которого ты в данный момент зависишь. В частности, на врача. Иными словами, на приём к доктору может прийти больной, который заведомо недружелюбно настроен просто потому, что ему не нравится его зависимое положение и осознание того, что кто-то разбирается в его проблеме лучше, чем он сам. Такой пациент непременно будет спорить с врачом, ссориться с ним. Ни в коем случае не следует отвечать на его поведение симметрично и тем самым увеличивать вероятность конфликта.

Повторю: можно и нужно обучать медработников технике общения с пациентами вообще, а со сложными – особенно. Это поможет выстроить беседу так, чтобы не включаться излишне эмоционально, иначе последствием подобных событий для врача станет не только конфликт с пациентом и неприятные разбирательства, но и профессиональное выгорание.

– Вероятность эмоционального выгорания зависит от личности врача, или оно не-

– Перфекционисты, то есть люди, которые живут по принципу «быстрее, выше, сильнее». Прекрасное качество – умение добиваться высокого результата, становясь личностной чертой, неизбежно приводит к эмоциональному выгоранию, потому что быть идеальным во всём и всегда невозможно. Перфекционизм разрушителен, когда он становится смыслом и способом жизни, когда человек фанатично стремится во всём быть первым и лучшим, болезненно воспри-

Как раз в настоящее время в Сеченовском университете разрабатывается учебный курс по эффективным коммуникациям. До сих пор у нас был просто модуль по эффективным коммуникациям, который мы читаем на первых курсах студентам всех факультетов – и фармацевтам, и лечебникам, и педиатрам, и будущим врачам-исследователям. Этот цикл лекций направлен на развитие эмоционального интеллекта, то есть умение принимать собственные эмоции



избежно возникает у всех после какого-то срока работы в профессии?

– В той или иной степени выгорают все, а вот скорость выгорания зависит от типа личности. В чём выражается выгорание? Специалисту начинает казаться, что он не так компетентен, как необходимо, что у него нет особых успехов. Он начинает обесценивать пациента, в его лексике появляется «чёрный» юмор о больных от нежелания эмоционально включаться в их проблемы. Затем могут начаться соматические проявления в виде плохого сна, повышенной утомляемости, нередко присоединяется тяга к алкоголю. Плюс когнитивные нарушения: сложно сконцентрироваться на чём-то или, напротив, постоянно крутятся одни и те же мысли.

Существует представление, будто выгорают те, кто долго работает в медицине. Это не совсем так. Первый эпизод эмоционального выгорания случается как раз в начале карьеры, когда недавний выпускник, полный надежд многого добиться в медицине, начинает сталкиваться с реальностью. Столкновение очень быстро его отрезвляет. В этот момент как раз нужна профилактика эмоционального выгорания, потому что не все молодые специалисты способны такое состояние преодолеть и остаться во врачебной профессии, адаптироваться к её особенностям. Многие уходят. Те, кто пережил первый эпизод выгорания и сумел справиться с ним, вырабатывают на какое-то время иммунитет, но потом всё может повториться.

– Кто более подвержен профессиональному выгоранию?

нимают не то что критику, а любое малейшее замечание в свой адрес. Перфекционист не может делиться частью своих полномочий, он начинает соревноваться сам с собой и загоняет себя в чрезмерную нагрузку. Это выматывает и в какой-то момент приводит к эмоциональному истощению и сложностям в контакте с пациентами.

Таким образом, причин, по которым у врача нарушается контакт с пациентами, много. Но хорошая новость заключается в том, что все эти причины известны, а их последствия можно профилактировать.

– Теперь о том, что вы называете профилактикой. Чтобы правильно выстраивать беседу с пациентом, не допускать конфликтных ситуаций и не выгореть самому, врач должен этому где-то научиться.

– В странах Запада выпускники медицинских факультетов проходят обязательную аттестацию по коммуникации с пациентами. Суть экзамена заключается не в том, что будущий доктор должен на ходу придумать, как именно отреагировать и что ответить пациенту или его родственникам в той или иной ситуации, а в том, чтобы просто воспроизвести правильную формулировку из учебника. Все виды сложных коммуникативных ситуаций давно описаны и правильные алгоритмы беседы для каждой ситуации сформулированы. Надо это просто выучить и использовать. Составлены модели поведения в разных ситуациях: как работать со сложным пациентом и его родственниками, как сообщить диагноз неизлечимого заболевания, как сообщить родственникам о смерти больного или ухудшении его состояния и так далее. Всё это описано в методичках, и не нужно ничего нового изобретать.

– Почему в российской системе высшего медицинского образования нет выпускного экзамена по коммуникативным навыкам? Я многих врачей спрашивала, был ли у них во время учёбы такой предмет, никто не помнит.

– Думаю, в каком-то объёме он был в виде отдельных лекций по биоэтике, медицинской этике и деонтологии, но как специального предмета не было точно. Соответственно, экзамен по этому предмету ни в период вузовской подготовки, ни на этапах последипломной подготовки не сдают.

и эмоции пациента. Будущих медработников обучают умению распознавать типы пациентов, предотвращать и правильно разрешать конфликты, а также умению работать в команде, что для врача очень важно: неумение приводит к выгоранию, так как возникают соперничество, взаимное непонимание.

В дополнение к этому модулю мы занимаемся разработкой ещё одного – теперь уже по профессиональным коммуникациям. Он предназначен для студентов старших курсов. Если в курсе по эффективным коммуникациям даётся объём знаний и навыков, одинаковый для всех специалистов, то здесь будут уже нюансы, поскольку в отличие от работы фармацевта или медицинского инженера врачебное дело подразумевает более сложные ситуации: трудности диагностики, смерти, осложнения, плохие новости для родственников больных, где необходимо установить более глубокий контакт с человеком.

Мы – психологи – не ставим задачу критиковать и ругать врачей, им и так не просто, ими и без нас многие недовольны. Мы всегда на стороне врачей. Наша задача – помогать им стать лучше, восстанавливать их авторитет в обществе.

– Коммуникативные навыки – это, наверное, не только умение вовремя использовать нужную словесную конструкцию, но и интонация, с какой она произнесена, верно?

– Верно. Но важны не только правильные слова и интонация. Чтобы установить доверительные отношения с пациентом, для врача одинаково важны и умения говорить, и умение слушать, и то, как он выглядит, и даже в какой позе находится во время общения с пациентом. Нельзя объявлять человеку диагноз, закрывшись от него компьютером. Желательно, чтобы между врачом и пациентом было расстояние в один-полтора метра, ничем не разделяющее их. Даже поза, которую занимает в это время врач, имеет значение. Точно не следует держать руки в карманах или сцепив их на груди.

Из этих нюансов либо сформируется, либо нет доверие пациента к врачу, а в итоге – результат лечения. Непростая наука, но ей можно научиться, если человек захочет.

Конечно, «гибкие» навыки надо сначала оттачивать в группах врачей, друг на друге. Это только на словах всё понятно, а на практике очень непросто произнести фразу «я вижу, что вы напуганы, я вас понимаю» так, чтобы па-

циент тебе поверил. Нужно для каждой фразы находить верный тон и громкость голоса.

Кстати, сейчас в нашей профессиональной среде идёт дискуссия о том, уместна и эффективна ли в коммуникациях врача с пациентом так называемая «мы-позиция», а также использование уменьшительно-ласкательных слов. Выражения типа «нам с вами надо пройти обследование» или «давайте посмотрим вашу большую ножку» – насколько они позволяют лучше установить контакт? Я считаю, что это хорошо, если доктор умело пользуется таким инструментом. Но есть мнение, что не следует использовать приём «присоединения», в то же время я не слышала, чтобы противники «мы-позиции» вели борьбу со словом «мамаша» в медицинском лексиконе. По моему мнению, учитывая, что почти все пациенты находятся в состоянии психологического регресса, фраза «сейчас мы с вами сделаем рентген» звучит и воспринимается лучше, чем «мамаша, берите ребёнка и идите на рентген».

– **Мария Георгиевна, а можно сделать так, чтобы врач не просто захотел, а должен был всему этому научиться и следовать как строгим правилам?**

– К этому высшая медицинская школа неизбежно придёт, потому что ситуация в здравоохранении подталкивает. По мнению юристов, два главных дефекта оказания медпомощи – нарушения в оформлении медицинской документации и неправильные коммуникации медработников с пациентами или отсутствие коммуникаций – становятся толчками к конфликтам и судебным процессам. То есть в тот момент, когда случился какой-то медицинский инцидент, неблагоприятный исход лечения, врач либо не нашёл правильных слов, либо не счёл нужным объяснить пациенту и его близким, как и почему это произошло, выразить сочувствие.

Вот почему обучение «гибким навыкам» актуально в первую очередь. Будем заниматься решением данной задачи. Сначала внедрим и отработаем целостный образовательный курс по гибким навыкам с зачётами и экзаменом в своём университете, затем начнём транслировать опыт в другие медуниверситеты.

– **А от самих медиков есть заказ к психологам и педагогам научить их общаться с пациентами и родственниками?**

– Такой заказ есть, особенно со стороны руководителей медицинских организаций: приходят молодые специалисты, которые оказываются вообще в этом смысле неподготовлены. Это к вашему вопросу о том, обучают ли «гибким навыкам» в медицинских вузах.

Хочу привести пример из собственного опыта. Мы представляли врачебной аудитории свой новый обучающий курс по профессиональным коммуникациям. Передо мной не молодые специалисты, а медработники со стажем. Предлагаю им ролевую игру: они все – врачи, а я – мама ребёнка, которому показана операция на сердце, причём провести её надо как можно скорее. И вот накануне назначенной даты операции я сообщаю доктору, что передумала, потому что боюсь неблагоприятного исхода хирургического вмешательства и вообще сомневаюсь в его необходимости. Мне как маме одинаково страшны и болезнь ребёнка и предстоящее лечение. Таковы были условия «игры».

Как отреагировали доктора? Честно говоря, я не просто удивилась их реакции, а даже растерялась, услышав ответы. Все до одного начали на «маму» давить. Самые категоричные за-

явили даже, что сообщат о моём решении в службу опеки, и у меня отберут ребёнка, а если с ним что-то случится до этого, меня посадят в тюрьму за оставление в опасности.

Ни один из участников тренинга не сказал «маме», что понимает, как ей страшно, хотя одна эта фраза могла бы разрушить её психологическую защиту. Почему они этого не сделали? Не потому, что все такие бесчувственные, просто ни у одного из этих врачей нет навыков эффективных профессиональных коммуникаций. Единственный в их представлении метод воздействия на трудного пациента – надавить, напугать. Между тем целые пособия написаны по сопровождению принятия пациентом решения о лечении.

– **Кто их читает?.. Проще дать больному на подпись бланк информированного добровольного согласия и на этом закончить разговор. Хочешь лечиться – подписывай, не хочешь – твоё право.**

– Тема очень сложная. Когда это действительно становится проблемой и врач видит, что больной, которому обязательно нужно выполнить то или иное вмешательство, склоняется к отказу по любым причинам – просто страшно, не позволяют религиозные убеждения, есть опасения, что в результате хирургического лечения пострадает сексуальная функция, возникнут эстетические дефекты и т.д., – то безусловно должен быть привлечён клинический психолог, он умеет работать с этими проблемами.

В идеале клинический психолог должен быть в каждом стационаре. Это немедицинская должность в медицинских учреждениях, в штатное расписание её возможно ввести, правда, пока такое решение отдано на усмотрение главного врача. Здесь следует вернуться к тому, что уже сказано выше: если в процессе оказания медицинской помощи пациент не получил тот результат, которого ожидал, и между ним и врачом наметился конфликт, то не дать конфликту разгореться, быстро и умело его погасить – вообще-то не задача врача.

Я видела, как это организовано в очень хороших зарубежных клиниках. Во-первых, там доктор встречается с пациентом только после того, как вся необходимая информация о нём уже собрана медсестрой и диагностами. Врач не занимается диспетчерской работой, не ведёт с больным длительные беседы, доводящие до взаимного неприятия, а только ставит диагноз и назначает лечение.

Во-вторых, каждого пациента в клинике сопровождает сотрудник, который одновременно сочетает функции психолога, юриста и социального работника. Он разъясняет порядок и условия лечения, помогает пациенту принять решение, выслушивает его опасения и замечания, предлагает психологическую и юридическую помощь. То есть снимает напряжённость.

Теперь сравним, как это устроено в российской системе здравоохранения. К сожалению, совсем иначе. Здесь всё поручено доктору, в итоге он один за всё отвечает. Хотя, повторюсь, в стационарах как минимум один клинический психолог быть должен. Его помощь будет востребована как пациентами, так и сотрудниками больницы. Это позволит существенно сократить количество юридических последствий медицинских инцидентов.

Беседу вела  
Елена БУШ,  
обозревател  
«МГ».



## Перспективы

# Вычисление Z-фактора

## Спорт, как интегральная дисциплина

**Состоялось онлайн-заседание научного совета РАН «Науки о жизни», посвящённое методам и технологиям спортивной медицины, используемым в здравоохранении. Во вступительном слове председатель научного совета, заместитель президента РАН Владимир Чехонин определил спортивную науку, анализирующую показатели здоровья спортсменов и физкультурников. Она включает в себя контроль за подготовкой спортсменов, оценку их потенциала, изучение восстановительных механизмов после физических нагрузок и травм с целью повышения эффективности тренировочного процесса.**



По словам заместителя министра спорта Российской Федерации Алексея Морозова, сборные страны насчитывают 15 тыс. спортсменов. Новым трендом является продление спортивной карьеры с помощью достижений фармакологии, снижение травматизма и улучшение реабилитации после травм. В качестве первоочередных задач была названа подготовка спортивного резерва (в спортшколы записывают с 6 лет) и «внедрение двигательной активности в общеобразовательный процесс».

Заведующая клиникой спортивной медицины Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной, спортивной медицины член-корреспондент РАН Виктория Бадтиева обозначила приоритеты современной спортивной медицины: во-первых, сохранение жизни и здоровья спортсменов и, во-вторых, повышение их результативности. Согласно рекомендациям ВОЗ, для поддержания здоровья и благополучия рекомендуется по крайней мере от 150 до 300 минут умеренной аэробной активности в неделю (или эквивалентной высокой физической нагрузки) для взрослых, и в среднем 60 минут умеренной аэробной физической активности в день для детей и подростков: «Физическая активность может осуществляться при выполнении работы, занятии спортом, на отдыхе или при передвижении, а также при выполнении повседневных обязанностей и работы по дому». Каждая десятая смерть могла бы быть предотвращена, если бы все достигли хотя бы половины рекомендуемого ВОЗ уровня физической активности.

С другой стороны, чрезмерные физические нагрузки являются триггером внезапной сердечной смерти. К сожалению, регистра внезапной смерти в российском спорте нет. Причиной внезапной смерти в спорте в США считается

гипертрофическая кардиомиопатия, а в Италии – аритмогенная кардиомиопатия (дисплазия) правого желудочка. По данным итальянских медиков, обследование спортсменов позволяет снизить риск внезапной смерти на 89%. Между спортивным сердцем и кардиомиопатией существует «серая зона». Отклонения в сердечно-сосудистой системе выявлены у 15% олимпийцев и у 12% паралимпийцев. Поэтому вопросы допуска к соревнованиям должны решаться спортивным врачом. Разработан протокол эхокардиографии (ЭхоКГ), позволяющий вычислять z-факторы для основных анатомических структур сердца по определённому алгоритму (z-фактор указывает, насколько анализируемая величина отклоняется от средней величи-

БД и специальных пищевых продуктов. К сожалению, спортсмены не информированы о правилах оптимального питания.

Генеральный директор Федерального медицинского центра им. А.И.Бурназяна член-корреспондент РАН Александр Самойлов выступил с докладом о вкладе Федерального медико-биологического агентства в развитие спорта высших достижений. Разработаны и были внедрены в практику такие инновационные технологии, как фаст-трек-восстановление, персонализированные подходы к подбору витаминно-минеральных комплексов и метаболической коррекции, рискориентированный подход при анализе травм и заболеваний у спортсменов, современные методы психологической коррекции и реабилитации спортсменов и многое др. «К настоящему времени в ФМБА России сформирована высокоэффективная система медицинского сопровождения на всех этапах спортивной подготовки», – отметил он.

Главный специалист по спортивной медицине Минздрава России профессор Борис Поляев остановился на проблеме нахождения общего языка тренера и врача. Ежегодно более 200 тыс. детей покидают спортивные школы. Актуальна кадровая проблема. Для её решения создаются межвузовские факультеты спортивной медицины. Происходит «транслирование достижений спортивной медицины в другие отрасли». Например, опыт восстановления после предельных нагрузок и травм полезен для развития медицинской реабилитации. Комментируя это выступление, А.Морозов призвал к совместной работе ФМБА, Минздрава и Минспорта России.

Заседание завершилось выступлением заведующего кафедрой



времени применяли, выживаемость при внезапной остановке сердца составила 89%. В другом исследовании неврологическая выживаемость составила 93% при применении дефибриллятора, а если он не применялся – 9%. Согласно кодексу Всемирного антидопингового агентства, на первом месте стоит здоровье спортсмена.

Директор ФИЦ питания, биотехнологии и безопасности пищи академик РАН Дмитрий Никитюк основой высоких спортивных достижений назвал оптимальное питание. Оно способствует биосинтезу гуморальных регуляторов (катехоламины, простагландины, стероиды и т.д.) и реализации их действия. Разрабатываются индивидуальные программы нутритивной поддержки с использованием

спортивной медицины и медицинской реабилитации Первого МГМУ им. И.М.Сеченова профессора Евгения Ачкасова о новых вызовах спортивной медицины. В СССР спортом занималось более 25 млн человек, а сейчас эта цифра, по словам докладчика, достигает 40 млн. Новыми вызовами он назвал введение антидопингового контроля, развитие паралимпийского движения, развитие фитнес-индустрии и т.д. Новым направлением является спорт как средство социальной мотивации граждан.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,  
корр. «МГ».

**НА СНИМКАХ: ФК «Спартак» проводит углублённое медицинское обследование перед стартом нового сезона.**

В 2023 г. Всемирный день борьбы с туберкулёзом, ставший неофициальным праздником всех фтизиатров, прошёл под девизом: «Да! Мы можем ликвидировать туберкулёз!». В связи с этим Центральный научно-исследовательский институт туберкулёза (ЦНИИТ) под эгидой Российской академии наук, Минобрнауки, Минздрава России, Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования организовал форум молодёжи, занимающейся научными изысканиями с целью скорейшей ликвидации этой глобальной проблемы человечества.

Очередная, XXIII Всероссийская научно-практическая конференция молодых учёных с международным участием «Фундаментальные и прикладные исследования во фтизиатрии: достижения и перспективы» прошла в онлайн/офлайн-формате. В ней участвовали свыше 800 учёных и врачей из 60 регионов РФ, а также стран СНГ.

В нынешнем году отмечаются две знаменательные даты: 75-летие Всемирной организации здравоохранения и 25-летие Сотрудничающего центра ВОЗ по туберкулёзу на базе ЦНИИТ, поэтому школа молодых учёных, аккредитованная на портале непрерывного медицинского образования, которая работает в рамках конференции свыше 5 лет, была проведена совместно.

К участникам форума обратились медицинские специалисты по вопросам ВИЧ, туберкулёза и вирусным гепатитам офиса ВОЗ в России Салтанат Егубаева и Александр Голиусов, а также советник директора ЦНИИТ, доктор медицинских наук, профессор Ольга Демикова, которая на протяжении всех 23 лет активно поддерживает юных фтизиатров.

Медицинские сотрудники отдела страновых программ здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ Александр Голиусов, Октай Гёзалов и Андрей Дадю познакомили с современными тенденциями в химиотерапии туберкулёза взрослых, приори-

## Тенденции

# Ликвидировать палочку Коха по плечу молодым!

Это подтвердил прошедший в Центральном НИИ туберкулёза форум



А.Эргешов с победительницами конкурса

тетам регионального масштаба, представили исследования и инновации в области туберкулёза и обновлённые рекомендации ВОЗ по лечению заболевания у взрослых, детей и подростков. Приоритетными подходами в современной химиотерапии являются укорочение режимов химиотерапии при лечении пациентов, а также применение безыньекционных режимов химиотерапии. Однако и длительные 18-месячные режимы сохраняют свою актуальность для больных распространёнными формами с множественной и широкой лекарственной устойчивостью. Освещались и вопросы организации многоцентровых клинических исследований, новые подходы к профилактике и лечению лекар-

ственно-устойчивого туберкулёза, позволяющие использовать потенциал современных технологий, таких как быстрая молекулярная диагностика, более эффективные и короткие схемы профилактики, лечения и поддержки, а также инновационные цифровые решения в сфере здравоохранения. Показан комплекс мер для стран с низким и высоким бременем туберкулёза, представлена Европейская исследовательская инициатива, созданная в целях стимулирования исследовательской работы в области туберкулёза в регионе, основными сферами деятельности которой являются эпидемиологические, инновационные, фундаментальные и операционные исследования. Также обсуждались

новые фундаментальные исследования во фтизиатрии, возможности использования и внедрения в клиническую практику российского опыта и достижений бронхологии. Были представлены обновлённые знания фундаментальных аспектов современной фтизиатрии, в частности фармакогенетики.

Молодые учёные – это будущее страны. В процессе общения с опытными, высококвалифицированными старшими коллегами они получили новые знания и современные инструменты для того, чтобы победить палочку Коха. Именно с таким напутствием к ним обратились директор ЦНИИТ, руководитель Сотрудничающего центра ВОЗ по туберкулёзу, член-корреспондент РАН Атаджан Эргешов, директор Московского научно-практического центра борьбы с туберкулёзом, заведующая кафедрой фтизиатрии РМАН-ПО, доктор медицинских наук, профессор Елена Богородская, академик РАН Валерий Береговых, представитель ВОЗ в РФ Мелита Вуйнович.

Подчеркнём, что конференция молодых учёных существенно влияет на формирование будущей смены специалистов противотуберкулёзной службы. Особенностью нынешнего форума стало участие в нём представителей не просто врачебных, но фтизиатрических династий из Москвы и Саратова, что свидетельствует о повышении престижа специальности, которая длительное время остаётся «Золушкой» медицины. Начинающие свой путь во фтизиатрию увлечены своим делом,

оптимистичны, заняты поиском передовых технологий, новых способов борьбы с туберкулёзной инфекцией, и это вселяет большие надежды. Пока молодые таланты будут трудиться, выносить свои достижения на суд старших коллег и ровесников, отечественная наука и практика продолжат развиваться.

В рамках конференции прошёл конкурс, на который поступило 118 работ. Предварительно отобрано 60, и лишь 30 самых достойных были озвучены. После каждого выступления проходило короткое дискуссионное обсуждение в формате «вопрос-ответ». В итоге были открыты новые яркие имена. Советом экспертов, а также по результатам онлайн/офлайн-голосования победителем признана Валентина Алгазина с работой «Динамика формирования устойчивости к линезолиду и бедаквилину штаммов *Mycobacterium tuberculosis*, выделенных от больных туберкулёзом органов дыхания в ЦНИИТ за период 2011-2022 гг.». Также учреждены 2 вторых, 3 третьих места, 6 поощрительных призов за наиболее яркие и содержательные доклады.

В заключение А.Эргешов отметил высокий уровень представленных презентаций, выразил пожелание интенсификации научных исследований и дальнейшего сотрудничества в победе над туберкулёзом. Хочется надеяться, что свежие изыскания уже скоро послужат сохранению и укреплению здоровья людей.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.  
Фото Вилаята АЛИЕВА.

## Идеи

Известно, что плод слышит уже после 16 недель гестации. Об этом знали исстари, а потому беременной советовали пребывать в добром расположении духа, побольше находиться на природе, слушать пение птиц, журчание ручья и т.п.

Но раз ещё нерождённый ребёнок так рано начинает слышать, то почему бы не попытаться целенаправленно воздействовать на его состояние и формирование, например, с помощью музыки? Столь необычная для 80-90-х годов минувшего столетия идея пришла в голову Михаилу Лазареву, педиатру и музыканту, ныне доктору медицинских наук, кандидату психологических наук, профессору Московского педагогического государственного университета.

Вспоминает ведущий научный сотрудник ФИЦ питания и биотехнологии, в прошлом одноклассница М.Лазарева по Второму Меду (ныне РНИМУ им. Н.И.Пирогова) доктор медицинских наук Мария Гмошинская:

– В то время по институту среди студентов прокатился слух, что появился молодой человек, который что-то интересное делает с беременными. И мне предложили сходить посмотреть. Лазарева я застала с флейтой в руках в окружении будущих мамочек.

Тема дородового воспитания широко обсуждалась на стыке восьмого и девятого десятилетий. Но наиболее отчётливо зазвучала в середине 90-х годов, в том числе благодаря усилиям М.Лазарева, создавшего метод «Сонатал» – система занятий с беременными женщинами, направленная, как говорят специалисты, на оптими-

# Музыка в помощь медицине

Союз, от которого выигрывают все

зацию морфофункционального созревания нерождённого ребёнка, стимуляцию его двигательной активности, профилактику гипоксии, а также обучение беременной навыкам общения с ребёнком ещё до появления его на свет. Основным воздействующим фактором служит голос, пение беременной специальных музыкальных произведений, написанных Михаилом Львовичем. «Сонатал» в переводе с латинского (*sonus* – звучащий, *natal* – рождённый) означает «музыка рождения». Суть состоит в том, что в пренатальный период можно воздействовать на двигательное, эмоциональное и дыхательное состояние плода и даже управлять его развитием. Мама общается с малышом ещё до его рождения с помощью определённых вокально-речевых упражнений.

В 1996 г. метод был одобрен Министерством здравоохранения РФ и подхвачен многими энтузиастами. В ряде субъектов страны появились кабинеты пренатального воспитания. Особо широкое применение он нашёл в Татарстане, где на практике увидели его эффективность.

Сегодня метод применяют не только в нашей стране, но и за рубежом: в Великобритании, Греции, Германии... Его автор, кроме территориальных границ, раздвинул ещё и возрастные, создав целую многоступенчатую систему, охва-

тывающую, помимо внутриутробного периода, последующие этапы развития ребёнка: от рождения до 3 лет – программа «Интоника», от 3 до 7 лет – программа «Здравствуй!», далее – программа «Цветок здоровья».

Им написано более тысячи специальных песен и других музыкальных произведений, стимулирующих ребёнка правильно извлекать звуки, дышать, двигаться. Как признались учащиеся одной из московских школ, их любимая песенка «Семь нот здоровья».

На недавно состоявшейся конференции, посвящённой 40-летию «сонатал»-педагогике, сторонники метода из разных уголков страны и далёкого зарубежья делились опытом и достижениями.

Пренатальный психолог из Греции Ольга Гуни, напомнив, что нерождённые дети могут распознавать голос своей матери и предпочтительно реагировать на него, отметила:

– «Сонатал» – это подарок нынешнему и будущему поколениям. К сожалению, большинство населения живёт в городах и подвержено шумовому загрязнению. Нерождённые дети слышат всё это. А это может оказать негативное влияние на развивающийся плод, особенно если мать ежедневно подвергается воздействию этих факторов окружающей среды.



Участников конференции приветствуют «сонатальные» дети

По словам О.Гуни, последствия могут включать более высокий риск развития астмы, преждевременных родов, низкого веса при рождении и задержек в развитии.

– Нужно иметь в виду, что звук – источник информации, необходимой для выживания, – подчеркнула она. – Музыка поддерживает физическое развитие, эмоциональное созревание и познание. Россия входит в число стран с самым богатым фонемным языком. Пение песен с фонемами и чтение развивают познавательные способности и интеллект. Родители, поющие специальные песни для своих детей, приносят несомненную пользу.

Это прекрасно поняли ещё в 1995 г. в Набережных Челнах, там «сонатал»-кабинеты функционируют во всех женских консультациях и детских поликлиниках. И, как показали результаты исследования, осложнения беременности у

женщин, прошедших подготовку по программе пренатального воспитания, встречаются в 2,5 раза реже, чем у не прошедших её, а роды с патологией – в 4,5 раза реже по сравнению с контрольной группой. Физическое и психомоторное развитие «сонатальных» детей заметно лучше.

Как отметила депутат Государственного совета Республики Татарстан Алсу Тарханова в видеоприветствии участникам конференции, программа очень широко распространена в Татарстане. Мамы и педагоги замечают, что «сонатальные» дети выгодно отличаются от своих сверстников по способностям и талантам. Это ли не вклад в оздоровление общества, нации?

Валентина ЕВЛАНОВА,  
корр. «МГ».

Фото автора.

**В развитие гипертонической болезни (артериальной гипертензии) и вторичной (симптоматической) гипертензии немалую лепту вносят психологические факторы. К сожалению, за 12-15 минут приёма доктор просто не в силах рассказать об этом подробно, поскольку должен заполнить массу документов. Обычно врачебные советы сводятся к схеме лечения препаратами и диете, а психологические рекомендации ограничиваются красивым и беспроектным лозунгом – меньше нервничать. Но смею утверждать: первое без второго малоэффективно, и медикаментозная терапия без психопрофилактики снимает лишь симптомы! По сути, мы выдёргиваем верхки и оставляем корешки...**

### Внутренний мир пациента с гипертонией

По данным шведских и американских исследователей, гневливые и властолобивые люди склонны к гипертонии, если по объективным причинам в полной мере не выражают свои страсти. Гипертонией страдают те, кто в силу ряда обстоятельств не может реализовать своей глубокой, настоятельной потребности управлять ситуацией и поведением окружающих. В результате они вынуждены отказаться от попыток такого контроля и от стремления навязать другим людям свою волю. Необходимость смириться с этим они воспринимают, иногда неосознанно, как поражение. А нервная система и психика реагируют на стресс депрессией и гипертоническим кризом.

Такие больные зачастую не уверены в себе и амбициозны. С детства у них формируется и периодически обостряется внутренний конфликт между стремлением обрести защиту и независимостью, между агрессивностью и чувством вины. Не находящие разумного выхода агрессивные черты личности (сдерживаемый гнев, подавленная враждебность, злопамятность, затаённая и непрощённая обида) буквально съедают человека изнутри и также способствуют скачкам артериального давления.

По наблюдениям зарубежных учёных, сталкиваясь с непреодолимым сопротивлением, больные артериальной гипертонией постоянно раздражаются. Жизнь навязывает им роль «ломовой лошади». Они «застревают» на одной работе и редко меняют её, даже когда им не доплачивают. Если они получают должность начальника, то им трудно завоевать авторитет у подчинённых. Они предпочитают работать (точнее «вкляпывать») за других вместо того, чтобы наладить дисциплину.

Люди такого склада обычно трудолюбивы (в народе говорят «трудоголики»), с чувством долга и ответственности. Но у них бывают внутренние и внешние конфликты, отстраниться от которых или преодолеть которые сложно. Вот типичные высказывания гипертоников: «Я должен быть готов ко всему»; «Я принимаю на себя все трудности»; «Никто меня не удержит от того, чтобы сделать это». Хроническое состояние страха, нехватка времени, нарастающее эмоциональное напряжение, долгое и нервное ожидание чего-либо оборачиваются тяжёлыми кризисами. Таким образом, порочный круг замыкается: стресс порождает неприязнь, раздражительность и амбиции, что усиливает эмоциональный накал.

Итак, гипертония на нервной почве возникает из-за самоуве-

ренного желания взвалить на себя непосильную ношу, трудиться без отдыха, во что бы то ни стало оправдать ожидания окружающих и добиться их уважения. При этом глубинные личностные чувства и потребности вытесняются и подавляются. Человек не столько живёт собственной жизнью, сколько исполняет в обществе заданную роль. Подчас он сам «пишет» сценарий своей болезни. С психологической точки зрения, гипертония – цена, которую мы платим, подстраиваясь под чужое мнение или стараясь переделать мир под себя. Это психосоматическое проявление глубоко личностных особенностей характера.

снижается уже не так легко, как прежде. Значит, надо подумать, как уменьшить раздражительность в течение дня».

Попутно Э.Берн замечает: «Ребёнок точно так же, как преступник, знает по опыту, на какое наказание он должен рассчитывать за определённое злодеяние. В этих пределах он обычно принимает наказание, не затаивая злобы. Но если его наказывают на 10 долл. за однодолларовое преступление, то у него остаётся чувство обиды ценой в 9 долл. При всей его неопытности он как-то догадывается, что его делают козлом отпущения за чужие грехи, и обижается на такую несправедливость».

депрессия и пр.) расшатывают нервную систему. Поэтому необходимо психологически грамотно корректировать поведение, снимать стрессы, расслабляться, отдыхать, словом, восстанавливать нервную систему. Чрезвычайно важно правильно хранить и разряжать энергию собственных чувств и эмоций. Способ её расходования отражается на функциях организма и отношениях с другими людьми. Мы восхищаемся способностями человека, но любим или ненавидим его за то, как он себя ведёт. Поэтому храните и выражайте свои чувства в приемлемой, а главное, безвредной для себя и окружающих форме.

вопрос: можно ли за 12-15 минут врачебного приёма грамотно разъяснить эти тонкости пациенту? Доктор успеет заполнить электронные документы, назначить анализы, выписать рецепты и т.п., но поговорить по душам – нет! Что же тогда мы ставим во главу угла: экономию денег или здоровье пациента? Что важнее: заполнение «бумажек» или личный контакт с больным? Ведь сейчас при «конвейерном потоке» получается, что человек – только приложение к медицинским документам лечебного процесса, которую очень жестко проверяют. Искусство врачевания вырождается в умение вести документо-

### Акценты

# Гипертония глазами психолога

## Что порой упускают из виду врачи?



### «История о десятидолларовой затрещине»

По мнению известного американского психиатра Эрика Берна, в жизни и отношениях между людьми необходимо сдерживать свою энергию, не впадая в отчаяние. Это видно из «Истории о десятидолларовой затрещине».

Владелец консервного завода Мидас Кинг был толстым, спокойным и несколько раздражительным. В то лето его дела шли вкривь и вкось. Все работали на износ, персонал часто менялся и делал ошибки, временами даже серьёзные. Каждый день приносил мистеру Кингу непрерывные огорчения, но он изо всех сил пытался держать себя в руках. Артериальное давление повышалось, что и заставило его наконец обратиться к доктору.

Жена, сопровождавшая мужа, рассказала врачу о происшествии, случившемся накануне вечером. Вернувшись домой из конторы, мистер Кинг вёл себя довольно спокойно до тех пор, пока их трёхлетний малыш не провинился. Сын разорвал в клочья бумажный доллар. Мистер Кинг сильно треснул его по голове, полагая, что поступил справедливо. Но жена сочла, что он зашёл слишком далеко, взяла мальчика на руки и успокоила его. Теперь мистер Кинг раскаивался в своём поступке.

«Кажется, я понимаю, что произошло, – размышлял вслух доктор. – Мальчик порвал бумажку в 1 долл. Но вместо того, чтобы наказать его на доллар, вы дали ему десятидолларовую затрещину, не правда ли?.. Вопрос в том, откуда взялось остальное раздражение, стоимостью в 9 долл.?.. Эмоции накопились в конторе, а разрядились дома. Это продолжается несколько лет, и теперь после спокойного уикенда давление

Другая психологическая причина гипертонии – привычка тревожиться и беспокоиться по пустякам, склонность отовсюду собирать негативную информацию. Кто чересчур эмоционально впитывает новости о различных катастрофах, авариях, происшествиях, преступлениях и т.д., тот, как правило, долго находится под этим впечатлением. Вдобавок мнительные, тревожные или предрасположенные к депрессии люди сами «накручивают» себя. В итоге у них постоянно нарастает чувство внутреннего напряжения и опасности.

А поскольку нервная система всегда находится «на страже», она вынуждена поддерживать высокое артериальное давление, дабы человек в любой миг отразил внешнюю угрозу. Мозг «рассуждает» примерно так: «Давление низкое, следовательно, организм не готов к сопротивлению. А нападение может произойти сейчас же!» Однако реальная «вражеская атака» угрожает нам не столь часто, и перенапряжение нервной системы не получает должной разрядки.

### Эмоциональная и ментальная саморегуляция

Уже доказано, что вегетативная дисфункция в детском или подростковом возрасте служит неблагоприятным фоном и предвестником гипертонии. Поэтому для профилактики болезни широко применяются немедикаментозные методы: здоровый образ жизни, диета, лечебная физкультура, загорные прогулки и вообще отдых на свежем воздухе, массаж, закаливание, контрастные ванны, веерный и циркулярный душ.

Психотравмирующие факторы (конфликтные ситуации, семейный алкоголизм, чрезмерная опека, умственное перенапряжение,

Старайтесь отсекайте худшие помыслы и удаляться от лишней информационной потоков. Помните старинную поговорку: «Меньше знаешь – лучше спишь». Не играйте в шумные, азартные игры, возбуждающие нервную систему. Не загружайте голову и сердце видео- и телепередачами со сценами убийств, кровопролития и насилия, а также пошлыми романами, желтой прессой, сплетнями и пересудами. Какой от них прок?

Иногда полезно просто сменить «стены». Кому-то помогают общение с живой природой, умная книга или беседа по душам. Если на сердце кромешный мрак, не стоит изолировать себя от друзей и пытаться изображать беспроблемного бодрячка. Горе нужно выплакать, беду – «выговорить». И не стесняйтесь ободрять других людей. Подчеркну: правильная разрядка не вредит ни себе, ни окружающим. Сплетня по телефону, скандал с битьем посуды, сквернословие или драка – тоже разрядка, но нецивилизованная.

Несколько лет я консультировал одного пациента, назову его Николаем Фёдоровичем. Когда мы снова встретились, он сказал: «Вы не раз предупреждали, чтобы я бросил лишние, суетные и хлопотные дела. На прошлой неделе мне был «звоночек» – давление и сердечный приступ. Я очень испугался, так как мои мать, отец, дядя и брат умерли от инфаркта. Значит, у меня плохая наследственность. Но что интересно: кардиолог посоветовал мне примерно то же, что и вы. Только другими словами. Он советовал не взваливать на себя разные житейские дела, не ввязываться в новые проекты, больше отдыхать, учиться расслабляться и снимать напряжение».

Выслушав Николая Фёдоровича, я ответил: «Вот видите, есть повод благодарить судьбу. Дело обошлось без реанимации, без больницы. Это великое счастье. А вывод вы сделали правильный: нужно отстраняться от суетных хлопот и углублять свою духовную жизнь. Не забывайте дорогу к храму. Занимайтесь семьёй. И не надо сломать голову бегать по магазинам, искать, где дешевле, мучиться, если потратили чуть больше, ссориться с продавцами или людьми, стоящими в очереди. Всё это, как написано в Библии, «суета сует и томление духа». Берегите сосуды и сердце!»

### Человек как приложение к...

И ещё один вывод – на этот раз административного плана. На примере гипертонии видна значимость психосоматических аспектов медицины. Возникает

вопрос: можно ли за 12-15 минут врачебного приёма грамотно разъяснить эти тонкости пациенту? Доктор успеет заполнить электронные документы, назначить анализы, выписать рецепты и т.п., но поговорить по душам – нет! Что же тогда мы ставим во главу угла: экономию денег или здоровье пациента? Что важнее: заполнение «бумажек» или личный контакт с больным? Ведь сейчас при «конвейерном потоке» получается, что человек – только приложение к медицинским документам лечебного процесса, которую очень жестко проверяют. Искусство врачевания вырождается в умение вести документо-

оборот. Воистину, «всё это было бы смешно, когда бы не было так грустно»! Разумеется, никто не отрицает смысла электронных и рукописных записей, однако необходимо верно расставлять приоритеты. На мой взгляд, давно пора отказать от весьма уродливого явления современной российской медицины – беспощадно лимитировать время приёма пациента, исходя из финансовых и формальных соображений. Этот вопрос касается всех специальностей и нозологий без исключения! Психосоматика гипертонии – просто яркий пример.

Аналогично дела обстоят с высшим медицинским образованием. Драгоценное время врач-педагог вынужден посвящать не передаче личного опыта и живому диалогу со студентами-медиками, а заполнению электронных журналов посещаемости, текущего контроля, прочих файлов и «бумажек». Это негативный побочный эффект цифровизации. И опять же получается, что студент – лишь приложение к чрезмерной писанине, которая, повторно снова, строго контролируется.

Сколько копий сломано, чтобы освободить школьного учителя от бюрократического засилья, чиновничьего произвола и формальных процедур, далеких от творческого полета профессии! Пока, к сожалению, реального результата нет. ЕГЭ по-прежнему убивает дух ученичества и наставничества, способность мыслить логически. А вместо этого насаждает умение угадывать и запоминать ответы на тесты, задачи и пр.

Высшее медицинское образование страдает теми же недостатками. Студент хочет отделиться от очередного коллоквиума зачастую не ради знания предмета, а ради оценки и итогового учёта. Это снижает и искажает учебную мотивацию. Привыкнув так учиться, выпускник вуза и работать будет в рамках той же модели мышления и поведения – халтурно.

В заключение приведу крылатый афоризм отечественного писателя-сатирика Михаила Жванецкого: «Нужно менять не унитаза, а всю систему!» Сказанная по иному поводу, эта фраза годится как вывод и по нашей теме. Так не пора ли лечить нашу родную медицину и здравоохранение? К такому, казалось бы, неожиданному выводу можно прийти, взглянув на гипертонию глазами психолога.

**Константин ЗОРИН,**  
доцент кафедры ЮНЕСКО  
«Здоровый образ жизни – залог успешного развития»  
МГМСУ им. А.И.Евдокимова,  
кандидат медицинских наук.

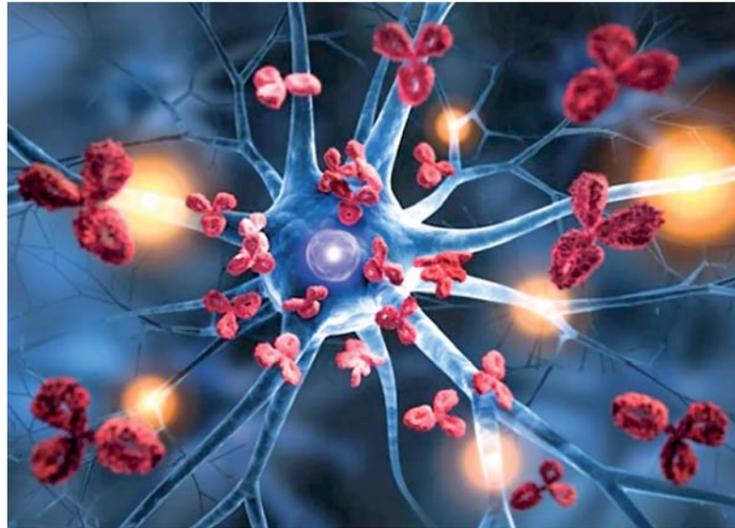
В своё время Эдвард Дженнер (1749-1823) – лендлорд и врач – в своих владениях обратил внимание на то, что молочницы с ближайших ферм практически не болеют оспой, ужасной болезнью, навсегда оставляющей на коже отметины разной формы и глубины.

Ко времени дженнеровского озарения от супруги английского посла в Сиятельной Порте (Турция) было известно о тамошнем обычае сохранения красоты обитательниц гаремов. Заклучался он в том, что девочкам давали вдохнуть перетёртые в ступе коросты оспенных больных. Дженнер сложил дважды два и провёл вакцинацию сыну своих бедных арендаторов, который прожил у него в поместье до 65 лет. Успех открытия был оглушительным, если верить дворам европейских монархий, но оно вызвало также страхи обычной публики, боявшейся, что разрезов кожи начнут «переть» быки и коровы-«вакки», откуда пошло название вакцин.

Прошло ещё 100 лет, прежде чем Э.Беринг разработал противодифтерийную сыворотку. Коровы сделали ещё один «вклад» в развитие практической иммунологии в виде коровьей вакцины против туберкулёза (БЦЖ) французов А.Кальмета и К.Герена. До того их соотечественник Л.Пастер создал сыворотку против бешенства, и с помощью антител спас мальчика после укуса бешеной собаки (тот также прожил долгую жизнь). На том успехи стали не столь громкими, хотя все знают о противостолбнячной сыворотке, детских прививках и против полиомиелита и т.д. Нобелевскую премию помимо Беринга и Р.Коха, открывателя туберкулёзной бациллы и путей заражения холерным вибрионом, получил и

Взгляд

# Антительная наука



Y-образные молекулы антител (красные)

И.Мечников за «свои» макрофаги и немец П.Эрлих, ратовавший за «свои» антитела. Но от многих болезней, начиная с гриппа-инфлюэнцы и БППП, малярии и других, надёжной защиты до сих пор нет, хотя мелькают сообщения о проведении полевых испытаний вакцин против ВИЧ-инфекции и Эболы, а также некоторых других.

Но, похоже, вакцину против коронавируса создать легче, чем от синегнойной палочки (*S.aeruginosa*). И всё же наука, используя преимущества принципиально новой технологии в виде инфомационных РНК

идёт вперёд. Специалисты Канады совместно с коллегами из университетов Техаса и Гарварда создали пан-вариантную вакцину, которая надёжно защитила мышей от заражения бета-вариантом COVID. Действие вакцины оценивали на 7-й день после инфицирования мышей по количеству цитотоксических Т-лимфоцитов (Т8+) в лёгких, которое поднялось с 1 до 24%. Известно, что Т-клетки убивают инфицированные клетки, тем самым предупреждая распространение вируса.

В Университете Тель-Авива создана первая РНК-вакцина против микроба, а именно чумной

бациллы *Y.pestis*, представляющей большую опасность в засушливом климате. Известно, что бациллы отличаются от обычных бактерий тем, что в неблагоприятных условиях дают легко распространяемые споры. Те, попадая в межклеточную жидкость (среду), как бы оживают и сливаются с клетками. Известно, что вирусы попадают в клетки с помощью своих белковых «выростов» – у гриппозного для этого есть гемагглютинин, а у COVID – булавовидные спайки. И те и другие служат для формирования молекулярных интерфейсов с протеинами клеточной мембраны. У чумной бациллы этому следует белок слияния F1, который и был выбран в качестве чумного антигена. Опробование противочумной РНК-вакцины на мышах показало быстрое формирование гуморального и клеточного иммунных ответов. Авторы обращают внимание на то, что для этого хватило одной-единственной прививки, и что технология может активно использоваться для создания столь необходимых антибактериальных вакцин.

В своё время У.Коли, молодой врач Общего госпиталя в Нью-Йорке, обратил внимание на уникальный случай выздоровления безнадежного ракового пациента, случайно заразившегося рожей. Чуть ли ни век спустя накануне начала геномного миллениума были выделены два гена, кодирующие синтез опухолонекротизирующего

фактора (TNF) и трансформирующего фактора роста (TGF). Мутации в генах этих протеинов видны у пациентов с разными формами опухолей, что говорит о недостаточной эффективности указанных белков. Развитие молекулярно-клеточной иммунологии и геномики сподвигнуло учёных на создание противораковых вакцин, действенность которых явно недостаточна. Поэтому понятен интерес к публикации сотрудников университетов бразильского Сан-Пауло и Пенсильванского, которые заявили о создании РНК-вакцины, вводимой с помощью ЛНЧ. Одной её дозы, по словам авторов, хватает для надёжной защиты клеток слизистой шейки матки, трансформируемых вирусом папилломы человека HPV (бородавочным).

Учёные на самом деле создали три варианта вакцин, которые активируют Т8+ клетки, специфичные в отношении оболочечного белка (E – envelope HPV), а заодно и «осахаренного» гликопротеина вируса герпеса (gp H.simplex – вирус опасен тем, что передаётся при оральном сексе). Все три вакцины обеспечивают надёжную защиту от указанных вирусов, что открывает перспективу создания противораковых и РНК-вакцин. Их преимущество в том, что они стимулируют мощный клеточный ответ, а не полагаются только на антитела. Напомним, что иммунология начиналась как антительная наука, а функции клеток были открыты чуть ли не век спустя...

Игорь ЛАЛАЯНЦ,  
кандидат биологических наук.

По материалам  
Frontiers in Immunology,  
Science Advances,  
Science Translational Medicine,  
Scientist.

## Гипотезы

Более округлая форма сферичного левого желудочка, чем в норме, связана с повышенной частотой возникновения кардиомиопатии в последующие 10 лет. К такому выводу пришли американские врачи, сопоставив почти 40 тыс. МРТ сердца и истории болезней пациентов. Вероятно, открытие поможет диагностировать заболевание ещё до появления опасных симптомов.

наружили увеличение сферичности камеры на одно стандартное отклонение на 47% повышает частоту развития кардиомиопатии ( $p = 0,01$ ) и на 20% частоту фибрилляции предсердий ( $p < 0,001$ ) вне зависимости от лишнего веса, повышенного давления или других предрасполагающих факторов.

Было найдено 4 гена, связанных со сферичностью левого желудочка – PLN, ANGPT1, PDZRN3

## Предвестник кардиомиопатии

Как известно, кардиомиопатия – одна из распространённых патологий сердца, при которой поражается мышечный слой миокарда. В зависимости от формы заболевания стенки сердца утолщаются или растягиваются, из-за этого нарушается проведение электрических импульсов и эффективность сокращения. При кардиомиопатии левый желудочек, как правило, переходит из конусообразной формы в более сферическую. Однако до сих пор не было понятно, может ли сама по себе сферическая форма быть фактором риска развития патологии.

Шоа Кларк и его коллеги из Медицинской школы Стэнфордского университета, рассматривая МРТ сердца пациентов, выбирали для исследования лишь те, где размеры камер сердца и систолическая функция были в норме, и кардиомиопатия клинически никак себя не проявляла. Сферичность левого желудочка рассчитывали по соотношению протяжённости самой короткой оси камеры и самой длинной в момент наибольшего сокращения. Результаты измерений сопоставили с историями болезни пациентов в течение последующих 10 лет. В когорте из 38 897 человек об-

и HLA DR/DQ. Ранее они уже были ассоциированы с развитием кардиомиопатии или отвечали за морфологию сердца, что ещё больше подтверждает взаимосвязь повышенной сферичности и риска развития кардиомиопатии.

Исследователи пришли к выводу, что сферичность левого желудочка, как и кардиомиопатия, может быть генетически обусловлена. При этом сферичность не вызывает патологии сердца, а лишь служит её ранним предиктором. Для эффективного лечения очень важно диагностировать заболевание как можно раньше. Таким образом, индекс сферичности может стать важным для оценки рисков развития кардиомиопатии, поскольку выявляется раньше остальных отклонений.

В запущенных случаях кардиомиопатии поможет только пересадка сердца. Недавно американские врачи выяснили, как продлить срок жизни донорских сердец с помощью лекарства от эпилепсии. А другим учёным удалось омолодить сердце с помощью радиотерапии.

Инга КАТАРИНА.

По материалам Journal Med.

## Однако

# Грозит ли миру кризис водных ресурсов

Недавно в штаб-квартире ООН в Нью-Йорке состоялась конференция по водным ресурсам. Организованное Нидерландами и Таджикистаном 3-дневное мероприятие стало первым почти за полвека. За это время многие люди в мире получили доступ к чистой воде и санитарной профилактике – за исключением стран Африки к югу от Сахары, где количество не имеющих его превысило показатели 2000 г. Сможет ли нынешняя конференция изменить ситуацию?

«Вода (как отдельная тема) не числилась одной из приоритетных задач в рамках международной политики устойчивого развития, по крайней мере до сих пор», – говорит Рэйчел Макдоннелл из Международного института управления водными ресурсами в Риме.

Первая конференция ООН по водным ресурсам состоялась в аргентинском городе Мар-дель-Плата в 1977 г. Представители 118 стран и территорий собрались 12 дней и составили план действий с рекомендацией обеспечить к 1990 г. всеобщий доступ к чистой воде и санитарной профилактике во избежание глобального водного кризиса к концу XX века.

В связи с этим несколько стран с низким уровнем дохода обратились за финансовой поддержкой, но получили отказ. Вместо этого сторонам предложили заняться изучением способов финансирования водных проектов, как сообщал в то время журнал Nature.

В 2015 г. международное сообщество перенесло цель на 2030 г. (в рамках Целей устойчиво-

го развития ООН, ЦУР). Согласно данным ВОЗ и ЮНИСЕФ, по состоянию на 2020 г. около 2 млрд человек по-прежнему не имели доступа к безопасной воде, а около трети – даже элементарных средств гигиены. Ожидается, что к 2030 г. нехватку чистой воды будут испытывать 1,6 млрд человек.

«При этом вода не стала приоритетной темой ни на конференции ООН по продовольственной безопасности в сентябре 2021 г., ни на прошлогодней конференции по климату COP27 в Египте», – говорит специальный посланник Королевства Нидерландов по международным водным вопросам Хенк Овинк. По его словам, вода должна стать одной из задач первоочередной важности в дальнейшей деятельности ООН, включая запланированный на июль саммит по продовольственным системам в Риме, сентябрьский саммит по ЦУР в Нью-Йорке и КС28 в Дубае в конце ноября. «Мы не можем ждать ещё 46 лет ввиду того ужаса, что имеет место на данный момент, а ведь будет становиться только хуже», – говорит Макдоннелл.

Наиболее остро водный кризис ощущается в странах с низким уровнем дохода. Так, например, доступа к безопасной питьевой воде не имеет около 70% населения стран Африки к югу от Сахары. По словам Кэрол Черфайн из Бейрута, директора аналитического центра по изучению вопросов изменения климата, на конференции необходимо уделить приоритетное внимание решению проблемы отсутствия доступа к воде в уязвимых сообществах,

а также в условиях конфликтных и постконфликтных ситуаций. В докладе, опубликованном на этой неделе ЮНИСЕФ и ВОЗ, говорится, что в прошлом году от засухи в Сомали могло погибнуть до 43 тыс. человек.

Не менее важным элементом являются цели здравоохранения и санитарии. Слишком многие не имеют иного выбора, кроме как пользоваться загрязнёнными источниками воды. В 2021 г. каждое десятое медицинское учреждение мира не имело санитарно-гигиенических служб, а около 857 млн человек – доступа к водопроводной воде в местных клиниках. Такие данные приводятся в более раннем совместном докладе ВОЗ и ЮНИСЕФ на основе обобщённых данных о водоснабжении и санитарии за 20 лет.

Согласно последнему (шестому) оценочному докладу межправительственной группы экспертов по изменению климата, около половины населения земного шара уже подвергается риску острой нехватки воды как минимум в определённые периоды. И их количество, вероятно, увеличится из-за последствий изменения климата, таких как обильные осадки, наводнения, засуха и лесные пожары. Если глобальная температура превысит доиндустриальный уровень хотя бы на 1,5°C, во многих странах вдвое возрастёт вероятность экстремальной сельскохозяйственной засухи (снижение влажности почвы).

Юлия ИНИНА.

По материалам Nature.

**Вячеслав Васильевич (1923-2008) прожил долгую и плодотворную жизнь: основоположник неотложной нейрохирургии, профессор, заслуженный деятель науки, создатель школы в НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, основатель журнала «Нейрохирургия», автор 13 книг и научный руководитель 37 диссертантов. Яркая личность с фронтовой биографией, учёный с полемическим задором, смелый нейрохирург-новатор, патриот-гражданин с харизматичным ликом. Был гневлив, но отходчив. Бывал противоречив, заблуждался в научных исканиях и предлагаемых методах. Одни ошибки признавал, в других – упорствовал. Субъективизм в суждениях порой перевешивал объективный подход. Лебедева все сразу запоминали. Его присутствие или отсутствие всегда явственно ощущалось.**

**Путь к профессии**

Вячеслав родился в Москве в семье профессора-физика Василия Лебедева 6 декабря 1923 г. Его детство было связано с Таганкой. Сразу после окончания школы его призвали в армию. Гвардии сержант В.Лебедев провел Великую Отечественную войну в отряде знаменитых «Катюш».

Демобилизовавшись, поступил во 2-й Московский медицинский институт, который успешно окончил в 1951 г. Стал хирургом и преподавателем. Защитил кандидатскую диссертацию. Был ассистентом и доцентом кафедры общей хирургии 2-го Меда. С 1958 г. заведовал отделением неотложной хирургии в Институте грудной хирургии, где разрабатывал методы хирургического лечения острого инфаркта миокарда.

В 1960 г. Вячеславу Васильевичу предложили создать отделение неотложной нейрохирургии в НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского.

**Склиф**

Только тот, кто знает, что такое создавать на пустом месте новую клинику, может понять, какой подвиг совершил Вячеслав Васильевич. Волевой, трудолюбивый, эрудированный, он закладывал основы неотложной нейрохирургии. Прежде всего нужны были единомышленники. И Вячеслав Васильевич собирает группу молодых врачей, передает им свой опыт, знания и энтузиазм, сам учится и учит хирургию центральной и периферической нервной системы.

Под его руководством изучаются патогенез тяжелых повреждений мозга, разрыва церебральных аневризм, геморрагического и ишемического инсультов, оружейные черепно-мозговые ранения мирного времени.

Разрабатываются принципы ангиографической и затем компьютерно-томографической диагностики в неотложной нейрохирургии. Внимание уделяется тактике хирургического лечения очаговых ушибов мозга, сосудистой церебральной патологии, черепно-мозговых ранений холодным и огнестрельным оружием. Предлагается оригинальный инструментальный для неотложных нейрохирургических вмешательств. В.Лебедев закладывает организационные основы ургентной нейрохирургии. Как главный нейрохирург Москвы он добивается открытия сети нейротравматологических отделений в столице и функционирования консультативных скоропомощных нейрохирургических бригад.

Вячеслав Васильевич неустанно проводит конференции и семинары, способствующие повышению квалификации врачей по неотложной нейрохирургии. Он организует курс нейрохирургии в Московском государственном медико-стоматологическом университете. Сам успевает защитить докторскую диссертацию и ещё 2 года поработать в советском госпитале, расположенном в столице Ирана Тегеране.

**Наши диалоги**

Я впервые увидел Вячеслава Васильевича и познакомился с ним в 1969 г. Он проводил в Склифе всесоюзную конференцию, посвященную хирургическому лечению ушибов головного мозга. Заразившись идеей от экспериментов зарубежных учёных, В.Лебедев со свойственной ему экспрессией продвигал её в клиническую действительность. Появились и апологеты тотальной хирургии ушибов головного мозга, и противники оперативного шаблона. К последним относился и я.

Наблюдая поток пострадавших с черепно-мозговой травмой в 100-кочном Горьковском меж-

им. Н.В.Склифосовского, но и на все скорпомощные больницы мегаполиса. Те хирурги, которые, исходя из компенсированного состояния больного, осуществляли костно-пластическую трепанацию, строго наказывались.

Вообще, обоснованно ли, сохраняя жизнь оперированным пострадавшим, заведомо делать их инвалидами и подвергать повторным операциям по закрытию дефекта черепа, образованного вследствие резекционной трепанации. Конечно, декомпрессия в тяжёлых случаях может облегчить течение послеоперационного периода. Но зачем же всегда делать её путём резекционной трепанации, а не сохранять кость, выпиленную при



Более того, он нередко просил, чтобы именно я рецензировал его монографии, так как был уверен в моей объективности. Он привлекал меня к оппонированию диссертаций своих учеников. С аналогичными просьбами и я обращался к нему. Доверительность наших отношений подчёркивает и тот факт, что когда ему была нужна поддержка прессы, он попросил именно меня помочь ему с публикациями в «Медицинской газете», с которой я сотрудничал.

Последний наш разговор состоялся месяца за три до его кончины. Неожиданно он предложил: «Нашему журналу (2008) исполняется 10 лет. Прошу Вас написать об этом статью». Я пытался было сказать,

**Память**

# Идеолог неотложной нейрохирургии

В 2023 г. исполняется 100 лет со дня рождения профессора Вячеслава Лебедева

областном нейрохирургическом центре, я убедился, что если ушибы мозга тяжёлой степени не сопровождаются внутричерепными гематомами и вдавленными переломами, то в чистом виде сравнительно редко подлежат хирургии. Методов бескровной нейровизуализации в 60-е годы ещё не существовало, и допустимо ли, не зная деталей топологии, размеров и структуры очаговых повреждений вещества мозга,

костно-пластической трепанации, для последующей реконструкции черепа?

Любую критику на этот счёт Вячеслав Васильевич решительно отвергал, даже когда наступил период неинвазивной нейровизуализации. Его ближайший ученик и преемник Владимир Крылов тогда предложил провести сравнительное исследование резекционной и костно-пластической

трепанации. Конечно, в неё вошёл и Вячеслав Васильевич из НИИ им. Н.В.Склифосовского. Я корпел всё лето, создавая внушительный том описания нашей работы и том-приложение с иллюстрациями.

В конце августа снёс эти тяжести (плюс десяток изданных по теме монографий) в комиссию по Государственным премиям при Президенте РФ. Уже в первом туре голосования мы оказались на втором месте, во втором туре опустились на одну ступеньку, а в третьем решающем туре – разделили второе-третье место. В итоге – получили Государственную премию РФ за 1995 г. в области науки и техники.

Профессор Лебедев был выдающимся организатором. Ему принадлежит идея и её осуществление – создание специализированных нейрохирургических бригад скорой помощи. Это резко подняло в Москве уровень ургентной диагностики и лечения не только черепно-мозговой травмы, но и спонтанных субарахноидальных кровоизлияний.

Вячеслав Васильевич явился пионером в развитии в стране учения о сочетанной черепно-мозговой травме, травматическом шоке, сосудистой нейрохирургии.

**Создатель журнала**

Последним детищем профессора стало создание журнала «Нейрохирургия». Это был ответственный и смелый шаг. Журнал состоялся и устоял. Вячеслав Васильевич, естественно, занял пост главного редактора, а его сподвижник Владимир Крылов стал заместителем главного редактора. В коллегию Вячеслав Васильевич ввёл и меня, зная, что я часто буду с ним полемизировать. И действительно, заседания редколлегии проходили очень живо, во многом благодаря тому, что дискутировали два самых старых и опытных её члена. В какой-то мере это была полезная школа для молодых, так считали они сами. Долго состоя председателем Московского общества нейрохирургов, профессор Лебедев много сделал для воспитания клинического мышления коллег.

Вячеслав Васильевич был блистательным полемистом, разбирая на страницах журнала самые острые вопросы медицины на стыке с социологией. Журнал «Нейрохирургия» был для него творческой отдушиной, особенно в последние годы, когда он тяжело болел.

С Вячеславом Васильевичем мы обменивались своими трудами.



На переднем плане слева В.Лебедев на 1-м Всесоюзном съезде нейрохирургов (1971)

в него вторгаться и при этом нередко ятрогенно травмировать? Тем более что адепты хирургии ушибов мозга предлагали удалять очаги повреждения мозга в пределах здоровых тканей. Полагаю, что и Вячеслав Васильевич не был сторонником некритичного механистического перенесения допустимого по отношению к мышечной и костной тканям на вещество головного мозга.

Забегу вперёд. Компьютерная и магнитно-резонансная томография позволили прижизненно изучить эволюцию и инволюцию очаговых повреждений вещества головного мозга. И, в сопряжении с клиникой и катамнезом, было установлено, что собственные саногенные механизмы пострадавшего часто лучше справляются с очагами разможения, чем хирургическая агрессия. Отсюда были выработаны дифференцированные показания к лечению тяжёлых ушибов мозга с расширением сферы консервативного ведения пострадавших.

Вячеслав Васильевич не просто рекомендовал, а со свойственной ему непререкаемостью требовал, чтобы все операции по удалению травматических внутричерепных гематом и ушибов головного мозга шли с использованием исключительно резекционной трепанации. Поскольку он был главным нейрохирургом Москвы, то его власть простиралась не только на НИИ

трепанации на репрезентативных сопоставимых группах больных в Склифе. Оно показало, что никакого выигрыша во времени и результатах хирургического лечения тяжёлой черепно-мозговой травмы резекционная трепанация не даёт, гарантируя лишь дополнительную инвалидизацию пострадавших. Вячеслав Васильевич наконец смирился: спорить с данными, полученными в собственной клинике, было невозможно.

Об истинном отношении, доверии его ко мне и оценке им моей роли в нейротравматологии свидетельствует история получения нами Государственной премии.

«Леонид Болеславович, – обратился он ко мне однажды, – никто кроме нас с вами не сделал больше для разработки проблем черепно-мозговой травмы и внедрения их в практику».

Почему бы нам с коллегами не получить заслуженную Государственную премию? Мы успешно завершили отраслевую научно-техническую программу С.09 «Травма центральной нервной системы». В 1994 г. Александр Коновалов и Вячеслав Лебедев напомнили мне, что пора подавать документы на соискание Государственной премии РФ.

Костяк команды (её предел 8 человек) составили сотрудники Института нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко во главе с Алексан-

дром Коноваловым и Александром Потаповым. Конечно, в неё вошёл и Вячеслав Васильевич из НИИ им. Н.В.Склифосовского. Я корпел всё лето, создавая внушительный том описания нашей работы и том-приложение с иллюстрациями.

В итоге – получили Государственную премию РФ за 1995 г. в области науки и техники.

Профессор Лебедев был выдающимся организатором. Ему принадлежит идея и её осуществление – создание специализированных нейрохирургических бригад скорой помощи. Это резко подняло в Москве уровень ургентной диагностики и лечения не только черепно-мозговой травмы, но и спонтанных субарахноидальных кровоизлияний.

Вячеслав Васильевич явился пионером в развитии в стране учения о сочетанной черепно-мозговой травме, травматическом шоке, сосудистой нейрохирургии.

Последним детищем профессора стало создание журнала «Нейрохирургия». Это был ответственный и смелый шаг. Журнал состоялся и устоял. Вячеслав Васильевич, естественно, занял пост главного редактора, а его сподвижник Владимир Крылов стал заместителем главного редактора. В коллегию Вячеслав Васильевич ввёл и меня, зная, что я часто буду с ним полемизировать. И действительно, заседания редколлегии проходили очень живо, во многом благодаря тому, что дискутировали два самых старых и опытных её члена. В какой-то мере это была полезная школа для молодых, так считали они сами. Долго состоя председателем Московского общества нейрохирургов, профессор Лебедев много сделал для воспитания клинического мышления коллег.

Вячеслав Васильевич был блистательным полемистом, разбирая на страницах журнала самые острые вопросы медицины на стыке с социологией. Журнал «Нейрохирургия» был для него творческой отдушиной, особенно в последние годы, когда он тяжело болел.

С Вячеславом Васильевичем мы обменивались своими трудами.

Вячеслав Васильевич был блистательным полемистом, разбирая на страницах журнала самые острые вопросы медицины на стыке с социологией. Журнал «Нейрохирургия» был для него творческой отдушиной, особенно в последние годы, когда он тяжело болел.

С Вячеславом Васильевичем мы обменивались своими трудами.

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

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



Белизна стен, постельного белья... и лицо человека, беспомощно лежавшего передо мной на кровати палаты хирургического отделения крупной многопрофильной больницы Санкт-Петербурга. Рядом с пациентом – капельница с большим флаконом, из которого в вену медленно поступал раствор лекарственных препаратов, а с ним – надежда на выздоровление.

В руках у меня два документа: постановление следователя прокуратуры о назначении судебно-медицинской экспертизы потерпевшего и его медицинская карта, выданная мне лечащим врачом. Моя задача как эксперта была и сложна, и проста. Сложна – потому что осмотреть повреждения груди человека оказалось невозможно, они уже обработаны хирургами в ходе длившейся несколько часов операции и скрыты от меня стерильными повязками. Проста – потому что по подробному описанию коллег-клиницистов и рентгенограммам я смог произвести реконструкцию механизма причинения повреждений, в данном случае обстоятельств, при которых были произведены выстрелы в гражданина Петрова.

Потерпевший, Фёдор Гаврилович, человек атлетического телосложения, после повторного вопроса приоткрыл глаза и тихо сказал: «Я хорошо слышу вас, доктор. Очень больно говорить. И тяжело вспоминать, но я постараюсь...»

\* \* \*

Этот день знаменитого питерского аэропорта «Пулково» был самым обычным. Улетающие пассажиры выстраивались в длинные очереди для регистрации на рейс, прибывшие получали багаж... В 16 часов 40 минут рейсом из Краснодара приземлился самолёт Ил-62. В потоке пассажиров на стоянку такси вышел учитель из Ростовской области Фёдор Гаврилович Петров. Его путь лежал в Выборг, где в одной из воинских частей служил его сын Андрей. Повлекла его в это путешествие не тревога за сына. Он воспитал его настоящим мужчиной и знал: парень не подведёт отца, своих командиров, Родину. Просто хотелось увидеть сына, обнять, узнать, как случится ему, чтобы рассказать потом жене и родственникам. Погода была хорошая, настроение отличное. На стоянке было многолюдно, очередь двигалась очень медленно. Машин явно не хватало, пришлось искать попутку... В свою машину и пригласил respetабельного на вид, с солидным багажом пассажира водитель потрёпанных «жигулей».

Разбитый автовладелец Владимир обещал «домчать с ветерком». «Я срежу по объездной», – уверил он Фёдора Гавриловича. И действительно, «жигули» вскоре свернули на второстепенную трассу, машину стало потряхивать на многочисленных выбоинах. Ни встречного, ни попутного транспорта почти не было. По обеим сторонам шоссе потянулся заболоченный неприветливый северный лес. «Придётся остановиться ненадолго. Загляну под капот на минутку», – вдруг минут через двадцать езды сказал водитель. Предававшийся мыслям о скорой встрече с сыном, Фёдор Гаврилович полез в карман за сигаретами. Владимир, останавливая автомашину, съехал на небольшую лесную грунтовку. «Заодно и отольём!» – усмехаясь, сказал он...

## А ещё был случай...

# Звонок по мобильному



\* \* \*

Спустя несколько месяцев, готовясь к сдаче экспертного заключения в судебном заседании, я листал пухлое уголовное дело. Надолго останавливался на наиболее важных документах, характеристиках, схемах, экспертизах. Наконец, внимательно прочёл квинтэссенцию дела – обвинительное заключение: обвиняемому вменялся целый «букет» статей: разбой, умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, незаконное хранение огнестрельного оружия, умышленное убийство...

Что это был за человек? Давно уже В. Семёнов, работавший водителем в пассажирском автотранспортном предприятии, стал халупой и вором. Начинать с вытряхивания мелочи из кассы автобуса, «манипуляций» с расходом бензина, потом стал «специализироваться» на кражах колёс с автомашин, других запчастей. При всём этом ему удавалось уходить от кары закона. На работе в передовиках не числился, но и ленивым его никто не называл, слыл добродетельным семейным человеком. На «подработке» в аэропорту он оказался не случайно. К совершению тяжкого преступления был уже подготовлен и морально и «материально»: карман пиджака оттягивал воронёный «вальтер», снаряжённый шестью патронами. Фёдора Гавриловича Семёнова сразу «вычислил» в качестве жертвы: простодушный, явно не местный, хорошо одет, «фирменный» чехол.

Повёз его сначала в сторону Петербурга, а затем, не доезжая поста ГАИ, свернул на трассу Пушкин – Красное Село. На 35-м километре шоссе, уже на территории Ломоносовского района области,

остановил машину под предлогом починки. Вышел из салона, открыл заднюю правую дверцу и выстрелил в спину сидевшего на переднем сиденье, ничего не подозревавшего Петрова... Пассажир упал лицом на «торпеду». Бандит, оттащив в кусты обмякшее тело, обшарил одежду жертвы, достал объёмистый кошелек, снял золотую цепочку с шеи. Ещё раз склонился над жертвой, перевернул лицом вверх, для верности выстрелил в грудь снова. Мертвенная бледность лица жертвы не оставляла сомнений. Всё было кончено...

В 18 часов 12 минут в Ломоносовском отделе внутренних дел раздался телефонный звонок. Назвав фамилию, взволнованный мужской голос, прерываясь влажными хрипами, простонал: «35-й км трассы. На меня напали, помогите...». После этого дежурный отдела услышал другой голос: «Ишь ты падла, успел ментов набрать...» И в трубку пошёл отборный мат, а потом звук выстрела. На этом телефон умолк...

Но и после третьего выстрела Петров, к счастью, остался жив. Очнувшись, истекая кровью, он выполз на автотрассу. Тут его и обнаружила оперативная группа Управления уголовного розыска, возглавляемая старшим оперуполномоченным Ю. Антоновым, которая, получив сообщение о разбойном нападении, немедленно выехала в район происшествия. В считанные минуты был организован розыск преступника, предпологаемые пути его отъезда перекрыты передвижными опергруппами.

При содействии многих людей был найден свидетель – служащий аэропорта «Пулково», видевший, как Петров садился в те «жигули».

Водитель уже достаточно примелькался сотруднику. Поэтому и номер машины он запомнил. Дальше, как говорят оперативники, «всё было просто». Не успел преступник надеть домашние тапочки, как раздался звонок в дверь. От такого оборота дела он сначала опешил, однако вскоре пришёл в себя. Понимая, что будет неизбежно изобличён, он рассказал подробно об этом и других совершённых им преступлениях, в том числе и тяжких. Выдал пистолет, спрятанный в лесу, деньги и вещи, похищенные у Петрова. В числе его преступлений было также убийство бывшего компаньона Т. в корыстных целях, которое он совершил вместе со своим «коллегой» из Узбекистана, наезжавшего время от времени в Питер «на работу».

\* \* \*

К моему счастью, в ходе долгого судебного следствия стороны государственного обвинения и защиты к моменту допроса судебно-медицинского эксперта уже успели обменяться увесистыми «ударами» и, видимо, утомились. Детали происшедшего были выяснены до конца, подсудимый не отрицал совершённого преступления. И чувствовалось, что ему было сложно смотреть на пришедшего в зал суда потерпевшего Петрова, тяжело опиравшегося на руку сына.

С судебно-медицинской точки зрения случай представлялся казуистическим. Из трёх выстрелов, произведённых с близкого расстояния, два «слепые» (первый и третий) причинили проникающие в правую плевральную полость ранения. Причём первый – с поверхностным повреждением верхней доли лёгкого. Второй, который Семёнов произвел, слегка нагнув-

шись над лежащей на спине жертвой, пришёлся в массив мышц, окружающих правый плечевой сустав. Пуля, пройдя мягкие ткани, застряла под кожей в лопаточной области, чудом не задев крупные сосуды. Уже отъезжая, он услышал голос жертвы, пришлось вернуться... Прозвучал третий выстрел, «убойный», как подумал бандит. Ошибся! Пуля прошла мягкие ткани нижней трети шеи навывлет и была обнаружена при осмотре места происшествия.

Детальное описание раневых каналов, в частности, входных огнестрельных отверстий, хирургами, обстоятельное изучение повреждений одежды, выполненное с прекрасной фотодокументацией экспертами медико-криминалистического отделения областного Бюро судебно-медицинской экспертизы, данные следственного эксперимента (подозреваемый на подлинном месте происшествия показал на статисте характер и последовательность произведённых выстрелов) составили солидную базу для итогового заключения эксперта на судебном заседании. Это был редкий случай, когда всё обратилось против потенциального убийцы, в том числе баллистическая экспертиза, безоговорочно привязавшая пули из тела Петрова, изъятые хирургами, а также с места происшествия к пистолету Семёнова.

Заключение судебно-медицинского эксперта было оглашено. Я ответил на немногочисленные вопросы защитника (у прокурора вопросов не было), на этот мой роль была завершена. Возможно, на краткость допроса сыграл и неожиданный субъективный фактор. Защитником оказался юрист, много лет назад начинавший карьеру следователя прокуратуры вместе со мной, молодым тогда экспертом, в одном районе. Вадим хорошо знал мою любимую пословицу, которую я часто употреблял в беседах с адвокатами, обсуждающими «слабые» места экспертных заключений: «Не буди лихо, пока оно тихо!» Мы не виделись много лет и приветливо улыбнулись друг другу в зале заседания. До «рукопашной схватки» эксперта с защитником, что бывает нередко, дело на этот раз не дошло...

Я вышел из старинного здания областного суда на набережную Фонтанки. Вечерело. Со стороны Невы тянул знобный ветерок, тучи затягивали осеннее пасмурное небо. В этот момент на набережных заглялись фонари, отбрасывая желтовато-прозрачные блики на воду, гранит, деревья... Высящаяся на другом берегу реки громада Михайловского замка в предвечернем сумраке показалась мне покрытой потёками крови... Я, подняв воротник куртки, зашагал к Невскому проспекту, прокручивая детали этого необычного по фавуле и судебно-медицинской составляющей уголовного дела. Редкие прохожие, поёживаясь в лёгких пальто, торопились по своим делам. Внезапно в кармане куртки «замурлыкал» мобильник. Я поднёс трубку к уху и услышал: «Юрий Александрович! Добрый вечер! Это дежурный эксперт. Можно консультацию? Сложный огнестрел... Я – с места происшествия...»

**Юрий МОЛИН,**  
профессор  
заслуженный врач России.

Санкт-Петербург.

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 – В.ЕВЛАНОВА.

Справки по тел.: 8 (495) 608-86-95. Рекламная служба: 8 (495) 608-85-44.

Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.

Адрес редакции, издателя: 129110, Москва, ул. Гиляровского, 68, стр. 1.

E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения); medgazeta72@mail.ru (электронная подписка); www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 3010181040000000225,

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская

газетная типография».

Адрес: 123022, Москва,

ул. 1905 года, д. 7, стр. 1

Заказ № 0898

Тираж 14 009 экз.

Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

