

Медицинская

15 февраля 2023 г.
среда
№ 6 (8075)

Газета®



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

Соратники и ученики отметили 100-летие со дня рождения Э.Когана

Стр. 4

Выражение «запущенная глиома» вообще вряд ли можно использовать. Почему?

Стр. 5

Онкологическая и гематологическая службы перешли на новую модель – время за ревматологической.

Стр. 7

Работают мастера

Случай из области казуистики

Хирурги говорят, что в таких ситуациях нужны и опыт, и смелость



Тромб в аорте, обнаруженный у пациентки, кардиохирурги Национального медицинского исследовательского центра им. Е.Н.Мешалкина сравнивают с бомбой в организме: массивный сгусток крови размером 6 см в длину и 1,5 см в ширину находился внутри главного кровеносного сосуда, какой-то невидимой нитью будучи прикрепленным к его стенке. В любую секунду мега-тромб мог оторваться и отправиться по кровотоку в стремительный полёт, финалом которого стала бы гибель человека. Задействовав инженерную смекалку и вооружившись традиционными «расходником», новосибирские специалисты использовали его абсолютно нетрадиционно, и их оригинальная задумка себя оправдала.

Самое загадочное заключается в том, что у этой истории нет предыстории. В ходе обследования ни один из вероятных триггеров тромбообразования у данной больной не был выявлен: показатели холестерина и гормонов в норме, мутаций крови нет, состояние сердца как у здорового человека. Однако случилось то, что случилось: 42-летняя жительница Тюмени внезапно почувствовала себя плохо и сразу вызвала «скорую». Поскольку сама работает кардиологом, женщина распознала в

сильном головокружении и сбивчивой речи симптомы инсульта.

По результатам мультиспиральной компьютерной томографии сосудов у неё обнаружили огромный тромб, который, видимо, начал фрагментироваться, и один из фрагментов поразил сосуды мозга. По словам заведующего научно-исследовательским отделом эндоваскулярной хирургии центра им. Е.Н.Мешалкина Олега Крестьянинова, уникальное расположение кровяного сгустка – в аорте – из области медицинской казуистики. Большинство хирургов только в книгах могли о таком прочесть, но никогда не видели в своей практике. Обычно тромбы локализуются в венозной системе, здесь же он был не просто в артериальной системе, а в аорте, где, по образному выражению хирурга, ток крови можно сравнить с включённым на полную мощность водопроводным краном.

Непонятно было, каким образом тромб занял устойчивое положение в аорте, но очевидно, что это положение может измениться, поэтому действовать необходимо экстренно. Тюменские врачи обратились за консультацией в центр им. Е.Н.Мешалкина как в федеральную клинику. Как только состояние пациентки после инсульта стабилизировалось, её эвакуировали из Тюмени в Новосибирск. Тем временем новосибирские хирурги продумывали все возможные варианты хирургического вмешательства, включая мыслимые и немыслимые.

– Выполнять открытую операцию было опасно, поскольку искусственное кровообращение и гипотермия лишь ухудшат состояние пациентки после ОНМК. К тому же от малейшего прикосновения тромб в любую секунду мог оторваться, что привело бы к ишемическому поражению любого органа. Учитывая эти факторы риска, мы приняли решение не пытаться захватить тромб «капюшоном» и удалить его, а задействовать эндоваскулярные технологии, – поясняет директор НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина член-корреспондент РАН Александр Чернявский.

Хирургическая бригада, которую возглавил О.Крестьянинов, нейтрализовала тромб в аорте с помощью стент-графта, но в этом случае эндопротез был использован нетипичным образом: сетчатую конструкцию графта хирурги прижали к стенке сосуда, целиком накрыли тромб протезом и надёжно зафиксировали. Операция была малоинвазивной, но с очень большим результатом.

Пациентка уже отправилась из клиники домой, опасности для неё нет. Что же касается сердечно-сосудистых хирургов, они признаются: для операций в казуистических ситуациях нужны не только опыт, но и смелость.

Елена БУШ,
спец. корр. «МГ».

Новосибирск.

Вехи

Тройной юбилей

Этот год для «Медицинской газеты» – особый. 130 лет назад, в 1893 г., вышел первый номер нашей прародительницы – «Врачебной газеты». Тогда, на рубеже XIX и XX веков, в клинической медицине происходили огромные перемены, при этом ощущалась острая нехватка публикаций о достижениях отечественной медицины, работе медицинских обществ, бытовых проблемах врачей. Этот дефицит восполнили журнал «Практическая медицина», а затем родившаяся под его крышей «Врачебная газета», её издание продолжилось и после революции. В начале 30-х годов она выходила под названием «Советская врачебная газета».

А 85 лет назад, в январе 1938 г., вышел первый номер газеты «Медицинский работник» (с 1962 г. – «Медицинская газета»). Она стала одной из немногих газет, издание которых не прерывалось в годы Великой Отечественной войны. Тогда она издавалась в Казани, а на фронте работали её специальные корреспонденты. «Медицинская газета» 35 лет назад была награждена орденом Трудового Красного Знамени. Согласно Указу президиума Верховного Совета СССР от 11 февраля 1988 г., газета была удостоена этой награды за «заслуги в деле пропаганды достижений науки и передового опыта советского здравоохранения и медицинской промышленности». В то время она была органом Минздрава, Минмедпрома СССР и ЦК Профсоюза медицинских работников, а её тираж составлял около 1,5 млн экземпляров. Её название было известным в СССР и за рубежом брендом, который пользовался безоговорочным доверием у медиков.

Страну за эти 130 лет не раз трясло на крутых поворотах истории, она пережила множество труднейших испытаний, на смену Российской империи пришёл Советский Союз, а затем Российская Федерация. Во «Врачебной газете» – «Медицинском работнике» – «Медицинской газете» сменилось несколько поколений журналистов, но одно осталось неизменным – все эти годы профессио-

нальное врачебное издание жило насущными заботами и проблемами отечественного здравоохранения и медицинской науки, защищало права и интересы врачей.

В трудные 90-е годы газета сумела выстоять, стала независимым изданием, сохранив при этом свой авторитет и профессионализм, и сегодня остаётся крупнейшим периодическим медицинским изданием, распространяемым на территории России. Журналисты «МГ» бывают во всех уголках нашей огромной страны – от Калининграда до Камчатки, готовя спецвыпуски по проблемам регионального здравоохранения. Кроме того, газета стала одним из инициаторов возрождения Пироговского движения врачей, проведения конкурса «Лучший врач года», фестиваля искусств студентов-медиков и медицинских работников.

Уверены, что издание, которое объединяет медиков и живёт их интересами, сегодня так же необходимо, как и раньше. Мы помним о своей истории и традициях, поэтому в этот юбилейный год решили вернуть на логотип газеты орден Трудового Красного Знамени, ведь по праздникам принято надевать награды. А крылатые слова Hippocrati Omnia artium medicina nobilissima по-прежнему остаются нашим девизом.

Редколлегия «МГ».

АВТОРИТЕТНОЕ МНЕНИЕ

Павел БРЮСОВ

Профессор кафедры хирургии с курсом онкологии и лучевой диагностики филиала Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова:

Нам сейчас очень важно знать, сколько раненых остаётся на поле боя, из-за чего они там остаются, как сделать так, чтобы этого не было.



Стр. 10-11

Новости

Назначен новый глава Минздрава Татарстана

Указом главы Республики Татарстан Рустама Минниханова на должность исполняющего обязанности министра здравоохранения региона назначен Марсель Миннуллин. Премьер-министр республики Алексей Песошин представил исполняющего обязанности министра коллективу министерства. До этого М.Миннуллин занимал должность первого заместителя главного врача по медицинской части Республиканской клинической больницы.

М.Миннуллин окончил лечебный факультет Казанского государственного медицинского университета, затем поступил в аспирантуру на кафедру хирургических болезней № 1 КГМУ, прошёл профессиональный путь от хирурга приёмного отделения РКБ до первого заместителя главного врача клиники. Основным местом его работы было отделение абдоминальной хирургии.

Игорь НАУМОВ.

Республика Татарстан.

Слух вернули во время операции

Более 30 лет массу неудобств жительнице Сочи Маргарите Навоян создавало снижение слуха. Узнав про успешный опыт помощи пациентам с такой патологией в клинике Южно-Уральского государственного медицинского университета, она отправилась в Челябинск. Здесь во время обследования у неё было выявлено очаговое поражение костной капсулы лабиринта внутреннего уха, сопровождающееся дистрофическими изменениями во всём слуховом анализаторе и развитием тугоухости, — отосклероз.

Специалисты оториноларингологического отделения клиники Южно-Уральского ГМУ провели слухоулучшающую операцию — стапедопластику. Вмешательство выполняется эндоурально, под местной анестезией, без разрезов и с минимальной травмой для пациента, и результат не заставляет себя ждать.

— Убирается часть стремени, которая не функционирует, и заменяется протезом. Протез устанавливается во внутреннее ухо. Таким образом звук передаётся на слуховой нерв, и человек может вновь слышать, — рассказала заведующая оториноларингологического отделения клиники кандидат медицинских наук Анна Кочеткова.

Результат вмешательства, по словам пациентки, превзошёл все ожидания: слух вернулся уже во время операции.

Ежегодно в клинике Южно-Уральского ГМУ делают около 800 высокотехнологичных лор-операций, 80% из которых направлены на восстановление слуха.

Алёна ЖУКОВА.

Челябинск.

Вместе против рака

Сотрудники территориального фонда ОМС Республики Дагестан и представители страховой компании «МАКС-М» приняли участие в акции, приуроченной ко Всемирному дню борьбы против рака.

В рамках информационной деятельности организаторы мероприятия пообщались с дагестанцами на улицах города, особое внимание было уделено темам, связанным с прохождением профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе углублённой, профилактике онкозаболеваний и способах снижения риска их возникновения.

В ходе информирования участники акции интересовались вопросами, касающимися сферы ОМС, доступностью и возможностями высокотехнологичной медицины, а также способами защиты своих прав на качественную и бесплатную медицинскую помощь.

Каждому участнику акции была предоставлена наглядная информация в виде памяток о прохождении диспансеризации и брошюр на тему профилактики онкологических заболеваний.

Одновременно с этим граждан проинформировали о возможности обратиться за оперативной консультацией в страховую медицинскую организацию или ТФОМС по телефонам горячих линий или через аппараты прямой связи, установленные в медицинских организациях Дагестана.

Главная задача акции — привлечь внимание общественности к проблеме онкозаболеваний, повысить осведомлённость людей, призвать к ранней диагностике, в том числе при прохождении диспансеризации.

Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.

Едем, едем в соседнее село...

В посёлке Курганном Кировского муниципального округа завершилось строительство фельдшерско-акушерского пункта. Новое медучреждение появилось по краевой программе модернизации первичного звена здравоохранения нацпроекта «Здравоохранение». В рамках этой программы уже третий год идёт масштабное обновление материально-технической базы сельской медицины.

Площадь ФАПа типового проекта составляет около 70 м². Все используемые при строительстве и отделке материалы долговечны и соответствуют современным санитарным нормам. Здесь предусмотрены все необходимые помещения для оказания медпомощи как взрослым, так и детям.

— Медицина должна быть доступной даже в маленьких населённых пунктах. Теперь в Курганном такая возможность появится. Всю первичную медицинскую помощь жители смогут получать у себя дома. Так же в новый ФАП по мере необходимости будут приезжать наши узкие специалисты из Новопавловска, — рассказал главный врач Кировской районной больницы Никита Шейранов.

В Курганном проживает всего 182 человека, и до сих пор за первичной медицинской помощью им приходилось ездить в соседнее село Горнозаводское. Теперь же, после открытия своего ФАПа, в соседнее село — только на дискотеку.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

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

Эхо трагедии

Чужой беды не бывает

Российские врачи и спасатели пришли на помощь пострадавшим при землетрясении в Турции

Турцию, значительная часть территории которой находится в сейсмоопасной зоне, «трясёт» постоянно, но беды такого масштаба страна не знала более 80 лет. Всего за несколько минут подземные толчки магнитудой 7,7 разрушили тысячи многоэтажных домов в городах Кахраманмараш, Газиантеп, Адана, Хатай на юго-востоке страны. Число погибших в Турции и соседней Сирии превысило 35 тыс., около 100 тыс. ранены.

Сотни людей были извлечены из-под завалов живыми в первые часы после удара стихии, но уже спустя несколько суток спасти удаётся единицы. Так получилось, что землетрясение совпало с резким похолоданием, по ночам температура в зоне бедствия опускается ниже нуля. Поэтому каждое спасение воспринимается как чудо, которое показывают в прямом эфире. Настоящим героем Турции стал 20-дневный Керем, которого спасатели в Хатае вытащили



Спасатели извлекают 20-дневного Керема

квалифицированную медицинскую помощь. Пациентов принимают терапевтический, операционный и реанимационный блоки.

Госпиталь работает в круглосуточном режиме, он располагается в

общил помощник министра здравоохранения РФ Алексей Кузнецов, в её составе 11 травматологов, нейрохирургов, хирургов, детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов.



В аэромобильном госпитале МЧС России

из-под обломков через 60 часов. В руке у него было зажато несколько волос — скорее всего, погибшей матери. Состояние здоровья ребёнка удовлетворительное, медики оказали ему первую помощь.

В районе землетрясения в поисковых и спасательных работах задействовано более 120 тыс. человек. Им помогают специалисты из 75 стран. Одна из наиболее многочисленных команд спасателей и врачей прибыла из России. В такой сложной обстановке очень непросто получить медицинскую помощь — многие больницы в регионе разрушены, оставшиеся переполнены ранеными. Поэтому аэромобильный госпиталь МЧС России, развёрнутый в Кахраманмараше, в этой ситуации пришёлся как нельзя кстати. Более 40 врачей оказывают здесь

жилом массиве, поэтому в первую очередь приходят жители ближайших домов, пожилые люди и родители с детьми. Как сообщили в МЧС, чаще всего требуется помощь врачей в лечении ушибов и порезов — это основные травмы, полученные при землетрясении. Жители очень благодарны российским спасателям за такую работу. В ближайшие дни ожидается большое количество обращений, в том числе и из соседних районов — врачи к этому готовы. Это высокопрофессиональные специалисты, которые умеют работать в подобных ситуациях и знают, что нужно делать.

Кроме того, в зону бедствия по поручению Президента РФ направлена бригада врачей ведущих федеральных медицинских центров Минздрава России. Как со-

Землетрясение стало не только настоящим шоком для граждан Турции, но и поводом проявить свою солидарность с пострадавшими при стихийном бедствии. По всей стране люди выстраиваются в огромные очереди, чтобы сдать кровь пострадавшим, открыты множество пунктов приёма гуманитарной помощи. Не остались в стороне и российские организации в Анкаре: представительство Россотрудничества и Посольство Российской Федерации в Турции только за один день собрали 60 ящиков с одеялами, одеждой, предметами личной гигиены и продуктами.

Фёдор СМЕРНОВ, спец. корр. «МГ».

Турецкая Республика.

Опыт

Удалили осколок из позвоночника

В Республиканском травматологическом центре в Донецке впервые в регионе провели уникальную операцию по удалению осколка снаряда из позвоночника мальчика, попавшего под обстрел ВСУ.

Осколок остановился в 1,5 см от первого грудного позвонка, не повредив спинной мозг. Иначе инвалидности было бы не избежать.

Операцию провели с помощью нового эндоскопического оборудования: не пришлось делать дополнительных разрезов, что ускорило восстановление. Уже на следующий день после вмешательства пациент мог ходить, сообщили в республиканском Минздраве.

— Наличие современного эндоскопического оборудования в клиниках республики, а также совместные оперативные вме-

шательства врачей ДНР и врачей из ведущих российских клиник, позволят вывести оказание высокотехнологичной медицинской помощи в республике на качественно новый уровень, — рассказал заведующий детским отделением травматологического центра Евгений Жилицын.

Юрий ДАНИЛОВ.

Донецкая Народная Республика.

Проблемы и решения

Права пациентов и врачей в новых регионах защитит закон

Государственная Дума РФ приняла в первом чтении законопроект, который позволит обеспечить права граждан из четырёх новых регионов страны на лечение и лекарственное обеспечение. Проект закона разработал Минздрав России с учётом мнений новых регионов. Первый заместитель министра здравоохранения РФ Виктор Фисенко, выступая на пленарном заседании в Госдуме, отметил, что законопроект разработан в связи с вступлением в силу федеральных конституционных законов об образовании новых субъектов РФ.

Законопроект затрагивает вопросы, связанные с особенностями правового регулирования в сферах охраны здоровья граждан, обращения лекарственных препаратов и медицинских изделий, обязательного медицинского страхования, а также вопросы в части допуска лиц к осуществлению медицинской и фармацевтической деятельности, финансового обеспечения программ госгарантий и вопросы использования информационных систем в сфере здравоохранения. – Представленный законопроект позволит интегрировать норматив-

но-правовую базу новых субъектов в нормативно-правовую базу РФ, минимизировать убытки медицинских организаций и других субъектов обращения лекарственных препаратов и медицинских изделий, а также обеспечить охрану здоровья граждан и обеспечить их право на получение лекарственной помощи и медицинскими изделиями, – сказал первый заместитель министра на пленарном заседании Госдумы РФ.

Ранее Президент России Владимир Путин объявил о введении с 1 января 2023 г. доплаты к зарплатам медиков первичного звена. Они с 1 января начали получать дополнительные выплаты в размере от 4,5 до 18,5 тыс. руб. В.Фисенко подчеркнул, что эти доплаты медработникам будут распространяться на новые регионы России, при этом Минздрав ведёт там мониторинг уровня заработной платы в сфере здравоохранения.

– По сравнению с уровнем заработной платы, которая была год-полтора назад, нынешний уровень, безусловно, выше после вхождения в состав Российской Федерации, – отметил В.Фисенко.

Также прорабатываются вопросы интегрирования новых террито-

рий в программы «Земский врач» и «Земский фельдшер».

Отметим, что в Минздраве появился Департамент по реализации специального инфраструктурного проекта, которому поручена организация медицинской помощи и лекарственного обеспечения в новых регионах. Среди основных направлений его деятельности – организация медицинской помощи и лекарственного обеспечения, развитие государственных программ и национальных проектов, финансовое обеспечение и организация работы системы ОМС на новых территориях. Один из шести отделов будет курировать организацию гражданской обороны и взаимодействие с силовыми ведомствами.

Департамент возглавил Иван Амбражук, который до этого исполнял обязанности первого заместителя министра здравоохранения Сахалинской области. Его заместителем стала Эльмира Вергазова, которая ранее занимала аналогичную должность в Департаменте организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России.

Павел БАЛАГИН.

Перспективы

Подсказывает искусственный интеллект

Президент России Владимир Путин призвал тиражировать практику «врачебных подсказок» с помощью искусственного интеллекта (ИИ). Об этом он заявил, комментируя такую практику в Москве.

В ходе встречи с Президентом мэр столицы Сергей Собянин рассказал, что в городе создана база систематизированных и структурированных данных на 2 млрд единиц. По его словам, это одна из самых крупных баз в мире, на основе которой можно обрабатывать и учить искусственный интеллект для принятия решений.

– В настоящее время уже с помощью компьютерного зрения постав-

лено 8 млн диагнозов в различных сферах, начиная от онкологии до сосудистых заболеваний, лёгочных заболеваний и т.д. Попадание очень высокое, и оно постоянно увеличивается, – заявил С.Собянин.

Он добавил, что для врачей первичного звена с помощью технологий ИИ сделана система врачебных подсказок, уже поставлено 9 млн диагнозов с их помощью.

Как сказал журналистам заместитель министра здравоохранения РФ Павел Пугачёв, Минздравом России принимаются меры по ускорению внедрения технологий ИИ в здравоохранение.

– Для создания новых решений министерство организует фор-

мирование специализированных медицинских датасетов. Для стимулирования внедрения готовых решений с ИИ в клиническую практику, в рамках федерального проекта по созданию единого цифрового контура в здравоохранении регионам поставлена задача уже в 2023 г. внедрить не менее одного решения на основе ИИ в государственных медицинских организациях, – отметил П.Пугачёв.

По его словам, в 2024 г. регионами должно быть внедрено уже минимум 3 таких централизованных решения с ИИ.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Подписка-2023

Продолжается подписная кампания Акция!

Уважаемые читатели!

Редакционная подписка на электронную и бумажную версии еженедельного профессионального издания «Медицинская газета» по ценам 2022 г. продлена до 1 марта на первое полугодие и год (2023).

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

Справки по телефонам:

8 (495) 608 85 44, 8 (916) 271 08 13.

Условия подписки на «Медицинскую газету» см. на сайте www.mgzt.ru

Тенденции

Минздрав России подготовил проект приказа «Об установлении порядка организации медицинской реабилитации на дому, включая перечень медицинских вмешательств, оказываемых при медицинской реабилитации на дому, и порядка предоставления пациенту медицинских изделий», который позволит сделать медицинскую помощь доступнее для людей, проживающих в отдалённых территориях, и для людей, имеющих двигательные ограничения. Проект приказа размещён на портале проектов нормативных правовых актов.

Медицинская реабилитация на дому

В 2023 г. программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи впервые предусмотрена медицинская реабилитация на дому, преимущественно с использованием телемедицинских технологий. Пациентам будут предоставляться необходимые для восстановления здоровья медицинские изделия. Показания к проведению медицинской реабилитации на дому определяет врач, при этом для каждого пациента будет разработан индивидуальный план реабилитации.

В период пандемии как в России, так и в других странах, был получен обширный положительный опыт медицинской реабилитации с использованием телемедицинских технологий. Она не требует затрат пациента на проезд, позволяет использовать любое реабилитационное оборудование, имеющееся у пациента дома или полученное им во временное пользование. Мероприятия по медицинской реабилитации могут включать и

консультации различных специалистов.

– Оказание медицинской реабилитации на дому впервые предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Это позволит расширить возможности медицинской реабилитации пациентов, в том числе с использованием телемедицинских технологий, – сказал журналистам заместитель министра здравоохранения РФ Евгений Камкин.

Он отметил, что порядок устанавливает правила организации медицинской реабилитации на дому, перечень медицинских изделий и медицинских технологий для неё. Благодаря возможности организации медицинской реабилитации на дому, она станет более доступной, прежде всего, для жителей отдалённых районов и пациентов с ограниченными возможностями движения.

Сергей ПАВЛОВСКИЙ.

Ситуация

Отказ в оплате сверх объёма

Конституционный суд РФ признал законным отказ в оплате медпомощи по ОМС сверх объёма. АО «Международный центр репродуктивной медицины» обратилось в Конституционный суд, чтобы оспорить ряд положений законов, которые позволяют страховым компаниям не оплачивать медпомощь сверх выделенного объёма. Однако Конституционный суд не принял жалобу к рассмотрению.

Клиника указала в своём обращении, что медицинские организации не вправе отказывать в медпомощи по программе госгарантий и взимать за неё плату. Кроме того, они обязаны в срок оказать помощь всем, кто обратился с направлением.

Конституционный суд РФ пришёл к таким выводам: средства ОМС имеют особое публичное предназначение, поэтому медицинские организации должны использовать их в установленных объёмах. При этом решение комиссии о распределении объёмов медцентр не оспорила. Клиника оказывала только плановую помощь, а значит, могла планировать её в рамках выделенных объёмов. Кроме того, по программе госгарантий можно установить очерёдность медпомощи, что не является отказом в её оказании, считает высший судебный орган конституционного контроля.

По мнению юристов, это решение может стать прецедентом для новых отказных судебных решений по оплате сверхлимитной помощи.

Владимир ЧЕРНОВ.

Криминал

Семь лет строгого режима за халатность и взятку

Промышленный районный суд Смоленска вынес обвинительный приговор бывшему заместителю начальника регионального Департамента здравоохранения по делу о даче взятки и халатности, сообщает прокуратура региона.

Установлено, что фигурант, являясь также руководителем контрактной службы, не организовал проведение аукционов на заключение госконтрактов по приобретению лекарств, необходимых в 2021 г. для льготного обеспечения более 76 тыс. человек. В результате действий чиновника подведомственные учреждения регионального департамента по здравоохранению

были вынуждены приобрести лекарственные препараты, выписанные по рецептам врачей, на сумму более 210 млн руб. Кроме того, по материалам дела, в июне 2021 г. злоумышленник передал 500 тыс. руб. сотруднику правоохранительных органов за решение вопроса о смягчении ответственности и избежании реального лишения свободы для своего знакомого.

Суд признал экс-чиновника виновным по ч. 1 ст. 293 (халатность) и ч. 4 ст. 291 УК РФ (дача взятки в крупном размере) и назначил ему наказание в виде 7 лет 1 месяца колонии строгого режима. Осуждённый был взят под стражу в зале суда.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

Память

Открытие мемориальной доски в честь замечательного учёного, организатора медицинской науки, педагога и наставника Эммануила Когана состоялось в Федеральном научно-клиническом центре физико-химической медицины им. Ю.М.Лопухина (ФНКЦ ФХМ) ФМБА России.

Э.Коган начал учёбу в Ленинградской военно-медицинской академии и успел окончить только первый курс, пережил блокаду Ленинграда, прошёл всю Великую Отечественную войну в звании лейтенанта медслужбы. В 1946 г. поступил во Второй Московский медицинский институт сразу на второй курс. Научный талант и

организаций, входящих теперь в систему ФМБА России.

Связь с родным университетом Э.Коган никогда не терял – уже завершая научную деятельность, он принял активное участие в создании инновационного медико-биологического кластера в качестве научного руководителя рабочей группы. Кипучая энергия,

Зримый научный и человеческий след

Соратники и ученики отметили 100-летие со дня рождения Э.Когана

На торжественном мероприятии выступили руководитель Федерального медико-биологического агентства член-корреспондент РАН Вероника Скворцова, вице-президент РАН, директор Научного центра неврологии, академик РАН Михаил Пирадов, ректор Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова академик РАН Сергей Лукьянов, научный руководитель Научно-исследовательского института биомедицинской химии им. В.Н.Ореховича академик РАН Александр Арчаков.

Глава ФМБА России в своём выступлении отметила, что Э.Коган внёс большой вклад в становление медицинской науки и образования, стал первопроходцем во многих областях научных исследований. В здании, где работал учёный, успешно продолжает исследовательскую деятельность Федеральный научно-клинический центр физико-химической медицины им. Ю.М.Лопухина, одним из основателей которого был Эммануил Маркович. Здесь ведутся самые современные исследования в области регенеративной и персонализированной медицины, молекулярной биологии, генетики и постгеномных технологий. На базе центра по-прежнему проходят обучение студенты медико-биологического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, а также студенты факультета фундаментальной медицины Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова, факультета молекулярной и биологической физики Московского физико-технического института.



Торжественный момент открытия мемориальной доски

незаурядные организаторские способности Э.Когана проявились уже в годы учёбы – до окончания аспирантуры он получил предложение возглавить Центральную научно-исследовательскую лабораторию института.

Мемориальная доска установлена в здании ФНКЦ ФХМ им. Ю.М.Лопухина, где располагался главный корпус Второго Меда. Эммануил Маркович был деканом первого в мире медико-биологического факультета, организованного для подготовки учёных-медиков, ориентированных на разработку и внедрение в практику технологий диагностики и лечения, основанных на фундаментальных знаниях в области биохимии, биофизики, иммунологии и других новых в то время дисциплин. Выпускники факультета стали основой для формирования кадрового состава многих научно-клинических медицинских

колоссальный опыт и прекрасные человеческие качества Э.Когана сыграли решающую роль в реализации этого проекта.

В рамках 100-летия со дня рождения Э.Когана состоялось совместное заседание учёных советов ФНКЦ ФХМ им. Ю.М.Лопухина ФМБА России и РНИМУ им. Н.И.Пирогова. В мероприятии приняли участие руководители многих научных медицинских организаций страны – академики и члены-корреспонденты РАН, директора крупных медицинских учреждений, выпускники Второго Меда им. Н.И.Пирогова, ветераны и сотрудники ФНКЦ ФХМ ФМБА России. Собравшиеся поделились воспоминаниями о выдающемся учёном, преподавателе и организаторе многих направлений медицинской и биологической науки.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Обсуждения

Духоподъёмная прелюдия

До главного педиатрического события года – XXIV конгресса детских докторов России ещё две недели, а в его рамках уже проходят мастер-классы. Это сделано для того, чтобы врачи могли усовершенствовать свои практические навыки в спокойной деловой обстановке и в наиболее полном объёме, немного поработать в обычном режиме, а затем с головой окунуться в невероятно интересную программу ежегодного конгресса.

Преоконгресс охватывает наиболее актуальные вопросы, с которыми педиатрам приходится сталкиваться в каждодневной деятельности: лор-патология, вакцинопрофилактика, аллергические заболевания и др. Так, в ходе мастер-класса «Современные оториноларингологи – современным педиатрам» слушатели ознакомились с последними представлениями о течении воспалительного процесса верхних дыхательных путей, алгоритмом действий при носовых кровотечениях с позиций доказательной медицины, коморбидных состояниях у часто болеющих детей; рассмотрели причины и формы лор-осложнений; отработали практические навыки проведения отоскопии, расширяющей диагностические возможности педиатра.

А мастер-класс «Вакцинопрофилактика – незаменимый инструмент в руках современного врача» позволяет докторам актуализировать

свои знания в данной сфере. Особое внимание было уделено схемам догоняющей вакцинации здоровых детей и пациентов с отклонениями в состоянии здоровья, правилам эффективного общения с родителями, обучению важным компетенциям.

Преоконгресс – своего рода прелюдия к началу большого разговора об актуальных проблемах педиатрии, который состоится 3-5 марта в Москве.

– Особенность нынешнего, XXIV конгресса педиатров России в том, что он посвящён 150-летию основоположника отечественной неонатологии и научного направления по изучению физиологии и патологии детей раннего возраста, одного из организаторов профилактической, государственной системы охраны здоровья детей в нашей стране, легенды педиатрии, выдающегося доктора Георгия Несторовича Сперанского, – говорит президент Союза педиатров России академик РАН Лейла Намазова-Баранова. – Поэтому, помимо ставших уже традиционными тем, будут обсуждаться организационные вопросы совершенствования самой системы оказания помощи детям, некоторые аспекты перинатальной медицины, неонатальной и детской хирургии, а также этические принципы современной клинической медицины, мультидисциплинарные подходы к решению самых разных проблем педиатрии и многое другое.

Валентина ЕВЛАНОВА, корр. «МГ».

Оrientиры

Врачебное братство

Благодаря фонду «Врачебное братство» поддержку более чем на 6,7 млн руб. получили в 2022 г. проживающие в разных регионах страны 67 врачей, 6 медицинских сестёр и фельдшер, попавшие в трудные жизненные ситуации.

В ушедшем году особенное внимание благотворительного фонда и партнёров было направлено на помощь врачам-пенсионерам. Необходимое лечение и реабилитация были оплачены 33 ветеранам медицинской службы на общую сумму более 1,881 тыс. руб. Ещё 74 врача получили продовольственные наборы к праздникам – Дню Победы, Дню медика и Новому году на общую сумму более

200 тыс. Вышедшие на пенсию медицинские сёстры получили помощь в размере 187 774 руб.

Благодаря поддержке фонда 9 врачей и 1 медицинская сестра смогли в той или иной степени поправить здоровье; на лечение и реабилитацию были направлены 6 медиков, ещё 4 врача получили в подарок необходимое им медицинское оборудование для домашнего использования.

Не забыты были и медики, ухаживающие за близкими родственниками, воспитывающие тяжелобольных детей. Кроме того, выделены средства на поддержку семей, столкнувшихся с тяжёлыми жизненными ситуациями.

Елена ОСТАПОВА.

Москва.

Деловые встречи

Эти слова стали девизом и лейтмотивом врачебного форума, посвящённого роли современной эндоскопии в ранней диагностике онкозаболеваний пищеварительной системы. Мероприятие прошло в Москве во Всемирный день борьбы против рака. Рассказать о нём подробнее мы попросили модератора форума, профессора кафедры хирургии Института последипломного образования Ярославского государственного медицинского университета, кандидата медицинских наук Сергея Кашина.

– Задача нашей экспертной команды, состоящей из представителей Российского эндоскопического общества и Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины, – научить врачей более эффективно диагностировать рак желудка на начальных стадиях, используя современные технологии эндоскопической диагностики.

Ищите рак!

Формат мероприятия очно-заочный, инновационный в плане технического оснащения. После двух ковидных лет медицинское сообщество уже не так активно участвует в вебинарах, популярность их снижается. Поэтому мы организовали наш форум в специально оборудованной интернет-студии, пригласили сюда заинтересованных врачей из Москвы и других регионов, в основном молодых специалистов. Для организации процесса привлекли техническую команду и представителей ведущего производителя эндоскопической техники – компании «Олимпас», которая уделяет особое внимание развитию образовательной деятельности. Это уже наша пятая встреча в рамках специального курса, посвящённого

тонкостям и нюансам сложных исследований при диагностике рака пищеварительной системы. Непосредственно в студии находилось 60 участников форума, а к трансляции в интернете подключилось более 800 человек из Хабаровска, Якутска, Владивостока и многих других городов России.

Первое, на чём мы сделали акцент в ходе презентаций и дискуссии, – это необходимость соблюдения стандартов диагностики. А они начинаются не с введения эндоскопа в орган, а с ознакомления с историей болезни и беседы с пациентом, чтобы правильно выбрать нужный эндоскоп и условия проведения исследования, решить вопрос о необходимости применения дополнительных методик для очищения слизистой оболочки же-

лудка от вязкого секрета, который при аутоиммунном гастрите может скрывать неоплазии маленького размера. Следующий важный акцент образовательного курса – это применение технологий в соответствии с современными рекомендациями. Как выглядят предраковые заболевания и рак, чем опухоли различного характера отличаются друг от друга и от предраковых патологий, с помощью каких технологий можно обнаружить раковую опухоль размером в 5 мм – на эти и многие другие вопросы мы постарались дать ответы в ходе встречи.

Выделение групп повышенного риска развития злокачественной патологии в желудке, принципы их формирования – ключевой аспект профилактики рака. На форуме был представлен только что вышедший «Современный алгоритм диагностики и ведения пациентов с хроническим атрофическим гастритом и кишечной метаплазией желудка», составленный под

руководством академика РАН О.М.Драпкиной.

Составной частью форума стал практический тренинг, в ходе которого врачи на изготовленных с помощью 3D-принтера моделях желудка отработывали навыки использования современных эндоскопических приборов.

Ключевым аспектом проведённого образовательного курса является диагностика раннего рака желудка, так как эта уникальная форма опухоли ещё не имеет метастазов и может быть удалена с помощью малоинвазивных и органосохраняющих эндоскопических технологий. Нам важно добиться более эффективных результатов диагностики рака желудка на ранних стадиях, что позволит повысить качество жизни пациентов после операций, улучшить прогноз выживаемости. Поэтому и наш девиз – «Ищите рак!» – актуален как никогда.

Подготовил Тимофей КОЗЛОВ, корр. «МГ».

Обычно пациентов с глиальными опухолями оперируют в плановом порядке. В случае же, о котором идёт речь, потребовалось экстренное оперативное вмешательство. У 16-летнего юноши глиому диагностировали уже на стадии тяжёлых нарушений: молодой человек начал испытывать приступы сильной головной боли специфического характера, головокружение, тошноту, появились признаки ухудшения зрения. По результатам МРТ в III желудочке головного мозга было выявлено новообразование большого размера – с грецкий орех.

Как пояснили в Национальном медицинском исследовательском центре им. Е.Н.Мешалкина, куда обратился пациент за консультацией, мальчик находился на стадии декомпенсации, поэтому после проведения осмотра и изучения снимков МРТ специалистами было принято решение о немедленной госпитализации больного и неотложном хирургическом вмешательстве.

Нейрохирурги успешно удалили объёмное новообразование без ущерба функционально значимым зонам головного мозга. Гистологически глиома оказалась низкой степени злокачественности, что даёт основания для обнадеживающего прогноза. Однако сама по себе эта история с глиальной опухолью, которая была обнаружена уже в запущенной стадии, нуждается в «разборе». Если, как выяснили нейрохирурги центра им. Е.Н.Мешалкина, периодические головные боли беспокоили мальчика и прежде и, скорее всего, с какими-то врачами он время от времени общался, по крайней мере в рамках обязательных школьных медосмотров, то можно ли говорить о чьей-то персональной некомпетентности?

– Новообразование такого типа растёт медленно, поэтому позволительно с уверенностью сказать, что патологическому процессу у пациента несколько лет. Можно ли было обнаружить его значительно раньше и не доводить ситуацию до угрозы жизни? Теоретически – можно. Практически – не факт, – говорит оперировавший юношу нейрохирург кандидат медицинских наук Сергей Чернов, научный сотрудник Центра ангионеврологии и нейрохирургии НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина.

– Сергей Владимирович, как понимать этот парадокс? Обычно, когда речь заходит о раке, выявленном в запущенной стадии, это трактуется как недоработка первичного звена здравоохранения.

Акценты

Можно и... нельзя

Для некоторых опухолей запущенность – фактически «норма»

– В том-то и дело, что в данном случае запущенное новообразование выявлено сразу же, как только оно стало активно манифестировать. Опухоль, локализовавшаяся в III желудочке головного мозга, достигла большого размера и из-за этого блокировался отток ликвора, что привело к появлению гидроцефалии и высокому внутричерепному давлению. Компенсаторные резервы головного мозга закончились, появилась выраженная симптоматика. Именно по этой причине пациенту была выполнена МРТ.

До этого у врачей, к которым обращался юноша, не имелось оснований заниматься онкологическим поиском. Головные боли у него были неинтенсивными, кратковременными и редкими, с интервалом в несколько месяцев, как бывает у любого нормального человека. Так что тут нет ничьей вины и недоработки.

– Это уникальность данного клинического случая?

– Не совсем. Часто клиническая картина при глиомах появляется не сразу. О характере опухоли, её предположительном возрасте нам стало известно только после того, как провели гистологическое исследование. До операции по МРТ-снимкам нельзя было сказать со стопроцентной уверенностью, какая это опухоль, как быстро она выросла. Мы могли только предполагать. Глиома низкой степени злокачественности растёт медленнее, чем высокозлокачественная, однако, повторю, это становится известно только после операции и заключения морфологов.

И наконец, разновидностей глиом очень много, поэтому проявляться они могут по-разному, это зависит также от места их расположения и размера. По этой причине делать какие-то обобщения именно в данном разделе нейроонкологии крайне трудно. Поскольку некоторые глиальные опухоли могут, как уже сказано, расти бессимптомно или с очень малой симптоматикой на протяжении нескольких лет, прогноз ставится, как правило, когда образование достигает опасных размеров. Вот почему выражение «запущенная глиома» вообще вряд ли можно использовать.



Важно оттачивать технологию хирургического удаления глиом

Совсем немного случаев, когда у пациента выраженная клиническая картина опухоли головного мозга, но допущена явная ошибка на уровне первичного звена, то есть не был вовремя проведён необходимый диагностический поиск. Во всяком случае, в практике нашего центра больные, оказавшиеся именно в такой неприятной ситуации, – редкость.

В то же время зачастую диагностировать глиальную или другую опухоль головного мозга помогает... несчастный случай, как ни странно это звучит. Например, человек падает, ударяется головой, ему выполняют КТ или МРТ, и там обнаруживается глиальная опухоль как случайная находка. Причём она может быть уже крупной, хотя человека ничто не беспокоило до сей поры. В моей практике и практике других нейрохирургов таких больных немало.

– Означает ли сказанное вами, что задача ранней диагностики глиом в принципе неразрешима? Это всегда ситуация, когда к моменту начала онкологического лечения опухоль будет уже большая и исход лечения не ясен?

– В целом – да. К сожалению, это так. Говорить, что необходимы регулярные скрининги на опухоли головного мозга и всё население раз в год или чаще следует обследовать на МРТ, бессмысленно. Это

сложновыполнимо в организационном и финансовом плане. Тем не менее настороженность у врачей первичного звена должна быть, им необходимо знать характерные проявления опухолей головного мозга, чтобы направить пациента на обследование.

Кроме того, в этих обстоятельствах чрезвычайно важно оттачивать технологию хирургического удаления глиом, расширять доступность иммуногистохимического и генетического исследования материала, методов химиотерапии, лучевой терапии. Над этим необходимо работать по той причине, что мы и вылечить-то полностью пациента с глиомой до сих пор не можем, хотя много научных и клинических исследований в этом направлении проводится в мире.

– Данный вид опухолей головного мозга – предмет компетенций исключительно федеральных клиник или в отделениях нейрохирургии региональных больниц таких пациентов тоже оперируют?

– Глиомами занимаются, наверное, все нейрохирурги.

– Это так просто?

– Наоборот, это очень сложно. Тем не менее все считают возможным для себя оперировать больных с глиомами. Здесь встаёт другой вопрос – как их оперируют? При всём уважении к коллегам надо признать: каждый делает операцию

как умеет, исходя из своих знаний и опыта. Можно удалить видимую часть опухоли полностью, не допустив неврологического дефицита. А можно убрать новообразование только частично и при этом ещё получить какие-то неврологические осложнения. После этого устранять результаты такой работы приходится уже специалистам федеральных учреждений, и, к сожалению, подобное происходит достаточно часто.

Считаю, что в разговоре о глиомах следует делать акцент именно на уровне подготовки нейрохирургов. Нужно стремиться к тому, чтобы нейрохирурги из регионов учились технике оперативного вмешательства, узнавали о новых интраоперационных технологиях. Предоставить им такую возможность обучаться – как раз задача федеральных клиник, которые должны быть не только флагманами нейрохирургии, но и открытыми обучающими центрами. Только так мы сможем значительно улучшить результаты хирургического лечения опухолей головного мозга в стране.

– Иными словами, вы не являетесь сторонником монополии, не призываете лишить региональные больницы возможности оперировать глиомы, а всех больных сконцентрировать в федеральных клиниках?

– Мы не сможем оперировать всех больных силами одних только федеральных центров, поэтому нам нужно научить врачей из других учреждений оперировать хорошо. То есть задача федеральных нейрохирургических учреждений заключается не в том, чтобы собирать со всей страны «переделки», а в том, чтобы подготовить высококлассных хирургов для работы в регионах.

При кажущейся простоте образовательного процесса он на самом деле не так прост. Для того чтобы учиться, врачу приходится прикладывать большие усилия, он должен в какой-то степени жертвовать своим комфортом ради учёбы: уехать на время из своего города, возможно, потратить на это свой отпуск, деньги. И всё же, на мой взгляд, это оправдано, так как речь идёт об инвестициях в своё профессиональное развитие. Главное условие – желание самого нейрохирурга, заставить учиться невозможно никоим образом.

Один из моих учителей сказал, что наши знания определяют наши возможности. Чем больше мы будем знать, тем больше будут наши возможности, тем лучше мы будем оперировать и большему числу больных сохраним жизнь.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Проекты

Уникальный опыт свердловчан

Свердловская область стала первым регионом в России, где реализован проект создания сети центров лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью. За 3 года в муниципальных больницах открыто 23 таких центра.

Сейчас свердловская сеть остаётся самой обширной в стране. При этом она продолжает развиваться: к действующим профильным межрайонным центрам добавились ещё один, недавно открывшийся в Первоуральске, где медицинскую помощь будут получать 135 тыс. жителей как самого города, так и посёлков Старая Утка и Шалья.

К специалистам таких центров уральцев при наличии показаний направляют терапевты по месту жительства. Также под патронаж медиков, курирующих пациентов с хронической сердечной недостаточностью, попадают люди, у которых в ходе диспансеризации



В новом центре лечения кардиологических пациентов

выявлены сердечно-сосудистые заболевания или их риски.

«Создание сети центров подразумевает организацию «бесшовного» механизма оказания помощи. Прописана маршрутизация пациентов при острой декомпенсации, создан регистр таких пациентов, они закреплены за ХСН-кабинетами и врачом. Это позволит снизить уровень смертности и инвалидизации от сердечно-сосудистых заболеваний», – подчеркнул главный кардиолог Министерства здравоохранения области Александр Быков, который посетил городскую больницу Первоуральска в преддверии открытия нового подразделения.

Местный, 24-й центр по лечению пациентов с хронической сердечной недостаточностью будет функционировать на базе кардиологического стационара и профильных амбулаторных кабинетов. Один из них открыт в отдалённом от центра микрорайоне Динас, а второй – в терапевтическом корпусе № 1.

«Это позволит осуществлять системный патронаж: медсестра регулярно будет обзванивать пациентов, каждые 3 месяца приглашать их на приём и раз в полгода – на школу пациентов», – рассказал заведующий кардиологическим отделением Первоуральской городской больницы Вадим Кучумов.

Также создание центра даёт возможность регулярно закупать высокоэффективные лекарственные препараты для лечения сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов. Это позволит спасти множество человеческих жизней, поскольку известно, что хроническая сердечная недостаточность является лидирующей среди всех хронических болезней системы кровообращения и одной из основных причин смертности.

В целом для реализации утверждённой губернатором области Евгением Куйвашевым региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» Национального проекта «Здравоохранение» в 2023 г. медицинским учреждениям региона будет выделено свыше 210 млн руб.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Свердловская область.

Президент России Владимир Путин в декабре 2022 г. объявил о введении с 1 января этого года специальной социальной выплаты для медицинских работников первичного звена. Выплаты будут осуществляться в соответствии с постановлением Правительства РФ № 2568 от 31.12.2022. О том, кому положены, сколько заплатят и когда, мы обратились за ответом к председателю Дагестанской республиканской организации Профсоюза работников здравоохранения РФ Зумруд БУЧАЕВОЙ.

– Правительство России своим постановлением с января 2023 г. ввело специальную социальную выплату. Рассчитывать на это серьёзное нововведение смогут только работники медицинских организаций, которые названы в специальном списке. Получается, выплаты получают не все?

– Данные специальные социальные выплаты очень своевременны и необходимы. Кадровый дефицит в здравоохранении трудно преодолеть без повышения оплаты труда и предоставления медицинским работникам гарантий.

Но, к сожалению, трудно убедить коллективы организаций, которые не подпадают под данное постановление, в справедливости такого распределения выплат. Не дожидаясь первых начислений в соответствии с данным постановлением, Профсоюз работников здравоохранения РФ направил в Минтруд и Минздрав России обращение о необходимости расширения действия постановления № 2568 на всех работников первичного звена здравоохранения.

– Кому положены специальные социальные выплаты?

– Их получают врачи, средний и младший медицинский персонал, которые работают в государственных медицинских организациях – центральных районных и участковых больницах, поликлиниках, фельдшерско-акушерских пунктах, а также в подразделениях скорой медицинской помощи. В зависимости от должности они будут получать от 4,5 тыс. до 18,5 тыс. руб. ежемесячно. Главное – чтобы медицинская организация работала в системе ОМС.

Тут стоит отметить, что новые выплаты не положены руководителям медицинских организаций и их заместителям. Также не имеют права на их получение внешние и внутренние совместители, о чём сказано в п. 2 постановления.

– А как же те медицинские организации, которые не работают в системе ОМС? На них



ственный Минтруд Социальный фонд. Как вы это можете прокомментировать?

– Мера социальной поддержки медработника – это не зарплата, и она не имеет отношение к окладу медицинского работника. Социальный фонд, в который с этого года объединили Пенсионный фонд и Фонд социального страхования, имеет опыт оказания социальной помощи, и выплаты будут осуществляться в соответствии с постановлением на основе данных, которые будут подавать медицинские организации.

Им необходимо ежемесячно, не позднее 10-го числа каждого месяца, направлять в территориальный орган Фонда социального страхования реестр работников,

– Как вы можете прокомментировать пункт 5 постановления следующего содержания: «Установить, что уровень оплаты труда медицинских работников с января 2023 г. не может быть ниже уровня оплаты труда в 2022 г. с учётом её индексации и специальной социальной выплаты»?

– Не допускается снижения уровня оплаты труда работников медицинских организаций, которым назначены новые социальные выплаты, вводимые дополнительно и не имеющие отношения к зарплате работника. Также стоит отметить, что в 2023 г. планируется повышение зарплат медработникам минимум на 8,5%, что следует из Программы госгарантий оказания

Часы сверхурочной работы и привлечение сотрудника к работе в его выходной день сверх нормы рабочего времени также не приведут к увеличению размера выплат.

– Будут ли удерживать 13% НДФЛ у медработников, получателей специальных социальных выплат?

– В соответствии с п. 79 ст. 117 Налогового кодекса РФ не подлежат обложению НДФЛ доходы, полученные отдельными категориями граждан в порядке оказания им социальной поддержки. Таким образом, у получателей новых социальных выплат не будут удерживаться 13% НДФЛ.

– Когда медработники начнут получать выплату?

Наши интервью

Кому положены специальные социальные выплаты?

Профсоюз выступает за распространение действия постановления № 2568 на всех работников первичного звена

это постановление не распространяется?

– Социальные выплаты не распространяются на направления, которые финансируются вне программы ОМС (фтизиатрия, ВИЧ-инфекция, психиатрия). Но при этом п. 14 этого постановления рекомендует властям субъектов РФ установить социальные выплаты за счёт средств региональных бюджетов. Конечно, это лишь рекомендация, но не обязанность. Вряд ли регионы откажутся её выполнить, если она прописана в правительственном постановлении.

Сегодня мы уточняем количество категорий работников медицинских организаций республики, которые финансируются за счёт республиканского бюджета для подготовки и направления соответствующего обращения в правительство и Народное собрание Республики Дагестан, чтобы изыскать возможность финансирования специальных социальных выплат для медработников, оплата труда которых финансируется из республиканского бюджета.

– Вопросы здравоохранения курируют федеральный Минздрав и Минздрав региона, а новые социальные выплаты будет выплачивать подведом-

которые имеют право на выплату. Деньги медработники получают на банковскую карту в течение 7 рабочих дней с того дня, как фонд получил реестр.

– Насколько в целом, по вашему мнению, проработан механизм контроля выплат?

– Постановление № 2568 включает несколько механизмов контроля за порядком осуществления специальных социальных выплат. Во-первых, Социальный фонд должен проверить каждого медработника, информация о котором представлена в реестре. По номеру СНИЛС он определит, действительно ли указанный сотрудник работает в медучреждении или уже уволился.

Во-вторых, изменения в штатном расписании теперь будут на особом контроле у Минздрава. Ведомство проверит, есть ли реальные основания для изменения штатного расписания, по количеству прикрепленного населения, нагрузке на медперсонал и т.д. Такие правила прописаны в п. 6 постановления № 2568.

В-третьих, Минздрав будет получать каждый месяц данные о том, сколько медицинских организаций и работников получили выплаты и в каком размере.

бесплатной медицинской помощи на 2023-2025 гг. Важно, что эта индексация тоже не зависит от социальных выплат.

– Давайте рассмотрим случай, когда к вам обратился член профсоюза в связи с тем, что ему неправильно начислили новую социальную выплату. Какие действия в этом случае предпримет профсоюз?

– Прежде всего мы проверим, как рассчитана сумма полагающейся медработнику выплаты. Соответствующие расчёты осуществляются в медицинских организациях по окончании месяца, исходя из фактически отработанного работником времени и нормы рабочего времени. Зная эти показатели, а также установленный постановлением № 2568 размер выплаты, рассчитывается сумма для каждого работника, которому положена выплата.

Фактически отработанное количество рабочих часов делится на норму рабочего времени и определяется размер выплаты за полностью отработанное время. При этом нужно иметь в виду, что, если работник не выработал месячную норму рабочего времени (например, был на больничном или в отпуске), размер выплаты уменьшается пропорционально фактически отработанному времени.

– Первые социальные выплаты за январь планируют произвести в феврале. Но если медработник не получит выплату в первом квартале по организационно-техническим и иным причинам, то ему обязательно должны выплатить её во втором квартале, но со дня введения – с января 2023 г. Такие правила прописаны в п. 17 постановления.

Медработники будут получать оповещения о статусе выплаты на Едином портале государственных услуг. Также через него они смогут пожаловаться, если деньги не получили. Другой вариант – подать жалобу через личный кабинет на официальном сайте Социального фонда.

В условиях ограниченности бюджетных ресурсов именно подход, при котором правительство берёт на себя заботу в виде специальных социальных выплат, может оказаться наиболее жизнеспособным. И такой пример, который правительство выбрало для решения проблемы низких зарплат медицинских работников в дальнейшем, возможно, распространится и на другие категории бюджетников.

Беседу вёл
Юрий ДАНИЛОВ.

Инициатива

Бесплатное лекарственное обеспечение расширяется

Расширение бесплатного лекарственного обеспечения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями прокомментировал заместитель министра здравоохранения РФ Евгений Камкин на заседании комиссии Генерального совета партии «Единая Россия» по здравоохранению под председательством Дениса Проценко.

– Мы этот проект реализуем с 2019 г., и достаточно успешно. Количество людей, которые охвачены на сегодняшний день лекарственной терапией, за последние 2 года увеличилось в два раза. Необязательно пережить инфаркт или инсульт для того, чтобы получить лекарственную терапию, потому что перечень пациентов, которые получают эту лекарственную терапию, расширен, – отметил заместитель министра.

По его словам, пациенты, которые перенесли оперативное вмешательство, в том числе

плановое на сосудах, также имеют право на получение этих лекарственных препаратов. Кроме того, по предложению профессионального сообщества сроки лекарственного обеспечения были увеличены с года до двух лет, на это выделены соответствующие средства.

– Мы также увеличили на 8 МНН перечень лекарственных препаратов, которые участвуют в данном проекте, сейчас есть возможность их получать. Вместе с нашими главными специалистами проводим на постоянной основе работу не только по увеличению перечня МНН, но и по подготовке обосновывающих материалов для увеличения перечня заболеваний, которые могут быть включены в эту программу для того, чтобы увеличить охват терапией, – добавил Е.Камкин.

Фёдор АЛЁНИН.

Особый случай

В Республике Татарстан зафиксировали первый случай, когда 33-летняя женщина смогла выносить и родить двух детей после удаления шейки матки из-за онкологии.

Она родила второго

Жительница Казани долго не могла забеременеть. После тщательного обследования врачами 7-й городской больницы был поставлен диагноз и предложено полное удаление шейки матки и части влагалища, когда одновременно удаляются тазовые лимфатические узлы и параметрии с сохранением маточных сосудов, что, как известно, имеет большое значение для обеспечения адекватного кровоснабжения плода.

Операция была проведена лапароскопическим методом и прошла успешно. Но ещё большим успехом стала долгожданная беременность. Женщина выносила и родила здорового малыша.

А сейчас, спустя 3 года после операции, она родила второго ребёнка – девочку. Об этом с радостью сообщил онкогинеколог заведующий отделением гинекологии № 2 городской клинической больницы № 7 Наиль Габитов.

– Главный принцип органосохраняющих операций при раке шейки матки – сохранение яичников, влагалища и тела матки. Успехи современной медицины обеспечивают и выполнение главного предназначения женщин – продолжения жизни, – отметил он.

Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.

Республика Татарстан.

На площадке Департамента здравоохранения Москвы в формате «круглого стола» состоялось обсуждение новой модели ревматологической помощи. В мероприятии приняли участие представители общественности, Департамента здравоохранения, главные врачи многопрофильных столичных больниц и ведущие специалисты-ревматологи федеральных клиник.

Настало время перемен

Работу «круглого стола» открыл генеральный директор Центра экспертизы и контроля качества медицинской помощи Министерства здравоохранения РФ, клинический фармаколог, доктор медицинских наук, профессор Виталий Омеляновский. Он отметил, что в Москве на сегодняшний день полностью оптимизированы онкологическая и гематологическая службы. «При реализации таких моделей необходимо учитывать три важных направления. Во-первых, оказание медицинской помощи – здесь важен кадровый вопрос. Во-вторых, организация этого процесса – маршрутизация пациентов и лекарственное обеспечение. В-третьих, финансирование медицинской помощи. В отношении этих направлений и реализуется сегодня политика по организации системы здравоохранения. Столичный регион уже имеет опыт внедрения новой модели по другим направлениям. Теперь настало время ревматологии», – отметил В.Омеляновский. Кроме того, было озвучено, что специалисты Департамента здравоохранения Москвы не планируют останавливаться на достигнутом. Уже есть намерения в дальнейшем внедрить такую модель в нефрологии. Работа в данных направлениях начата.

«Бесшовная маршрутизация», мультидисциплинарный подход

Открытие специализированных центров – важный шаг в повышении качества и доступности медицинских услуг для пациентов. Модель, по которой будет работать ревматологическая служба в столице, представила заместитель руководителя Департамента здравоохранения Саида Гаджиева. «В последние годы Москва формирует принципиально новый подход в организации медицинской помощи. В столице создаются специализированные центры компетенций, где сосредоточены все необходимые ресурсы для лечения определённого вида заболеваний. Сейчас мы переходим к новой модели оказания медицинской помощи по направлению «ревматология». Необходимость

«Круглый стол»

Новая модель ревматологической помощи

В столице созданы специализированные центры компетенций



Ю.Жулёв, А.Лиля, М.Лысенко

в создании профильных центров была продиктована специфичностью ревматологических заболеваний, которые требуют сложной диагностики и лечения, а также постоянного наблюдения больного. Современные методы диагностики и лечения, скоординированные действия врачей, непрерывный контроль за состоянием пациента и мультидисциплинарный подход – только часть тех преимуществ, которые, я уверена, оценят пациенты», – рассказала С.Гаджиева.

Она уточнила, что с 1 февраля начали работать три ревматологических центра на территории города. Каждый из них обслуживает определённый округ. В настоящее время порядка 40 тыс. человек прикреплены к центрам. Это произошло автоматически – без каких-либо дополнительных действий со стороны пациентов.

Один из важных моментов – «бесшовное» направление. Пациент не должен ходить с бумагой и сам прикрепляться.

Так в каких же медицинских учреждениях разместятся новые центры, и как они будут работать? Новая модель воплощена в жизнь на базе городской клинической больницы № 52, которая является и городским ревматологическим центром городской клинической больницы № 1 им. Н.И.Пирогова и Московского клинического научно центра им. А.С.Логина. Пациенты всех административных округов закреплены за этими центрами.

Нормативными документами обозначены сроки приёма спе-

циалистом-ревматологом. Это должно произойти не позднее 5 дней с момента направления из поликлиники.

На базе этих окружных центров также сформирован и дневной стационар по ревматологии, чего раньше не было в городе. Это сделано в первую очередь для пациентов, получающих циклическое лечение в виде генно-



Ю.Антипова и В.Омеляновский

инженерной терапии. В центрах осуществляется амбулаторный приём, работают круглосуточный стационар и кабинеты, где пациенты пожизненно в течение получения препаратов наблюдаются и получают лекарственную терапию как по льготе, так и в рамках обязательного медицинского страхования. Все процессы интегрированы с ЕМИАС, а значит, результаты исследований отображаются в электронной медицинской карте.

Увеличена с 12 до 25 минут и длительность приёма ревматолога. Это необходимо для того, чтобы врач мог максимально обследовать каждого пациента. Работают новые центры без выходных.

«Большое спасибо руководителям учреждений, которые максимально погрузились в процесс и способствовали тому, чтобы медицинская помощь оказывалась в полном объёме с первого дня», – добавила С.Гаджиева.

Важный проект получил высокую оценку

Специалисты федеральных медицинских учреждений высоко оценили новый подход в организации ревматологической помощи. Эксперты подчеркнули, что появление специализированных центров позволит повысить качество диагностики и лечения, а также охватить большее количество пациентов высококвалифицированной помощью.

Директор Научно-исследовательского института ревматологии им. В.А.Насоновой, член-

Прозвучало важное мнение заведующей ревматологическим отделением Научного центра здоровья детей, заведующей кафедрой педиатрии и детской ревматологии педиатрического факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Минздрава России, члена-корреспондента РАН Екатерины Алексеевой. Она отметила важность открытия таких центров. По её словам, маленькие пациенты вырастают и их необходимо переправлять во взрослые медицинские учреждения. После заботы и внимания, которыми их окружали, им приходится сталкиваться со взрослыми проблемами. Такие центры – необходимый шаг. «Мы уже начали работать с ними. У нас есть дети, которые после 1 февраля стали наблюдаться у взрослых ревматологов, и мы получаем от них и их родителей благодарности. Проект просто замечательный», – подытожила своё выступление Е.Алексеева.

При рассмотрении внедрения таких проектов, конечно, нельзя обойтись без мнения представителей общественных организаций. Важность реализации новой модели отметил председатель Всероссийского союза пациентов, президент общероссийской благотворительной общественной организации инвалидов «Всероссийское общество гемофилии» Юрий Жулёв: «Такая централизация всегда повышает эффективность оказания медицинской помощи. Концентрация медицинской помощи в специализированных центрах поможет решить вопрос с мультидисциплинарным подходом в лечении. Пациенты с ревматологическими заболеваниями часто сталкиваются с сопутствующими патологиями, поэтому здесь важен диалог ревматолога и другого специалиста».

Итогом работы «круглого стола» стала высокая оценка новой модели оказания медицинской помощи по направлению «ревматология». Все присутствующие эксперты заявили о необходимости её внедрения и дальнейшего развития.

Сергей БУДАЧЕНКОВ,
корр. «МГ».

Фото автора.

Признание

В помощь врачам и студентам

Первые интеллектуальные продукты РНИМУ прошли государственную регистрацию

Два программных модуля разрабатываемой информационно-поисковой системы, созданной Институтом цифровой трансформации медицины Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, зарегистрированы в виде программных продуктов в Федеральной службе по интеллектуальной собственности РФ.

Модули позволяют осуществлять поиск семантически связанной информации в сети Unified Medical Language System (UMLS). Данные инструменты помогут медицинским работникам и студентам медицинских вузов в быстром подборе диагнозов при вводе симптомов.

Программные решения реализуют обращения к международной онтологической базе медицинских знаний, которая представляет собой суперграф, организованный по принципу концептов (обособленных медицинских понятий-сущностей) и отношений между ними. Источниками базы медицинских знаний являются крупнейшие международные медицинские метабазы: UMLS – 4,4 млн понятий, 90 млн связей (в состав которых входит медицинская терминологическая система SNOMED CT – 350 тыс. концептов, кодификатор медицинских и лабораторных терминов LOINC, медицинская терминология в области лекарственных средств RxNorm; SemMed (база знаний Pubmed) – 420 тыс. объектов, 111 млн связей и др.

Первым зарегистрирован Модуль поиска релевантного окружения концептов семантической сети. Он предназначен для поиска в семантической сети комплекса понятий, наиболее адекватно отражающих исследуемую предметную область. Алгоритм реализован на основе следующих групп методов: оценки лексической схожести и контекстной сочетаемости медицинских понятий, а также оценки их связанности в графе.

Второй Модуль поиска кратчайшего пути между концептами семантической сети позволяет извлекать наиболее оптимальный путь между двумя анализируемыми концептами, таким образом определяя связи, вносящие наибольший вклад в его построение.

Представленные инструменты реализованы в прототипе информационно-поисковой системы, разрабатываемой Институтом цифровой трансформации медицины для медицинских работников и студентов медицинских вузов с целью извлечения высокого качества знаний из UMLS на основе неструктурированного текста (например, подбор ранжированного диагностического ряда при вводе симптомов).

Александр ГЕОРГИЕВ.

Официально

По программам специалитета

Президент России Владимир Путин подписал закон, наделяющий научные организации правом обучать студентов по программам специалитета. Документ опубликован на официальном портале правовой информации. Ранее таким правом обладали только высшие учебные заведения.

Новые нормы вносят изменения в законы об образовании и науке в России, устанавливают, что научные организации, перечень которых будет утверждаться Правительством РФ, также смогут вести обучение по программам специалитета.

При разработке документа инициаторы законопроекта – председатель Совета Федерации РФ Валентина Матвиенко и сенатор Лилия Гумерова – ориентировались на успешный опыт НМИЦ им. В.А.Алмазова Минздрава России, где с 2018 г. в рамках эксперимента реализуется обучение по программе специалитета «Лечебное дело».

Антон СОКОЛОВ.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 6 (2366)

(Продолжение. Начало в № 5 от 08.02.2023.)

Коммуникация с пациентом. Важным вопросом для разработки индивидуального плана лечения хронической боли является разделение ответственности за результаты лечения с пациентом (опекун, члены семьи, близкие – в зависимости от готовности участвовать в процессе лечения). Разделение ответственности является новым трендом стратегий управления болью.

В первую очередь необходимо определить ожидаемый результат лечения хронической боли (полное избавление от боли, восстановление функций, увеличение мобильности, восстановление автономности, нивелирование тревоги и симптомов депрессии и пр.), который зависит от полиморбидности, гериатрического статуса и когнитивных возможностей пациента. Необходимо обсуждать данный вопрос с пациентом и его близкими людьми.

Не меньшее значение носит стилистика разговора врача с пациентом. Необходимо подстраивать структуру разговора, используемую терминологию и стиль под уровень образования, интеллект и коммуникативные способности пациента.

Стоит объяснить пациенту, что немедикаментозные методы лечения в настоящее время занимают основные позиции терапии с точки зрения накопленных доказательств и широкого международного опыта. Клиницист не должен ограничиваться лишь рекомендациями о расширении физической активности и необходимости выполнения упражнений. Следует предложить конкретные комплексы упражнений (для некоторых пациентов требуется визуализировать методику упражнений), оговорить продолжительность и условия проведения тренировок (не лишним будет посоветовать одежду и обувь, удобную для выполнения упражнений). При возможности, следует выбрать опорные точки мониторинга эффективности немедикаментозных методов лечения.

При назначении лекарственных средств необходимо предупредить пациента о риске возможных нежелательных эффектов. Будет полезно вместе с пациентом провести анализ аргументов «за» и «против» в выборе конкретных лекарственных препаратов.

Не стоит обсуждать с пациентом финансовое бремя выбранной стратегии терапии. Напомните пациенту о необходимости сообщать медицинским работникам об ухудшении самочувствия и/или появлении новых симптомов.

Целесообразно обсудить с пациентом, какие сферы бытовой и социальной жизни нарушены из-за болевых ощущений, дать советы по изменению и приспособлению некоторых аспектов бытовой и социальной активности.

Немедикаментозное лечение. Следует оговориться, что современный арсенал немедикаментозной терапии содержит достаточно большой перечень методов, который не будет отражён в настоящих рекомендациях, поскольку организационные аспекты их использования не регламентированы в отечественной системе оказания медицинской помощи населению старше 60 лет. Тем не менее, учитывая развитие службы медицинской реабилитации, появление гериатрических стационаров и кабинетов, переосмысление работы госпиталей ветеранов войн, следует привести список методик, которые используются в терапии хронической боли в старших возрастных группах. К ним относятся: массаж, акупунктура, лазерная терапия, электромагнитные стимуляции, бальнеотерапия, мануальная терапия, лечебное тейпирование, термоз, использование брейсов и ортезов, использование ортопедических стелек. Существуют отдельные клинические исследования, демонстрирующие эффективность данных методов в комплексной терапии хронической боли. Однако убедительность данных рекомендаций у пациентов старше 60 лет необходимо проверить в будущих РКИ и систематических обзорах. На сегодняшний день мы не располагаем убедительными данными об эффективности данных методик, но условно рекомендуем рассмотреть их необходимость при планировании индивидуального плана лечения хронической боли у пациентов старше 60 лет.

Рекомендуется составление индивидуального плана лечения хронической боли (включающего немедикаментозную и медикаментозную терапию на основании всесторонней клинической оценки болевого

синдрома и его влияния на функциональное, физическое и ментальное состояние пациента и комплексной гериатрической оценки) всем пациентам старше 60 лет с хронической болью с целью обеспечения наиболее эффективного обезболивания.

Индивидуальный план лечения болевого синдрома представляет собой мультимодальный подход, включающий не только терапию основного заболевания, в результате которого у пациента развился болевой синдром, но и лечение коморбидных состояний и гериатрических синдромов, методы, увеличивающие мобильность пациента. На основании КГО стоит определить потребность в уходе и план мониторингования пациента. Оценка социального и семейного

на уровень мочевины сыворотки крови и клиренс креатинина. Рекомендации, направленные на снижение риска падений, должны включать: консультации специалистов (офтальмолог, оториноларинголог, уролог, гинеколог) для устранения сенсорных дефицитов и патологии мочевого пузыря; подбор удобной высоты мебели (кровати, кресел, унитаза и др.); обеспечение устойчивости мебели; установка поручней, особенно в санузле и ванной комнате; использование нескользящих напольных покрытий; подбор напольного атравматичного покрытия (например, ковролин); устранение порогов там, где это возможно; достаточное, но не слишком яркое освещение; контрастные маркировки на лестницах и ступенях.

Рекомендуется консультация медицинской сестры медико-социальной помощи пациентам старше 60 лет с хронической болью и старческой астенией или выраженным снижением мобильности (или потери автономности) с целью выявления потенциально корректируемых проблем социального характера.

Одиночество и социальная изоляция являются серьёзными факторами неэф-

Подбор специального комплекса упражнений следует проводить совместно с врачом-физиотерапевтом. Комплекс упражнений тай-чи не является полной альтернативой ежедневного комплекса аэробных упражнений, направленных на тренировку силы и выносливости. Стоит комбинировать данные методы физической активности. Следует учитывать кардиоваскулярный риск пациента, наличие заболеваний органов дыхания и другие коморбидные риски, выбирая наиболее щадящие комплексы упражнений.

Рекомендуется лечебное плавание в бассейне (лечебная физкультура в бассейне) большинству пациентов старше 60 лет с хронической болью в суставах и спине с целью тренировки мышечной силы и выносливости, что связано со снижением интенсивности боли.

Данная рекомендация должна применяться с учётом полиморбидного и гериатрического статуса пациентов, доступности специалиста – физиотерапевта, владеющего навыками разработки комплекса упражнений в воде. Недостаточно данных об эффективности упражнений в воде у пациентов со старческой астенией. Вероятнее всего,

Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста

Клинические рекомендации

статуса позволит расширить возможности терапии за счёт привлечения членов семьи и близких людей.

Рекомендуется обсуждение индивидуального плана лечения хронической боли с членами междисциплинарной гериатрической бригады (а при отсутствии таковой – с врачами следующих специальностей: гериатр, невролог, ревматолог, травматолог-ортопед, психиатр, врач по паллиативной медицинской помощи, физиотерапевт), который составлен для пациента старше 60 лет с хронической болью с целью повышения эффективности обезболивания и разработки наиболее полных программ терапии и реабилитации.

Международный опыт развития гериатрической помощи наглядно демонстрирует повышение эффективности проводимых мероприятий в рамках работы междисциплинарной гериатрической бригады. Компетенции и профессиональные навыки указанных специалистов позволяют составить наиболее полный и эффективный индивидуальный план лечения хронической боли у пациентов старших возрастных групп.

Рекомендуется проведение консультирования по вопросам рационального питания, организации безопасности быта и окружающей среды, профилактики падений и переломов пациентов старше 60 лет с хронической болью и старческой астенией с целью предупреждения развития гериатрических синдромов и их последствий.

Рацион пациента с хронической болью должен быть разнообразным, включать мясные и рыбные блюда, молочные продукты (у пациентов с гиперурикемией следует детально рассмотреть количество продуктов с высоким содержанием белка). Количество белка, необходимое для поддержания мышечной массы у пациентов старших возрастных групп, составляет 1,0-1,5 г/кг в сутки, за исключением пациентов с хронической болезнью почек, у которых рацион белкового питания должен быть оптимизирован с учётом степени повреждения почек. Общий водный режим должен составлять не менее 2 л (с учётом блюд и продуктов рациона), при этом на жидкости в чистом виде должно приходиться не менее 800 мл. Для пациентов, имеющих сердечную недостаточность, питьевой режим должен быть согласован с терапевтом или кардиологом. У пациентов с мальнутрицией энергетическую ценность рациона пациентов следует повышать до 3 тыс. ккал в сутки. Применение белково-энергетических смесей у пациентов с хронической болью и старческой астенией обладает положительным эффектом в отношении замедления прогрессирования СА и саркопении без отрицательного влияния

фективного лечения болевого синдрома и прогрессирования синдрома СА. Необходимо рекомендовать обращаться в центры социального обслуживания для организации досуга и повышения социальной активности.

Рекомендуется обучение пациента и членов семьи относительно патологий, вызвавших болевой синдром, основным знаниям о хронической боли и методах лечения, с целью повышения приверженности его и членов его семьи к назначенному лечению и повышению эффективности обезболивания.

Одно рандомизированное клиническое исследование показало, что обучение врачей и пациентов, активация и мониторинг симптомов у пациентов с хронической болью, обратившихся за первичной медицинской помощью, было связано со снижением инвалидизации, уменьшением интенсивности боли и симптомов депрессии за 12 месяцев наблюдения. Терапевтические вмешательства, направленные на пациентов с хронической болью, всё чаще вовлекают семью путём включения родственников в когнитивно-поведенческую терапию или тренинг по самоконтролю. Хотя доказательства неоднозначны, несколько проведенных рандомизированных исследований показывают, что участие супруга в процессе лечения может принести ощутимую пользу, включая улучшение эмоционального самочувствия и снижение уровня боли.

Рекомендуется назначение комплекса упражнений (лечебная физкультура) с частотой 2-3 раза в неделю на протяжении минимум 8 недель всем пациентам с хронической болью старше 60 лет с целью уменьшения боли и повышения мобильности.

Наиболее исследованным является комплекс упражнений тай-чи, который состоит из непрерывных плавных движений, при выполнении которых человек должен полностью сконцентрироваться на них. Проведённые исследования характеризуют тай-чи как методику, которая способствует уменьшению хронической боли в спине и суставах у пациентов старше 60 лет и помогает возобновить активный образ жизни. Доказано, что тай-чи более эффективна методика в комплексной терапии боли, чем прогулки и пробежки. Кроме того, можно использовать комплексы аэробных упражнений, направленных на тренировку силы и выносливости мышц (зависит от локализации боли), для ежедневного выполнения в течение 10-15 минут. Ежедневное выполнение комплекса лечебных упражнений является базисной терапией хронической боли любой локализации. В лечение боли, связанной с остеоартрозом (тазо-бедренного сустава, генерализованного остеоартроза), тай-чи является самой доказанной рекомендацией.

следует воздержаться от данного вида лечения у пациентов со старческой астенией из-за высокого риска травмирования и возникновения чрезвычайных ситуаций. Следует рекомендовать проводить данные упражнения под присмотром третьего лица, способного оказать необходимую помощь при возникновении ситуаций, требующих посторонней помощи. Не рекомендуется проводить данные упражнения в бассейне, глубина которого превышает 2/3 роста пациента. Следует рекомендовать групповые занятия.

Рекомендуется назначение психотерапии большинству пациентов с хронической болью старше 60 лет с целью формирования позитивных копинг-стратегий, что увеличивает эффективность обезболивающей терапии.

Психотерапия – сложный метод психотерапевтического воздействия на пациента. Данные методы терапии могут использовать специалисты неврологи или психиатры, прошедшие соответствующее обучение. Нецелесообразно доверять проведение психотерапии психологам или другим специалистам, не обладающим соответствующей квалификацией. Данные методы терапии высокоэффективны и имеют существенные доказательные данные, если их проводят в соответствии с рекомендованными техниками. Имеет значение проведение когнитивно-поведенческих занятий в малых группах пациентов, со схожими медицинскими проблемами.

Рекомендуется консультация врача травматолога-ортопеда для подбора ортопедических приспособлений, средств малой адаптации (трости, ходунки и пр.), обуви и ортопедических стелек пациентам старше 60 лет с хронической болью и наличием гериатрических синдромов (старческая астения, саркопения, снижение мобильности, падения или их высокий риск, нарушения походки и равновесия, остеопороз) с целью повышения эффективности обезболивающей терапии.

Терапия хронической боли как и любая терапия у пациентов старше 60 лет направлена на повышение автономности, увеличение мобильности, повышение качества жизни и снижение зависимости от посторонней помощи. Достижение мобильности зачастую невозможно без использования ортопедических приспособлений и средств малой адаптации. У пациентов с деформацией пальцев стопы использование традиционной обуви без ортопедических приспособлений вызывает болевые ощущения, по причине которых ограничивается мобильность (пациенты перестают выходить из дома). Следует рекомендовать специальные средства и обувь, облегчающие использование последних,

согласовать стратегию расширения мобильности с ортопедом. Пациенты со страхом падений (и/или перенесённым падением) резко ограничивают мобильность, им следует подобрать соответствующие средства для ходьбы (трость, ходунки, специализированную обувь), уменьшающие риск падений.

Медикаментозное лечение. Медикаментозное лечение скелетно-мышечной боли слабой и умеренной интенсивности стоит начать только в том случае, если методы немедикаментозной терапии оказались неэффективными.

Фармакотерапия нейропатической боли может быть рассмотрена уже при первом контакте с пациентом, однако выбор лекарственных средств и режима их дозирования лучше проводить в рамках междисциплинарной гериатрической бригады (или после консультации с профильными специалистами, например, неврологом или эндокринологом).

Пациентов с онкологической болью стоит проконсультировать у врача по паллиативной медицинской помощи, это позволит выбрать наиболее приемлемую стратегию обезболивания, учитывая этапность подбора обезболивающих средств. Решение о назначении опиоидных анальгетиков следует принимать в ходе консилиума с врачом по паллиативной медицинской помощи, согласно действующим клиническим рекомендациям Минздрава России «Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи». Данные рекомендации содержат методологический подход к определению потребности в назначении опиоидных анальгетиков и выбор конкретных препаратов, в зависимости от степени тяжести клинического статуса пациента, интенсивности болевого синдрома и рефрактерности к другим методам обезболивания. Поскольку профильным специалистом является врач по паллиативной медицинской помощи, то целесообразно его участие в разработке индивидуального плана лечения пациента.

В любой ситуации выбор обезболивающих средств должен учитывать полипрагмазию, которая часто встречается у пациентов старше 60 лет с хронической болью и STOPP/START-критерии при назначении анальгетиков.

Рекомендуется назначение парацетамола в качестве инициальной терапии пациентам старше 60 лет с хронической болью слабой или умеренной интенсивности для купирования болевого синдрома.

Рекомендации по назначению парацетамола являются стандартными в большинстве мировых гериатрических ассоциаций. Следует назначать парацетамол в суточной дозе 3 г, а у пациентов со старческой астенией или старше 80 лет – не более 2 г в сутки. Необходимо предупреждать пациентов о наличии парацетамола в большинстве жаропонижающих препаратов и комбинированных препаратов с анальгетическим эффектом с целью более точного мониторингирования суточной дозы. Следует отметить, что в одном систематическом обзоре при боли в спине и ОА парацетамол не подтвердил свою эффективность, однако более поздние систематические обзоры доказали анальгетический потенциал препарата при тех же патологиях.

Рекомендуется назначение НПВП в минимально эффективных дозах короткими курсами (не более 14 дней) с учётом риска нежелательных эффектов со стороны ЖКТ и сердечно-сосудистой системы пациентам старше 60 лет с сильной ноцицептивной хронической болью в спине и/или суставах или в качестве компонента мультиmodalной терапии при онкологической боли.

Большинство НПВП убедительно доказали свою эффективность в терапии острой и хронической боли, в том числе у лиц старше 60 лет. Однако не желательные эффекты категории А (гастротоксичность, нефротоксичность, тромбозмболические осложнения, повышение АД) в совокупности с изменениями фармакокинетики у лиц старших возрастных групп требуют крайне серьёзного анализа клинической ситуации и взвешивания риска развития нежелательных эффектов. По той же причине не следует назначать НПВП длительными курсами. Стоит выбирать наиболее безопасные НПВП и назначать их в минимальных дозах, достаточных для развития обезболивающего эффекта. Несмотря на то что назначение НПВП лицам старше 60 лет носит условный характер, в большинстве международных рекомендаций, в разделах, относящихся к надлежащей клинической практике, указано о необходимости назначения НПВП в ряде клинических ситуаций.

Не рекомендуется назначение НПВП пациентам старше 60 лет с хронической болью и старческой астенией, перенесёнными сердечно-сосудистыми и цереброваскулярными катастрофами (или иными ситуациями,

связанными с высоким и очень высоким кардиоваскулярным риском), перенесёнными операциями на сосудах (в т.ч. сосудах сердца, шеи, головы, нижних конечностях), хронической болезнью почек при скорости клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин, поскольку риск развития нежелательных эффектов превышает пользу от их применения.

Высокий риск развития нежелательных эффектов при назначении НПВП в указанных группах пациентов превышает пользу от их использования. В данных клинических ситуациях имеются абсолютные противопоказания для назначения НПВП. Следует выбрать иные способы обезболивания или направить пациента в клинику боли и/или к профильному специалисту (невролог, ревматолог, ортопед, онколог, врач по паллиативной медицинской помощи).

Рекомендуется проведение тщательного мониторинга артериального давления пациентам старше 60 лет с хронической болью и артериальной гипертензией при назначении НПВП с целью коррекции гипотензивной терапии в случае повышения артериального давления.

Все НПВП повышают риск задержки жидкости в организме и дестабилизации цифр АД (нежелательный эффект категории А). Особые опасения должны вызывать пациенты с хронической болезнью почек и/или сахарным диабетом. Целесообразно поручить пациенту измерение артериального давления 3-4 раза в сутки в дни приёма НПВП и рекомендовать связаться с лечащим врачом, если артериальное давление не будет соответствовать индивидуальному целевому уровню. Следует помнить, что амлодипин позволяет улучшить контроль АД при назначении НПВП и должен быть включён в комплексную гипотензивную терапию пациента с хроническим болевым синдромом.

Рекомендуется назначение ингибиторов протонной помпы пациентам старше 60 лет с хронической болью при выборе НПВП в качестве обезболивающей терапии с целью профилактики развития НПВП-гастропатии и её осложнений.

Риск острого эрозивно-язвенного поражения желудочно-кишечной слизистой на фоне приёма НПВП резко увеличивается у пожилых пациентов с атеросклерозом аорты и сердечной недостаточностью, приводящих к хронической ишемии желудочно-кишечной слизистой оболочки. При появлении побочных эффектов от приёма НПВП в первую очередь необходимо пересмотреть показания к их использованию, а при невозможности отмены лекарства – уменьшить его дозу либо назначить препарат с наименьшим числом побочных эффектов. Полное прекращение приёма НПВП само по себе не приводит к разрешению НПВП-гастропатии у большинства пациентов. При выборе ингибиторов протонной помпы у пациента с сочетанной (ревматической, кардиологической и неврологической) патологией большую роль играют особенности лекарственного взаимодействия. Большое значение придаётся воздействию на изофермент печени CYP2C19, поскольку он участвует в метаболизме значительного количества лекарственных препаратов. Показано, что омега-3 и частично лансопразол замедляют метаболизм карбамазепина, циклоспорина, диазепам, дигоксина, нифедипина, фенитоина, теofilлина, варфарина, клопидогрела. Кроме того, важна pH-селективность ингибиторов протонной помпы, низкое значение которой обсуждается в качестве патогенетического механизма потенциальных побочных эффектов при длительной терапии ингибиторами протонной помпы, так как протонные помпы (H⁺/K⁺ – или H⁺/Na⁺-АТФазы) помимо париетальных клеток выявлены в клетках других органов и тканей: в эпителии кишечника и желчного пузыря, почечных канальцах, эпителии роговицы, мышцах, клетках иммунной системы (нейтрофилах, макрофагах и лимфоцитах), остеокластах и др.

Рекомендуется назначение противоэpileптических препаратов (прегабалин, габапентин) пациентам старше 60 лет с нейропатической болью с целью купирования болевого синдрома.

Эффективность и безопасность прегабалина и габапентина надёжно исследованы среди пациентов старших возрастных групп. Следует начинать терапию с минимальных доз (прегабалин – 75 мг, габапентин – 300 мг), постепенно титруя дозу до развития обезболивающего эффекта (максимальные дозы в РКИ для прегабалина – 600 мг, габапентина – 1800 мг). В первые дни приёма возможно развитие психотропного эффекта, заторможенности. Не рекомендуется управление автотранспортом при приёме данных препаратов.

Не рекомендуется назначение карбамазепина пациентам старше 60 лет с нейропатической болью по причине риска развития

гипонатриемии и блокады синтеза антидиуретического гормона.

Рекомендуется назначение антидепрессантов (дулоксетин) пациентам старше 60 лет с хронической нейропатической болью и противопоказаниями и/или непереносимостью антиконвульсантов с целью купирования болевого синдрома.

Терапию нейропатической боли стоит согласовать с врачом-неврологом.

Рекомендуется назначение комбинации противосеипептических препаратами и антидепрессантами пациентам старше 60 лет с нейропатической болью при неэффективности монотерапии указанными препаратами на протяжении 4-6 недель использования с целью достижения обезболивающего эффекта.

Возможность комбинированного лечения противосеипептическими препаратами и антидепрессантами указана в ряде клинических руководств. Однако данная терапия сопряжена с увеличением риска нежелательных эффектов у пациентов пожилого и старческого возраста, особенно с риском падений. Решение о необходимости данной терапии необходимо принимать коллегиально с врачом-неврологом. Кроме того, следует тщательнее мониторировать пациентов на комбинированной терапии указанными препаратами, а также реализовать более надёжные мероприятия по снижению риска падений и профилактике когнитивных нарушений.

Рекомендуется назначение антидепрессантов (дулоксетин) пациентам старше 60 лет с хронической болью при наличии симптомов депрессии с целью наиболее эффективного купирования болевого синдрома.

Не рекомендуется использовать венлафаксин из-за риска развития гипонатриемии, головокружения и боли в животе. Ряд исследований указал на прогипертензивный эффект венлафаксина у пациентов старших возрастных групп.

Не рекомендуется назначение бензодиазепина производных пациентам старше 60 лет с хронической болью из-за высокого риска развития нежелательных эффектов.

Среди пациентов старше 60 лет, принимавших бензодиазепина производные отмечается увеличение риска падений (на 20%), нарушений когнитивных функций.

Не рекомендуется назначение наркотических анальгетиков пациентам старше 60 лет с хронической болью неонкологического происхождения, поскольку нет надёжных доказательств их эффективности при хронической скелетно-мышечной и нейропатической боли.

Рекомендуется назначение местных форм НПВП (кремы, мази, гели, пластыри) пациентам старше 60 лет с болью в спине и/или суставах с учётом суммарной суточной дозы НПВП с целью купирования болевого синдрома.

Данные высокого качества с участием большого количества пациентов показали небольшие преимущества курса свыше 12 недель. Необходим тщательный контроль числа суставов, на которые наносится местный НПВП, а также сопутствующего использования любого перорального НПВП из-за потенциального риска превышения обихих рекомендуемых доз НПВП. Наиболее частыми побочными эффектами, связанными с применением местных форм НПВП, были местные кожные реакции, которые имели незначительный и преходящий характер.

Рекомендуется назначение лидокаина (пластырь, гель, крем) пациентам старше 60 лет с хронической нейропатической болью, включая постгерпетическую невралгию, с целью снижения интенсивности боли.

Топические формы лидокаина в концентрации не менее 5% способны снижать интенсивность нейропатической боли, включая случаи постгерпетической невралгии. Рекомендовано использовать кремы и пластыри. Возможно развитие слабых кожных реакций, исчезающих после прекращения использования.

Рекомендуется назначение колекальциферола пациентам старше 60 лет с хронической болью и недостаточностью или дефицитом витамина D с целью коррекции статуса витамина D и повышения эффективности обезболивающей терапии.

Препараты колекальциферола и его аналогов относятся к числу наиболее хорошо переносимых и безопасных средств. Побочными эффектами терапии витамином D являются: гиперкальциемия, повышение активности печёночных ферментов, уровень мочевины и креатинина, реже – зуд и сыпь, повышение артериального давления. При назначении этих средств необходим контроль содержания кальция, фосфора, креатинина, активности трансаминаз и щелочной фосфатазы. При возникновении побочных эффектов или увеличении уровня кальция выше 2,75 ммоль/л рекомендуется

отменить лечение на 7-10 дней, а затем возобновить его с использованием уменьшенной на 50% дозы, контролируя общее состояние пациента и уровень кальция в крови.

Дефицит витамина D соответствует концентрации 25(OH)D3 < 20 нг/мл (50 нмоль/л), недостаток витамина D – 25(OH)D3 от 20 до 30 нг/мл (от 50 до 75 нмоль/л), адекватный уровень – более 30 нг/мл (75 нмоль/л). Рекомендуемый целевой уровень 25(OH)D3 при коррекции дефицита витамина D составляет 30-60 нг/мл (75-150 нмоль/л). Для профилактики дефицита витамина D рекомендуется назначать не менее 800-1000 МЕ витамина D или его производных в сутки, для поддержания уровня 25(OH)D более 30 нг/мл может потребоваться потребление не менее 1500-2000 МЕ витамина D в сутки. Рекомендуемым препаратом для лечения дефицита витамина D является колекальциферол. Лечение дефицита витамина D у взрослых рекомендуется начинать с суммарной насыщающей дозы колекальциферола 400 000 МЕ) с дальнейшим переходом на поддерживающие дозы.

Рекомендуется назначение хондроитина сульфата (ХС) пациентам старше 60 лет с болью в суставах и противопоказаниями к НПВП или старческой астенией с целью купирования боли и профилактики обострений болевого синдрома.

Большая часть ХС выпускается в виде форм для перорального применения, биодоступность которых, по данным клинических исследований, составляет 13-38% из-за разрушения молекул ХС в желудочно-кишечном тракте. Внутримышечное (в/м) введение препарата позволяет увеличить биодоступность ХС, что может не только повышать эффективность терапии, но и приводить к более быстрому развитию симптоматического эффекта. В РФ доступны парентеральные формы хондроитина сульфата фармацевтического качества, эффективность которых доказана в РКИ. Для купирования болевого синдрома в суставах рекомендуется использовать парентеральные формы хондроитина сульфата в дозе 100-200 мг в сутки, через день, общая продолжительность курса лечения – 25-30 инъекций. Имеющиеся доказательства относятся в первую очередь к остеоартрозу коленного сустава, тогда как для ОА тазобедренного сустава имеющихся доказательств недостаточно. Использование хондроитин-сульфата также может быть рекомендовано для пациентов с генерализованным остеоартрозом и старческой астенией.

Рекомендуется назначение глюкозамина пациентам старше 60 лет с болью в суставах с целью купирования болевого синдрома.

Имеющиеся доказательства эффективности глюкозамина при боли в суставах относятся к фармацевтической субстанции. Целесообразно использовать пероральные формы в дозе 1500 мг в сутки на протяжении 12 недель, курс можно повторять с интервалом 2 месяца. Размер клинического эффекта для глюкозамина при боли, оцениваемый по результатам анализа плацебоконтролируемых исследований, можно считать умеренным при 0,27 (SMD) и метаанализ с фиксированной моделью), но он больше, чем у парацетамола (с размером клинического эффекта от 0,14; 95% ДИ 0,05-0,22) и в том же диапазоне, что и при коротком назначении пероральных НПВП (размер клинического эффекта 0,29; 95% ДИ 0,22-0,35). Недавно опубликованные исследования демонстрируют, что глюкозамин может быть использован как адьювантное средство при назначении НПВП, приводя к развитию анальгетического и противовоспалительного эффекта на меньших дозах НПВП. В РФ доступны парентеральные формы глюкозамина фармацевтического качества, эффективность которых доказана в РКИ.

Рекомендуется внутрисуставное введение глюкокортикостероидов пациентам старше 60 лет с хронической болью в коленных суставах при неэффективности вышеуказанных мероприятий и/или синовите с целью купирования болевого синдрома и профилактики обострений хронической боли.

Рекомендуется внутрисуставное введение гиалуроновой кислоты пациентам старше 60 лет с хронической болью в коленных суставах при неэффективности вышеуказанных мероприятий, с целью купирования болевого синдрома и улучшения функций коленных суставов.

Внутрисуставное введение глюкокортикостероидов может обеспечить кратковременное облегчение боли, в то время как внутрисуставное введение препаратов гиалуроновой кислоты уменьшает боль свыше 12 недель после введения и обладает более благоприятным профилем безопасности при длительном лечении, чем повторное внутрисуставное введение глюкокортикостероидов.

(Окончание следует.)

– Павел Георгиевич, почему вы стали военным хирургом?

– Когда я учился на лечебном факультете Львовского мединститута, военная медицина меня не интересовала. К его окончанию я был уже почти сформированным хирургом. Моим учителем хирургии был профессор Георгий Григорьевич Караванов, который учил меня не только технике хирургии, но и привил интерес к научным исследованиям. Но в 1961 г. был объявлен набор в армию. Перед этим Хрущёв вдвое сократил её, а когда международная ситуация обострилась, армию надо было срочно воссоздавать. Точно как сегодня. А где взять специалистов? Все мои друзья из Политехнического института угодили в армию лейтенантами. То же самое произошло и с врачами. Наш украинский вуз отдал в армию всех русских. И все мы навсегда уехали из Львова. Мне говорили: «Как же так, вас считали первым учеником, а вы едете на Дальний Восток, откуда никогда не возвращаются». А потом шла борьба за своё будущее.

На 6-м курсе я зачислался «Очерками торакальной хирургии» Н.Амосова. Во Львове торакальной хирургии не было. На госэкзамене ректор Днепропетровского мединститута профессор Д.Чухриенко пригласил меня в ординатуру, сказав, что собирается развивать торакальную хирургию и ему нужны такие фанаты. Я думал, что отслужу 3 года и поеду к нему. А когда прибыл на службу, узнал, что уволиться можно только через 25 лет. «Отсюда ещё никто не выбивался», – сказали мне.

– Но вы всё же выбились...

– Это теперь интересная история. В Военно-медицинской академии в те годы говорили, что пробиваться надо по Брюсову. Меня вела мечта – торакальная хирургия. Я понимал, что на гражданку меня не отпустят и надо искать место в военной хирургии. «Свобода – это осознанная необходимость», – вспомнилось выражение Спинозы. Я понял, что нужно найти своё достойное место в Вооружённых силах. Поэтому в свой первый отпуск я поехал в Военно-медицинскую академию с целью узнать, где обучают торакальной хирургии. Оказалось – на кафедре госпитальной хирургии, во главе которой стоял генерал Иван Колесников, мой будущий учитель, которому я безмерно признателен за школу хирургии. Вот на стене висит его портрет, который я попросил нарисовать художника. Хотя первый разговор с генералом не получился. Я пришёл к нему с рекомендательным письмом от своего учителя профессора Г.Караванова и начал рассказывать о своих устремлениях. Он терпеливо выслушал меня и сказал: «Вы старший врач полка, лейтенант. У вас огромная должность, майорская. Вы находитесь на своём месте, вы там очень нужны. Поезжайте в часть и служите достойно. Мы вас принять не можем, так как берём только тех, кого хорошо знаем со студенческой скамьи. Если я возьму вас, то могу совершить ошибку. А такую ошибку Военно-медицинской академии совершать нельзя». Для меня это был ушат холодной воды. Я сказал ему: «Товарищ генерал, разрешите мне приезжать к вам, работать в перевязочной, в операционной, с больными, потому что я хочу изучать торакальную хирургию». Он удивился, но разрешил. И каждый свой отпуск в течение 6 лет я проводил в его клинике. На третий год генерал меня подзывает и говорит, что примет меня, если я буду к нему поступать. Но меня не отпускали из полка из-за дефицита кадров. И только когда из-за тяжёлой болезни сына меня перевели на Украину, ситуация изменилась. Там в полку я вёл научную работу – изучал развитие язвенной болезни у молодых солдат из-за стрессовых факторов, делал гастроскопию. И тут мои документы наконец прошли все инстанции и поступили на конкурс в Военно-медицинскую академию, и И.Колесников взял меня в ординатуру на свою кафедру. С первого же

Профессору кафедры хирургии с курсом онкологии и лучевой диагностики филиала Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, консультанту-хирургу Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко, генерал-майору медицинской службы в отставке, профессору, заслуженному деятелю науки РФ, лауреату Государственных премий СССР и РФ Павлу БРЮСОВУ исполнилось 85 лет. В 1961 г. он окончил Львовский медицинский институт и был призван в армию. В 1989-1998 гг. был главным хирургом Министерства обороны. Владеет польским и ан-

глийским языками. В рабочем кабинете П.Брюсова висит портрет его учителя – академика АМН СССР Ивана Колесникова в окружении снимков знаменитых военных хирургов, включая Николая Пирогова. Профессор ответил на вопросы корреспондента «МГ» Болеслава ЛИХТЕРМАНА, которому подарил третье издание своей книги «Дневник главного хирурга», посвящённой военно-полевой хирургии во время войны на Северном Кавказе в 1990-е годы, и только что вышедший под его редакцией русский перевод мемуаров знаменитого профессора хирургии Фердинанда Зауэрбруха.

Авторитетное мнение

Нужно быть первопроходцем

Кредо профессора Брюсова



месяца я был включён в бригаду по пересадке сердца (в группу трансфузиологов), которую возглавлял главный хирург Министерства обороны академик А.Вишневский. Нас перевели на казарменное положение, обычно мы занимались плановой работой и ждали донора для операции трансплантации сердца. И вот 4 ноября 1968 г. А.Вишневским и подготовленной бригадой специалистов она была выполнена. Технически операция была сделана безукоризненно. Но непосредственный исход этой операции и последовавшая за ней ещё одной трансплантации сердца, а затем трансплантации лёгкого был неудачными. Негативная позиция в то время Министерства здравоохранения и лично министра академика Б.Петровского по вопросам трансплантации сердца не способствовали продолжению этих работ. Потому всю нашу группу на кафедре госпитальной хирургии расформировали, отделение трансплантации, возглавляемое профессором Ф.Балюзеком, закрыли. А меня после окончания ординатуры в 1970 г. направили в Москву в Главный госпиталь им. Н.Н.Бурденко ординатором отделения торакально-сосудистой хирургии. С первых месяцев пребывания в госпитале я составил себе план научной работы на год. Когда я однажды представил его главному хирургу госпитали профессору М.Шеляховскому и сказал о готовности выполнить его по всем заявленным 44 пунктам, он воскликнул: «Товарищ капитан, вы понимаете, что вы планируете? Это же задача целого госпиталя, а вы собираетесь в одиночку выполнить её за 1,5-2 года». Я ответил, что такой привычке я научился у своего учителя И.Колесникова, ставя задачи на перспективу. Старшие коллеги советовали брать узкую тему, которую можно разрабатывать всю жизнь. Я отвечал, что пока хочется знать всё. Каждый месяц у меня был план прочитывать все

русские хирургические журналы и до 10 зарубежных по моим темам, накапливать материал.

– Где же взять столько времени?

– Вечером, ночью. У меня была теория, как из 24 часов сделать 28. Например, 4 часа я работал в библиотеке с переводчиком (английский я тогда не знал, потом его сам выучил) и считал их выигрышем во времени. Ну, а для сна мне было тогда достаточно 4 часов.

– Наверное, для хирургии важны природные данные?

– Знаменитый советский хирург С.Юдин говорил, что «хирургии учатся долгие годы, но и тогда не каждому это удаётся в равной степени». Хирургом очень высокого уровня становится один из немногих. Степень надёжности хирурга зависит от его профессионализма, который вырабатывается годами труда и в какой-то мере определяется генетическими способностями. Например, академик РАН М.Давыдов демонстрировал редкую технику оперирования, у него никогда не бывало несостоятельности швов различных анастомозов. Он был в 80-е годы молодым доктором наук, а я, генерал, учился у него тогда новым операциям на пищеводе.

– Чему были посвящены ваши диссертации?

– Кандидатская была посвящена кровопотере при операциях на лёгких, а докторская стала её продолжением в широком контексте с учётом концепции геморрагического и травматического шока. Моя жизненная практика складывалась из этапов работы в ряде отделений, и каждый давал мне колоссальный опыт на всю оставшуюся жизнь. Так, будучи клиническим ординатором на кафедре хирургии, я три месяца проработал в реанимации у профессора Ю.Шанина. Познал основы реаниматологии и увидел всю её ценность и необходимость для хирурга. Когда пришёл в госпи-

таль, занялся сердечно-сосудистой хирургией под руководством прекрасного хирурга Б.Ласточкина. Через год-два я ею овладел и даже начал писать статьи, готовил докторскую диссертацию по ранениям сосудов и ишемии. Но затем меня перевели на год в абдоминальную хирургию, где я старался не пропускать операции начальника отделения М.Гулякина, обладавшего филигранной техникой владения скальпелем. Ещё через год я стал старшим ординатором открывшегося отделения лёгочной хирургии. Мечта сбылась! Мне удалось быстро освоить весь объём торакальных вмешательств, а дальше началось движение вперёд: разработка реконструктивных операций, развитие бронхиальной хирургии и операций на трахее, освоение видеоторакоскопических операций на лёгких. Кстати, подобное пребывание и обучение молодого хирурга в ряде отделений раньше широко практиковалось в госпитале, что давало огромный кругозор врачу.

Нужно быть первопроходцем, новатором. Ты делаешь операцию, и тебе начинают подражать. Я этому только радовался. Мои ученики должны идти дальше меня. Через 16 лет после направления в Москву стал главным хирургом госпиталя им. Н.Н.Бурденко. И сразу же поставил задачу, что мы каждый день должны делать хоть небольшой, но обязательный шаг вперёд, осваивать то, чем не владеем. Недостатком знаем хирургию печени? Приступаем к освоению новых вмешательств. Посылаем своих хирургов на учёбу. Приглашаем специалистов на одну-вторую операцию. То же самое с хирургией поджелудочной железы. Учимся у мэтров, приглашаем к себе и развиваем новое направление в своём госпитале до их уровня. Я каждого предупреждал, что всё это пригодится, если начнётся война. Чтобы не учиться на раненых в медсанбате. Вы должны делать так, чтобы у вас выживали почти все раненые.

– Вы были последним главным хирургом Министерства обороны СССР и первым главным хирургом Министерства РФ. Была ли разница?

– Уменьшился объём работы, а система, к счастью, не изменилась. Главное военно-медицинское управление России сохранило все достижения советской военной медицины, а военные хирурги помнят и знают наставления основоположника отечественной военно-полевой хирургии первого главного хирурга Рабоче-крестьянской Красной армии Н.Бурденко.

– Вы разработали доктрину военно-полевой хирургии. Чем она отличалась от предыдущей?

– Доктрины военно-полевой хирургии как таковой в стране не было. Была доктрина военной медицины, выдвинутая в 1942 г. начальником Главного военно-

санитарного управления РККА Ефимом Ивановичем Смирновым. Каждый военный врач должен знать её положения. Фактически Е.Смирнов сузил военно-медицинскую доктрину до положений хирургии, считая её основным видом медицинской помощи на театре войны. Но Николай Нилович, семитомник которого я прочёл от и до, всё время говорил, что нужна отдельная военно-хирургическая доктрина. Между главным хирургом Красной армии Н.Бурденко и Е.Смирновым, видимо, были расхождения. Е.Смирнов полагал, что доктрину должен излагать не хирург, а администратор. Всю Великую Отечественную войну его доктрина прекрасно работала. Но медицина развивается. И непременно должна быть доктрина военно-полевой хирургии так же, как может быть доктрина военно-полевой терапии. Как показала нам пандемия коронавируса, в одной войне может превалировать хирургия, а в другой – инфекционные болезни. Каждая специальность должна иметь свои доктринальные положения. Я изложил свою концепцию в Вене на Всемирном конгрессе хирургов в 1999 г., и хирурги ведущих стран мира согласились с предложенными мной положениями и временными интервалами оказания помощи раненым.

– В «Дневнике главного хирурга» вы описываете свой опыт первой чеченской войны 1994-1996 гг. Насколько он сейчас актуален?

– Это уже история. Сегодня совершенно другая война. Как говорил Черчилль, генералы всегда готовятся к прошедшей войне. Мы тщательно изучили опыт афганской войны и использовали его в чеченской войне. Это так называемый двухэтапный вариант оказания медицинской помощи, когда буквально с поля боя вертолётными забирали раненых и транспортировали их в полевой госпиталь, где бригада хирургов выполняла неотложные операции, спасавшие жизнь раненым. Стало ясно, что чем лучше мы оснащены средствами эвакуации (авиатранспортом), тем быстрее можем доставить раненого туда, где ему окажут необходимую помощь. Сегодня наша военная медицина хорошо насыщена санитарными вертолётными, оснащёнными современными модулями (т.е. аппаратурой, оборудованием, инструментарием и медикаментами на уровне хорошей клиники). Если с раненым что-то случается в воздухе, то у специалистов (реаниматолога или хирурга) есть всё для оказания необходимой помощи. Моя концепция заключалась в придании решающего значения неотложным медицинским мероприятиям на каждом этапе эвакуации. Сегодня 70-80% ранений вызваны взрывной травмой. Отличие в том, что ранения более тяжёлые, чем во всех предыдущих войнах. Во-вторых, эвакуация более длительная. Линия фронта растянута. Но этапы оказания помощи остались такими же. Мы их сохранили, несмотря на пятикратное сокращение военной медицины в 2008-2010 гг. Тогда сокращение армий шло во всех странах, но военных медиков в НАТО берегли, сокращения они избежали.

– Позвольте процитировать отрывок из вашей книги о 90-х годах прошлого столетия: «Сегодняшних руководителей страны медицинское обеспечение войск волнует мало, значит, потом, когда «грянет гром», нас ждут тяжёлые последствия такой непрофессиональной политики».

– Мы это видели на примере мобилизации, когда хирургов (как и других врачей, фельдшеров) брали пехотинцами, потому что в военкоматах они хирургами не значились. Потом врачей из пехотинцев в медицинских отрядах спецназначения или медбатах зачисляли санитарями. Затем думали, как обойти установок кадровиков, чтобы дать этим хирургам возможность оперировать, сменить автомат на скальпель. Непрофильная мобилизация врачей является недопустимым просчётом, особенно в условиях

кадрового голода и дефицита врачей в стране.

– **Сейчас говорят о восстановлении военных кафедр в медвузах...**

– Это трудно решаемый вопрос. В резолюции XIV съезда Российского общества хирургов, проходившего в ноябре 2022 г. в Москве, представлено обращение в Министерство обороны и Министерство здравоохранения РФ с ходатайством о возвращении военных кафедр в медицинские высшие учебные заведения. Кроме того, было заявлено о необходимости медицинским вузам ввести в учебные планы дисциплины «Военно-полевая хирургия» и «Военно-полевая терапия» на старших курсах обучения. Но ведь многие годы Минздрав вычёркивал эти дисциплины, как и эти термины, из всех учебных программ. И они были почти полностью забыты. В первые же дни проведения специальной военной операции порочность такой политики стала явной, врачи прифронтовых гражданских больниц оказались в центре военной медицины без базисных знаний о теории и практике военно-полевой хирургии и её организации.

В отношении военных врачей начальный Военно-медицинской академии академик РАН Е.Крюков даёт более спокойную оценку и говорит, что академия с подготовкой кадров справится самостоятельно. Да и восстановить ликвидированные 4 военно-медицинских института не удастся. Кадры потеряны навсегда, как и территории. Так, у меня на кафедре онкологии было 10 преподавателей, в том числе 6 докторов наук. Кафедру ликвидировали в 2009-м, сделав курс онкологии, где остался только один преподаватель (профессор Брюсов. – **Б.Л.**) при многократно возросших требованиях. Все сотрудники ушли в гражданскую медицину и для военной медицины были потеряны навсегда.

– **Отличается ли наша военная медицина от зарубежной?**

– До 1991 г. развитие военной медицины в СССР шло наравне с США. У нас была всеми признаваемая советская школа военно-медицинской подготовки. После 1991 г. в теории и практике развития военной медицины лидерство взяли на себя американцы. У них феноменальные средства финансирования и состав преподавателей. Уволенных в отставку военных хирургов они тут же берут на свои кафедры, сберегая таким образом опытные кадры. Кафедра хирургии в Бетесде (США) на базе госпиталя Уолтера Рида насчитывает около 500 человек. Там появились мединародные профессора, которые ежегодно читают лекции в какой-то стране и рекламируют американскую медицину. А нам воссоздать даже один военно-медицинский институт немислимо из-за отсутствия кадров и невозможности увеличить штатное расписание. В первую очередь ведь нужно создать медбаты в вводных дивизиях, беспощадно разрушенные в 90-е годы. Бороться за прогресс можно, но мы после 1991 г. стали страной, экономящей на всём.

– **В своей книге вы пишете, что соотношение убитых и раненых в нашей армии составляло 1 : 3.**

– Это стандарт, установленный ещё в Первую мировую войну. Почему за этим стандартом следят? Потому что, если он составляет 1 : 2 или 1 : 1, значит, раненых с поля боя не уносят – командиры их бросают. Американцы показали, что во Вьетнаме это соотношение у них было 1 : 6. Это колоссальный показатель, к которому мы придём нескоро и то только тогда, когда всё сделаем в рамках «тактической медицины» – единой системы оказания догоспитальной помощи с применением современных технологий спасения жизни раненого.

– **Почему?**

– Нам сейчас очень важно знать, сколько раненых остаётся на поле боя, из-за чего они там остаются, как сделать так, чтобы этого не было. Хирурги научились хорошо оперировать. Сейчас, во время во-

енных действий, у нас будет целое поколение хорошо обученных хирургов. Но это на этапе хирургическом. А вот как до хирурга донести и не потерять раненых? Для этого мы должны провести вскрытие убитых: почему погиб раненый? Так, как это было сделано в Афганистане и Чечне. Но все наши данные пока закрыты. Американцы свои результаты раскрывают, поэтому идут впереди. И у нас может быть ничуть не хуже при вложении сил, средств и разработке собственной концепции.

– **В своей книге вы процитировали главного хирурга госпиталя Бурденко Ф.Берёзкина: «Хирургия должна быть нравственной». Что вы понимаете под нравственностью в хирургии?**

– Во-первых, нравственность в том коллективе, где трудится врач. Все его слова и действия должны отвечать моральным и этическим канонам, принятым в обществе. Например, когда коллега ворует у своего же товарища какой-то материал и публикует его под своей фамилией, это безнравственно. Во-вторых, взаимоотношения с пациентами. Врач не должен быть стяжателем. Когда я оканчивал мединститут, мы устроили на лечебном факультете диспут по вопросу, могут ли быть денежные отношения между врачом и пациентом. Нет, не могут – казалось бы, самый верный ответ. Но из 120 человек меня поддержали только трое. Печальный итог. В своей врачебной жизни у меня всегда была уверенность, что государство платит мне достаточно. Мне повезло, что я был военным, в 60-80-е годы это гарантировало решение жилищных и денежных проблем.

– **Могли ли вы, учась во Львове, представить нынешний конфликт?**

– Могли. Нам об этом изредка напоминали наши сокурсники-украинцы: «Часы ся змінять» (времена сменяются), выдавая это за невинные шутки. Были и ещё неприятнее, но не хочется их вспоминать. Они повторяли то, что слышали у себя дома, где, видимо, часто обсуждали эти проблемы.

– **А школа у вас есть? Кто ваш преемник?**

– Все главные хирурги округов, флотов, госпиталей в 90-е годы – мои ученики и последователи. Это школа военно-полевой хирургии. Они учились в боях, медсанбатах, полевых госпиталях, где я был и оперировал неоднократно. С начала 2000-х годов, когда я возглавил кафедру онкологии, начал формировать школу военных онкологов. Открытая онкохирургия была учебным полем для любого хирурга и фактически бесценным опытом для тех, кто идёт в полевые госпитали во время войн. Ну и научная школа в виде 64 моих диссертантов, где каждая работа – это шаг вперёд в обобщении опыта, исследовании новых методов лечения, достижении оптимальных результатов лечения раненых и больных.

Сегодня главным хирургом Министерства обороны РФ является доцент Александр Петрович Чуприна, боевой, активный хирург. Мы с ним «одной крови» – он также пришёл в госпиталь из клиники госпитальной хирургии Военно-медицинской академии, также почитает нашего учителя И.Колесникова и также начал свой путь главного с изучения трудов Н.Бурденко.

– **Будучи главным хирургом Минобороны, вы являлись чиновником?**

– Про Н.Бурденко профессор С.Юдин писал, что он, будучи администратором, отвоевал у своего руководства право на оперирование. А я такое право не отвоёвывал, я оставался оперирующим хирургом всё время службы. Я не мог жить без сложных операций. Мои телефоны знали военные хирурги во всех округах и госпиталях страны, отовсюду в любое время дня и ночи сообщали о всех серьёзных заболеваниях, травмах, и я способствовал быстрой доставке таких пациентов на операцию в наш госпиталь или Военно-медицинскую академию.

– **Какое у вас кредо?**

– Я верю в мою страну. Мне больно за отношение к моему Отечеству в странах Европы и США, за вероломные планы уничтожения России. Но я верю, что Россия соберётся и победит в сегодняшнем противостоянии с НАТО. Я не желаю смерти всего живого на земле и атомной войны на уничтожение. Но я понимаю, что стране нужно быстро мобилизовать все свои силы, все самые современные средства борьбы, чтобы выстоять. Хотелось бы большей активности некоторых руководителей и более понятного объяснения тактики на победу. Страна учится в бою, учится, чтобы одолеть коварного врага. И военная медицина быстро учится и совершенствуется вместе с армией страны.

А медицинское кредо – быть настоящим руководителем хирургов, вести за собой молодых специалистов. Ты должен быть безукоризненным профессионалом, чётким во всех действиях, знать всё в военно-полевой хирургии и не только свою дисциплину. Когда все в замешательстве и нерешительности, ты должен взять на себя всю ответственность руководителя, стать первым к операционному столу, чтобы показать, что ты не только хороший организатор медицины, но и настоящий профессионал в хирургии войны. А заложенный твоими учителями профессиональный уровень должен ежедневно повышаться.

– **Есть ли у вас какие-то увлечения помимо работы?**

– У меня был первый разряд по волейболу, я играл за сборную города. Потом было увлечение большим теннисом. Обожаю беговые лыжи. Зимой я приходил с работы в 10 вечера (раньше не получалось), ужинал и в 11 вставал на лыжи. Мы с моим соседом за час проходили свою «десятку» по трассе. Вернувшись, принимал душ, просматривал бумаги и в два-полтретего ложился спать, чтобы утром, в шесть-полседьмого встать и выезжать на работу. Лыжи быстро восстанавливали меня физически, вот почему я всегда мечтал о наступлении зимы. Кроме того, два раза в неделю посещал фитнес-центр, в течение 3-4 часов занимался на тренажёрах, плавал, ходил в сауну, делал массаж, да и просто спал. Это хороший метод восстановления после нелёгкого рабочего дня. Правда, теперь интенсивно тренироваться я уже не могу. Год за годом вынужден снижать нагрузку. Также был предан театру – знал все постановки и ведущих актёров. Читал все толстые журналы, «Литературную газету». Там про меня недавно написали как про родственника (внучатого племянника) поэта В.Брюсова. К сожалению, после разрушения квартиры-музея поэта в 80-х годах и ухода из жизни многих истинных брюсоведов наши контакты с литературным музеем и даже с музеем Серебряного века (домом Брюсова) практически прекратились.

– **Как отмечался ваш юбилей?**

– Торжества по случаю моего юбилея завершились актуальной научно-практической конференцией «Военно-полевая хирургия в XXI веке: итоги вооружённых конфликтов», на которую собрались ведущие военные хирурги страны. Были выступления многих знаменитых хирургов России, поздравления от Международного общества хирургов, а также от президента и моих зарубежных коллег из Международного общества военных хирургов имени Амбруаза Паре. Позади 30 лет международных контактов, выступления во многих странах мира на международных конгрессах хирургов, на которых я выступал всегда с одной мыслью – показывать высокий уровень отечественной военной хирургии, ничуть не уступающей натовскому. Сегодня все наши достижения реализуются в спасении жизни раненых солдат и офицеров, вставших в жестокой битве на защиту Отечества.



Фото автора.

Перспективы

Жить ярко в любом возрасте

В Институте изучения старения начнут обучать особенностям иммунной системы пожилых людей

В Институте изучения старения Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова начинается обучение врачей общей практики, терапевтов, аллергологов-иммунологов, гериатров по новой программе повышения квалификации «Inflammaging как основа возрастассоциированных заболеваний». Курс будет проводить новое подразделение – лаборатория иммунологии старения. Об особенностях программы мы узнали у одного из её составителей Татьяны ГРОМОВОЙ, научного сотрудника лаборатории иммунологии старения Института изучения старения Российского геронтологического научно-клинического центра РНИМУ им. Н.И.Пирогова кандидата биологических наук.

– **Татьяна Вячеславовна, что означает термин Inflammaging?**

– Inflammaging – хроническое воспаление, которое развивается с возрастом при отсутствии явной инфекции и может способствовать проявлению других возрастных патологий. Это состояние характеризуется высоким уровнем провоспалительных маркёров в клетках и тканях. Впервые термин был введён в 2000 г. Клаудио Франчески.

– **Как воспаление влияет на скорость старения?**

– Существуют убедительные доказательства того, что воспаление считается фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и других болезней, связанных с возрастом. Вопрос о том, способствует ли оно появлению возрастной патологии или является маркёром, до сих пор обсуждается. У долгожителей воспаление может развиваться медленнее или быть сбалансированным противовоспалительным ответом.

– **В чём уникальность новой программы повышения квалификации?**

– Программа позволит получить знания об особенностях структурно-функциональной организации иммунной системы пожилого возраста и патогенезе возрастассоциированной патологии. В ходе обучения специалисты улучшат свои профессиональные компетенции, овладеют основными подходами к оценке состояния иммунной си-

стемы человека и методикой сбора иммунологического анамнеза. Освоив программу, врачи научатся определять состояние иммунной системы по данным иммунограммы и результатам лабораторной оценки её показателей, а также обнаруживать симптомы и проявления основных нозологических форм заболеваний, связанных с нарушениями в данной системе. Приобретённые навыки и умения помогут специалистам в повседневной практике при работе с пациентами старших возрастных групп.

– **Расскажите, пожалуйста, подробнее о процессе обучения. Какие модули, лекции и практические занятия включены в программу, как будут проходить занятия?**

– В программу входят два модуля: «Возрастные изменения иммунной системы при старении» и «Возрастассоциированные заболевания. Патогенез. Подходы к терапии». Занятия будут проводиться в очной форме в течение 3 дней в неделю по 6 академических часов ежедневно.

В первом модуле предполагается проведение таких лекций, как «Общие представления об иммунной системе человека; врождённый иммунитет». «Особенности при старении; адаптивный иммунитет». «Возрастные изменения».

Также пройдёт одно практическое занятие на тему: «Оценка иммунной системы человека. Возрастные изменения иммунограммы».

Второй модуль включает такие лекции, как «Воспалительное старение – основа возрастассоциированных заболеваний (нейродегенеративные, сердечно-сосудистые)»; «Аутоиммунные и аллергические заболевания у пожилых»; «Коронавирусная инфекция: особенности иммунопатогенеза у старших возрастных групп»; «Иммунная система – мишень для антивозрастного воздействия».

По завершении обучения слушатели получают удостоверение о повышении квалификации.

– **Когда планируется начать обучение?**

– Обучение будет проходить в апреле и сентябре 2023 г.

**Беседу вёл
Иван АЛЕКСАНДРОВ.**

Ориентир

С вертолёта — на операцию

Провести срочную операцию 9-летней пациентке в её родном городе Советский Ханты-Мансийского автономного округа – Югры не представлялось возможным. Поэтому для оказания необходимой помощи она была отправлена в Сургут бортом санавиации Центра медицины катастроф. Перелёт занял около 3 часов. В Сургутской городской клинической больнице юную пациентку уже ждали специалисты – хирурги-гинекологи.

«У девочки была диагностирована дермоидная киста и перекрут яичника на 180 градусов. За счёт перекрута сформировался отёк, стаз и ишемия, что дало сильный болевой симптом, – прокомментировала заведующая гинекологическим отделением, акушер-гинеколог высшей категории Гульнара Духина. – В экстренном

порядке эндоскопическим путём была проведена операция, в ходе которой удалось устранить перекрут. Кровообращение в придатках было восстановлено, что дало перспективы к их сохранению. Также была проведена кистэктомия. Операция велась с применением хирургии Fast track, сразу после оперативного вмешательства девочку перевели в палату».

При этом благодаря оперативности, слаженным действиям всей команды врачей, а также богатому опыту, накопленному за много лет оказания хирургической помощи детям, удалось сохранить репродуктивную функцию пациентки. По словам специалистов, после операции она чувствует себя хорошо, выписка пройдёт в плановом порядке.

Алёна КСЕНИНА.

Сургут.

Госдума РФ награждает

В ректорате Смоленского государственного медицинского университета депутат Государственной Думы РФ Николай Щеглов вручил благодарности Комитета Госдумы РФ по охране здоровья за высокий профессионализм, добросовестный труд и большой личный вклад в развитие отечественного здравоохранения заведующему кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического и стоматологического факультетов Сергею Крюковскому и заведующему кафедрой травматологии и ортопедии с военно-полевой хирургией Анатолию Овсянkinу. А благодарственным письмом депутата награждены заведующая кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Елена Кузмина, заведующий кафедрой детской стоматологии с курсом ортодонтии Николай Гинали и заведующая кафедрой фтизиопульмонологии Татьяна Мякишева.

Как сообщил корреспонденту «Медицинской газеты» ректор СГМУ член-корреспондент РАН Роман Козлов, в ходе награждения Н.Щеглов, поздравляя учёных, особо подчёркивал их успехи в научно-педагогической деятельности и их стремление воспитывать у студенчества научный склад ума.

Если брать пример, то со «старосты года»

В Казани в культурно-развлекательном комплексе «Пирамида» состоялась церемония награждения Республиканской премией для обучающихся по программам высшего образования «Студент года Республики Татарстан – 2022». Организатором мероприятия является региональная молодёжная общественная организация «Лига студентов РТ» при поддержке



А. Раимова

Министерства по делам молодёжи Татарстана совместно с Советом ректоров республики.

В этом году на конкурс поступило 435 заявок из 28 вузов региона. Конкурс проходил по 18 номинациям: «Староста года», «Интеллект года», «Иностранец года», «Спортсмен года», «Творческая личность года», «Медийщик года», «Доброволец года», «Общественник года», «Гран-при», «Орган студенческого самоуправления года», «Студенческая научная организация года», «Студенческая организация года», «Студенческий творческий

В медицинских вузах страны

Студенческие победы в науке



Благодарственное письмо получает А. Овсянkin (справа)

коллектив года», «Студенческое медиа года», «Студенческий проект года», «Студенческий спортивный клуб года», «Студенческий совет общежития года», «Патриотическое объединение года».

Аделина Раимова, студентка Казанского государственного медицинского университета, стала победителем в номинации «Староста

науки Ильсур Хадиуллин, министр спорта Владимир Леонов.

Возможность становится реальностью

Обладателем Российской национальной премии «Студент года» (федеральный конкурсный и образовательный проект Российского союза молодёжи) стал студент медико-психолого-фармацевтического факультета Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф. Войно-Ясенецкого Андрей Кучеренко, победивший в специальном открытом треке «Студент года. Медики» в номинации «Фармация».

Для участников номинации было подготовлено пять испытаний: самопредставление, тестирование по теме «культура народов России», оценка компетенций, медицинский лекторий и ситуационная задача. По сумме баллов, выставленных членами жюри, будущий провизор А. Кучеренко и был признан победителем.

Цель этого образовательного проекта – выявление и поддержка обучающихся образовательных организаций России, у которых есть особые достижения в области профессиональной деятельности, творчества, спорта, молодёжной политики, студенческого лидерства, общественной деятельности и добровольчества.

С 2019 г. проект входит в президентскую платформу «Россия – страна возможностей».

Премия реализуется в рамках федерального проекта «Социальные лифты для каждого» Национального проекта «Образование».

Организаторами премии являются Министерство науки и высшего образования РФ, Министерство просвещения РФ, Федеральное

агентство по делам молодёжи, Российский союз молодёжи и автономная некоммерческая организация «Россия – страна возможностей».

«Учёные будущего»

Анастасия Жукова, ученица 9-го класса медицинского предуниверсария Саратовского государственного медицинского университета, стала призёром суперфинала Всероссийского конкурса «Учёные будущего» 2022-2023 гг. в категории «Медицина».

Тема её работы: «Проблема адаптации детей и подростков с сахарным диабетом 1-го типа в общеобразовательных учреждениях». Анастасия представила свою работу на английском языке.

Научные руководители А. Жуковой – преподаватель биологии высшей категории медицинского предуниверсария Марина Чепенко и ассистент кафедры госпитальной терапии лечебного факультета, заведующая отделением эндокринологии Саратовской областной клинической больницы, врач высшей категории Елена Жукова.



А. Жукова

Теперь Анастасия может претендовать на участие в международных конкурсах в Китае и ICYS (2023 г. – Сербия) в составе российской делегации.

Конкурс проходил на площадке Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова в рамках XVII Всероссийского фестиваля «Наука 0+», одного из самых масштабных в мире социальных проектов в области популяризации науки, в котором традиционно принимают участие вузы, музеи, а также известные отечественные и зарубежные учёные.

Защищая права медиков

В Барнауле подведены итоги конкурса, посвящённого защите прав человека в Алтайском крае, который ежегодно проводится

между вузами юридической и неюридической направленности. Ныне конкурс был посвящён 20-летию со дня принятия краевого Закона «Об уполномоченном по правам человека».

По итогам конкурса студент 6-го курса Института клинической медицины, председатель профсоюза обучающихся Алтайского ГМУ Юрий Оловяников занял 2-е место и награждён дипломом за работу на тему «Защита прав медицинских работников при осуществлении профессиональной деятельности» (научный руководитель – доцент кафедры медицинского права Алтайского ГМУ кандидат философских наук Владислав Дик).

Поднятые в работе проблемы законодательного определения правового статуса медицинского работника, находящегося при исполнении своих обязанностей в процессе оказания медицинской помощи нуждающимся в ней людям, вызвали закономерные интерес и одобрение членов жюри.

Ярмарка студенческих научных кружков

В Пермском государственном медицинском университете им. Е.А. Вагнера состоялась ярмарка студенческих научных кружков, представляющих 29 учебных кафедр. А всего в работе ярмарки приняли участие более 500 студентов, ординаторов, аспирантов и преподавателей.

Как сообщила корреспонденту «Медицинской газеты» проректор по науке член-корреспондент РАН Ольга Хлынова, участники ярмарки смогли предметно ознакомиться с работой студенческих научных кружков, поучаствовать в представленных на стендах мастер-классах, конкурсах и викторинах и, главное, во многом определиться с будущей специальностью. Запоминающимися и яркими моментами стендовой выставки традиционно стали показательные хирургические операции на симуляционных тренажёрах.

По итогам тайного голосования всех участников ярмарки лучшими стали кружки: кафедры акушерства и гинекологии № 1 (1-е место), 2-е место у кружка кафедры поликлинической терапии, 3-е – у кружка кафедры факультетской хирургии № 2. Всем коллективам кафедр-участников вручены памятные сертификаты.

Всероссийский конкурс СНО

Стартовал приём заявок на участие во 2-м конкурсе студенческих научных объединений, организуемом Минобрнауки России, призовой фонд которого составляет 100 млн руб.

По условиям конкурса будут поддержаны 40 студенческих коллективов, которые смогут выиграть гранты на 1, 3 или 5 млн руб. В заявке на конкурс важно показать организационный и исследовательский опыт студенческих коллективов, продемонстрировать достижения в сфере молодёжной науки и планируемые результаты.

Заявки принимаются до 18:00 27 февраля. Подробности на официальном сайте конкурса.

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

Профилактика

С начала нового учебного года уже более 6 тыс. учеников Ямала узнали, как оказать первую помощь при инсульте и инфаркте. Занятия проводятся в каждом уголке региона в рамках окружного межведомственного проекта «Знание спасает жизни». Со школьниками 8-11-х классов работают специалисты скорой помощи и сотрудники отделений или кабинетов медицинской профилактики.

Знать и уметь

Медики провели свыше 120 занятий в 75 школах. Они рассказали молодёжи о признаках сосудистых катастроф, показали на специальных манекенах алгоритм действий в экстренных ситуациях, особый акцент сделали на методах профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Как отметил главный специалист Минздрава России по медицинской профилактике в Уральском федеральном округе Сергей Токарев, инфаркт и инсульт часто происходят в общественных местах, и жизнь человека зависит от знаний и умений окружающих.

Важно, чтобы люди умели распознать грозные признаки, не боялись подойти к упавшему человеку, знали, как правильно помочь, а не навредить неправильными действиями ещё больше. Необходимость работы подтверждают и итоги анкетирования: 26% школьников, участвовавших в проекте, уже сталкивались с неотложными состояниями.

Напомним, что проект внедрён на Ямале с 2018 г. по инициативе

Ямальского центра общественного здоровья и медицинской профилактики. Ежегодно обучение проходят более 20 тыс. подростков. А ещё около 4 тыс. школьников принимают участие в окружных профилактических акциях «Здоровое сердце Ямала», «Бирюзовая лента», «Стоп инсульт!» и других.

Георгий АЛЕКСАНДРОВ.

Ямало-Ненецкий автономный округ.

Нейробиологи Питтсбургского университета неожиданно для себя открыли новую ген-систему, поддерживающую 12-часовой ритм активности нейронов DLPFC, то есть дорзо-латерального отдела префронтальной, или предлобной коры, отвечающей за наше сознание, умственную деятельность и умение делать выводы, на основе которых принимать те или иные решения. Благодаря генному подходу авторы выявили два пика активности: переход от сна к бодрствованию (с 9 утра до 9 вечера) и «статический» – с 3 пополудни и до 3 утра.

Удивление вызвал не только сам укороченный ритм, но и то, что он по какой-то причине отсутствует у... шизофреников. У них не поддерживается ритм активности генов, отвечающих за распознавание неразвёрнутых протеинов, образующих бляшки Альцгеймера и клубки токсичного для нейронов тау-белка, а также тех, которые отвечают за поддержание нейронов. Не регулируются также гены митохондрий, снабжающих клетки энергией, и синтез белков. Происходит у больных и смещение пиков по «фазе»: те гены, которые активны у здоровых при переходе от сна к бодрствованию, смещены у людей с отклонениями на «статическое» время.

Немецкие коллеги из Университета Рура в городе Бохуме опубли-

Мы – циркадные существа, то есть подчиняемся околосуточному, продолжающемуся приблизительно 24 часа, ритму сна и бодрствования. Однако ни хронобиологии, изучающие «ход» биочасов, ни сомнологи, занимающиеся изучением сна и его отклонений (летаргического, нарколепсии, стойкой бессонницы, а также вегетативного состояния и коматозного «сна»), не могут ответить

на некоторые вопросы. А именно: почему мы спим в среднем лишь треть суток и что заставляет жаворонков вскакивать с рассветом, а сов бодрствовать по ночам. Сегодня известно, что циркадный ритм регулируется четырьмя генами, попарно «гасящими» активность друг друга с помощью своих протеинов. И всё бы понятно, если бы не новое открытие...

предложили электроды, которые плотно прилегают к изменчивому «ландшафту» поверхности коры. Такие гибкие платы со многими электродами уже используются при исследовании больных эпилепсией (готовящихся к операции), однако авторы нашли способ регистрации активности нейронов разного уровня залегания в слоях коры. Для этого они смонтировали вертикальные стержни с золотыми электродами, регистрирующими активность нервных клеток разных слоёв, что позволило учёным впервые фиксировать нейронную активность послойного интерфейса коры в 3D-формате.

В связи с этим можно сказать, что никому не дано предугадать будущее, примером чего служит предсказание 30-летней давности, что к 2023 г. нейроимиджинг позволит понять природу сознания. И действительно, к началу этого года накоплено уже более 200 тыс. изображений мозга и его изменений при разного рода состояниях, но определённо можно лишь сказать, что более понятной стала клетка как таковая со всеми её ранее неизвестными структурами. А до понимания «структуры» наших мышления и сознания пока ещё далеко, но вполне возможно, что новая 3D-электрофизиология, а также иные подходы прояснят эти вопросы...

Взгляд

Совы и жаворонки

ковали в журнале PNAS данные, касающиеся белкового рецептора свободных жирных кислот – FFAR, которые улавливают короткоцепочную пропионовую кислоту, или пропионат. Его действие на предшественников нервных стволовых клеток аналогично белку нервного ростового фактора (NGF), за открытие которого была присуждена Нобелевская премия. Кислота защищает нервные клетки от различных стрессов и является иммуномодулятором и нейропротектором, сдерживающим развитие рассеянного склероза. Но жирные кислоты с короткой цепью (SCFA – Short Chain Fatty Acid), особенно производимые кишечной микрофлорой, проявляют токсичные

свойства. Микробиом, а вернее микробиота кишечника, оказывает благотворное действие на мозг, но может быть и губительна для него. Известно, что чем меньше число микробов, тем больше изменений в мозге, которые сходны с болезнью Альцгеймера, в частности отложений тау-протеина вблизи ядра нейрона.

Учёные Университета им. Вашингтона в Сент-Луисе в очередной раз исследовали действие аполипопротеина (ApoE), то есть белка, переносащего с кровью липиды, которые необходимы для построения клеточных мембран. Известно, что ApoE существует в двух изоформах, E4 из которых способствует нейродегенерации

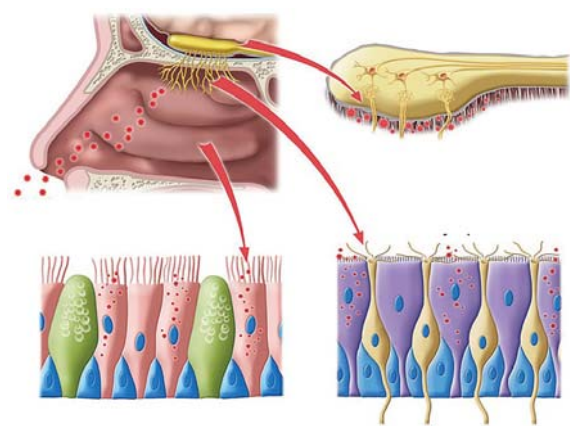
в широком аспекте. В Сент-Луисе показали, что у гнотомышей (выращиваемых в режиме полного отсутствия микрофлоры) и животных, которым вскоре после рождения кратковременно скармливали антибиотики, отмечалось очень мало токсичного тау-белка (p-тау – фосфорилированного). Резкое снижение p-тау было и в гиппокампе, лежащем на основании височной доли, нейроны которой отвечают за обучение и хранение памяти. Авторы связали токсичное воздействие микрофлоры кишечника с упоминавшимся выше SCFA.

Электрофизиологи Пенсильванского университета Филадельфии и сеульского Йонсей (Yonsei)

Исследования

Одно из чувств

Доктор Ватсон укоряет своего друга, который наполняет шприц тёмной жидкостью, оказавшейся раствором алкалоида из листьев южно-американского кустарника (так говорится в одном из переводов «Знака четырёх»). Сыщик оправдывается тем, что укол вещества, некогда добавлявшегося в известный напиток с орехами западно-африканского дерева кола, помогает ему достичь «просветления». Его помощник возражает, справедливо указывая на вредность подобного рода средств и опасность привыкания к ним, делающим человека зависимым.



Вверху нос и обонятельная луковица (слева), внизу: стрелки показывают ворсинки клеток эпителия слизистой носа и зелёные клетки, вырабатывающие слизь (слева), справа фиолетовые обонятельные нейроны

ной, или предлобной корой (PFC), отвечает за наше мышление и решения, влияющие на то, как мы будем себя вести. В нью-йоркской клинике Маунт Синай было показано, что привыкание к продукту листьев коки зависит от состояния клеток не только PFC, но и «поводка», на котором держится эпифиз, или шишковидная железа, регулирующая наш сон. Авторы с помощью МРТ-трактографии получили детальную картину связей коры и габенулы у здоровых и зависимых от алкалоида, а также воздерживающихся абстинентов. Благодаря этому выявлен маркер, по которому можно определить предрасположенность к употреблению. Ситуацию с глубокими структурами уточнили в Стэнфорде, где определили, что динарфин – опиоидный нейропептид – модулирует секрецию серотонина.

Пептид относится к эндорфинам, которые по своему действию на мозг сходны с морфием, откуда их название. Динарфин синтезируется клетками стволовых ядер «шва», и его действие ярко проявляется у мышей, лишённых кокаина. У них отмечается дефицит социального взаимодействия на фоне активности опиоидных рецепторов клеток прилегающего ядра (N.Assumbens – NA), лежащего под PFC (в каждом из двух полушарий). Рецепторы представляют собой протеины нейрональных оболочек, связывание которыми молекул алкало-

ида порождает чувство удовольствия, сходное с воздействием алкоголя и еды, секса или вознаграждения (NA называют ещё центром удовольствия). Активаторы действуют на нейроны NA так же, как и производное аминокислоты тирозина дофамин, нехватка которого ведёт к гибели мотонейронов и, как следствие, к паркинсонизму. Производным другой аминокислоты триптофана является серотонин, вырабатываемый теми же клетками Raphe в стволе мозга. Серотонин отвечает за наше хорошее настроение и социальные контакты. Поэтому неудивительно, что воздерживающиеся от разного рода стимуляторов становятся «буками» вследствие, как пишут учёные, маладаптивных дефицитов просоциального поведения.

Не обошла своим вниманием обонятельную систему и молекулярная биология, одним из центров которой является лаборатория в Колд-Спринг харборе на Лонгайленде, что к югу от Манхэттена. В ней для определения нейронных путей обонятельной луковицы использовали чтение активности генов в отдельных клетках – 5309 луковичных и 30 433 пириформной коры. Отслеживание клеточных проекций показало пространственную структуру, а не случайное распределение отростков вдоль оси лоб – затылок. Такой подход перспективен в силу простоты древней обонятельной структуры, цепи которой представлены тремя нейронами – луковичи, пириформной коры и таргетной клетки NA. К тому же теперь определены и цели фармакологического воздействия у зависимых людей, чтобы возвращать их к жизни и ликвидировать социальный дефицит. Не следует забывать и о тех, кто страдает от аносмии, т.е. отсутствия обоняния, которым тоже надо помогать.

Выводы

Межконтинентальные

Считается, что конкистадоры своим вторжением в Америку породили жестокую с эпидемиологической точки зрения реальность. Но и Америка наградила Старый свет сифилисом, по крайней мере так считали в Европе XVI века. Европейцы называли его «испанской болезнью», ацтеки и другие индейцы – оспой, туберкулёзом и тифозной сальмонеллой.

Таково мнение микробиологов Тюбингенского университета. Их статья появилась в приложении Nature. Они проанализировали описания геморрагической лихорадки неизвестного происхождения, сделанные в далёком 1545 г., и сравнили их с данными ДНК-анализа её жертв. Эти данные довольно уверенно указывали на присутствие в зубах жертв, погибших после 1545 г., ДНК возбудителя тифа и её отсутствие у тех людей, кто умер до этой даты.

Не все согласны с выводами авторов, указывая на то, что вспышки инфекций (их только с 1559 до 1642 г. случилось более 10) происходили также в 1736 и 1813 гг. Более поздние эпидемии, приводившие к децимации индейцев, критики немецких исследователей связывают с завозимой с чёрными рабами из Африки оспой. Она вызывается самым крупным из известных вирусов, который в виде чёрных точек виден под обычным микроскопом, но его ДНК вряд ли сохраняется в течение полутысячелетия. В разборе древней ситуации авторы статьи называют как возможные причины бедность и скученность проживания, а также другие, что приводило к общему сокращению продолжительности жизни до 23 лет.

Сегодняшнюю ситуацию в мире нельзя сравнить с тем положением, которое сложилось для автохтонного населения средневековой Мексики после контакта с прибывшими из-за океана европейцами. Но, с другой стороны, можно опять слышать о том, что Европа и Северная Америка пытаются отгородиться от прибывающих само-

лётками пассажиров из Китая, где отказались от двухлетней практики «нулевой толерантности» по отношению к коронавирусу. Можно напомнить и о пандемии «испанки», разразившейся в мире после Первой мировой войны. Некоторые считают, что её вспышка была обусловлена «привозом» американскими войсками в обедневшую и оголодавшую Европу заокеанского вируса, к которому в Старом свете из-за географической разобщённости не было иммунитета. Опять же история с сифилисом показывает, что «доброкачественная» его форма, подхваченная матросами Колумба на Кубе и Эспаньоле (Гаити, Доминикана), не встретила никакой реакции иммунных клеток европейцев. И не только потому, что болезнь по Шёлковому пути достигла Китая всего лишь через 12 лет, если верить Р. ван Гулику и его книге «Сексуальная жизнь в Древнем Китае».

Сегодня только наиболее часто встречающихся микробных патогенов – грибов, палочек и кокков – насчитывается около сотни. Число лекарств же против них приближается к 1000, что часто ставит врачей перед проблемой, какое же выбрать, потому что антибиотики, например, не действуют на вырабатывающие их грибки, а также вирусы, хотя помогают справиться с присоединяющимися бактериальными и кокковыми инфекциями. В связи с этим понятен интерес к появившемуся лазерному пинцету, с помощью которого можно выловить в образце клетку или вирус конкретного возбудителя, после чего отправить её или его на секвенирование нуклеиновой кислоты. При этом твизер тратит на всю операцию вычленения одну-две минуты. А дальше остаётся только лечить человека или животное таргетным применением того или иного препарата из богатого арсенала лекарственных средств. К тому же точное определение инфекции поможет уменьшить «ковровые бомбёжки» возбудителей и тем самым снизить пугающий рост проблемы антибиотикорезистентности.

Подготовил Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Ancient Origins, Nature Ecology and Evolution, Cell, Neuron Nature, Npj Flexible Electronics, New Scientist, PLOS Biology, PNAS, Science.

Ну и ну!

Иногда лучше потратить немножко времени, чтобы потом его сберечь

Хорошо известно, что восприятие времени меняется с возрастом. Почему это происходит, с этим попытались разобраться венгерские исследователи.

Восприятие времени у детей и взрослых заметно различается: 40-минутный семинар взрослому, скорее, покажется коротким, а для многих первоклассников высидеть столько же времени на уроке – непростое испытание. Конечно, на восприятие времени влияет множество факторов – от темперамента человека до насыщенности эмоционально окрашенными событиями, но исследователи из Университета Этвоша Лорана (Венгрия) решили изучить влияние одного из основных факторов: возраста испытуемого.

В эксперименте приняли участие 138 человек, которых разделили на три группы: дошкольников (4-5 лет), школьников (9-10) и взрослых (18 лет и старше). Всем участникам предложили посмотреть пару видео продолжительностью по минуте: это были отрывки популярного мультисериала, сбалансированные по визуальной и акустической насыщенности, но отличающиеся по событийности.



Одно видео представляло собой мини-историю (полицейский спасает животных и арестовывает вора), в другом почти ничего не происходило (шесть человек

уплывали на весельной лодке). Половине испытуемых предложили посмотреть сначала «активное» видео, а затем «монотонное», второй половине – наоборот. В конце участников эксперимента попросили ответить на вопрос: какое видео было длиннее?

Результаты оказались разными для всех трёх возрастных групп: две трети дошкольников сочли более длинным «активное» видео, а три четверти взрослых, напротив, сказали, что видео про полицейского короче, чем видео про греблю. Судя по результатам опроса школьников, переключение с дошкольного на взрослое восприятие времени происходит у детей в возрасте примерно 7 лет: школьники также чаще называли «монотонное» видео более длинным, хотя они были не так однозначны в этом вопросе, как взрослые.

Чтобы объяснить разницу в восприятии времени между взрослыми и детьми, исследователи обратились к концепции эвристики, совокупности правил и методов для быстрого принятия сложного решения, не требующего долгих размышлений и подсчётов. В частности, для маленького ребёнка: чем больше он может рассказать о просмотренном видео, тем длиннее оно ему кажется. У взрослых же всё иначе: взрослея, мы знакомимся с концепцией абсолютного времени, но остаёмся заложниками собственного восприятия, когда на скучной встрече секунды тянутся как жвачка, а при просмотре увлекательного фильма мы забываем смотреть на часы.

Таким образом, знакомство с понятием абсолютного времени, текущего в собственном темпе и поддающегося измерению, меняет само восприятие времени в нашем мозгу: вступая во взрослый мир, дети вынуждены перестраивать своё восприятие времени, ведь теперь не они сами, а часы на их руке определяют длительность того или иного события.

Кстати

Производившиеся Pfizer инновационные мРНК-вакцины, объявленные западной пропагандой «лучшими» в мире, в скором времени будут выведены из обращения.

Неэффективная и опасная

Причина столь радикального решения в их ничтожной защите от ковида и тяжелейших побочных осложнениях, от которых, как предполагается, пострадали свыше 200 млн человек.

Акции производителя этой вакцины рухнули в январе сразу на 15%. Удар по вакцине был нанесён с неожиданной стороны: один из главных её сторонников и инвесторов мультимиллиардер Билл Гейтс в ходе выступления в австралийском Институте Лоуи сказал: «Мы столкнулись с тремя проблемами вакцин против ковида. Они не блокируют распространение инфекции. Когда появляются новые варианты вируса, вы теряете вакцинную защиту, и период их действия очень короткий, особенно среди пожилых людей».

Как пишет в своём исследовании американский журналист Джордан Шехтель, Гейтс неожиданно крупно вложился в производство мРНК-вакцин ещё за несколько месяцев до объявления эпидемии – в сентябре 2019 г., когда акция разработчика препарата и партнёра Pfizer – компании BioNTech стоила всего чуть больше 18 долл. А когда цена на пике достигла почти 300 долл., он избавился от большей части акций, заработав около 260 млн. Ещё 50 млн Гейтс положил в карман, продав акции другой немецкой компании CureVac, создававшей мРНК-вакцину. После этого он заявил, что «нам нужно найти другой способ производства вакцин». А ведь ещё недавно Гейтс вещал: «Теперь благодаря вакцинному альянсу и вложенным средствам у нас есть вакцины, которые покончат с пандемией». Как оказалось, с пандемией покончили не вакцины, а мутация, превратившая ковид в ОРВИ.

Гейтс полностью дистанцировался от мРНК-технологий, а 85% американцев отказались от прививки, усиливающей действие предыдущих вакцинаций. Проправительственные СМИ безуспешно пытаются убедить население вновь сделать прививку. Её больше не рекомендуют власти Великобритании и ряда других европейских стран, в Дании с вакцинацией здоровых людей покончили ещё в феврале 2022 г. Администрация Байдена обещает, что финансирование прививочной кампании завершится 11 мая.

Сегодня настало время проанализировать последствия побочных осложнений от экспериментальных мРНК-прививок. Ряд известных врачей и эпидемиологов из разных стран требуют от научного сообщества прервать молчание и объясниться по поводу ложных установок антиковидной кампании. The Defender приводит слова Ретсефа Леви из Массачусетского технологического института. 30 января он заявил, что мРНК-вакцины нанесли беспрецедентный ущерб здоровью получивших их. 73 британских врача направили в Национальное агентство по регулированию лекарственных средств запрос о непропорциональном росте смертности среди молодых мужчин.

А как у них?

Чёрный январь для французского медперсонала

Во Франции продолжают протесты профсоюзов медицинских работников, требующих улучшения условий труда и повышения зарплат. Несколько лет борьбы с COVID-19 и безразличия властей к сфере здравоохранения привели к массовым увольнениям медиков.

Профсоюзы «Федерация врачей Франции», «Французский союз для частных врачей», «Профсоюз частных врачей» и «Молодые врачи» вышли на улицы с требованием увеличить стоимость приёма для пациентов.

В некоторых больницах до 90% персонала отказываются работать в сложившихся условиях: нагрузка существенно возросла с началом пандемии и остаётся высокой уже 3 года.

В начале 2023 г. количество заболевших увеличилось ещё больше из-за сезонных простуд и гриппа, в результате чего медперсонал прозвал прошедший месяц «чёрным январём».

По данным Всемирной организации здравоохранения, почти половина французских врачей приближаются к пенсионному возрасту, а молодые специалисты не хотят идти работать в государственные клиники из-за больших нагрузок и низких зарплат.

Ещё меньше желающих устраиваться в больницы в отдалённых от крупных городов районах, которые называют «врачебными пустынями». Попасть к врачу там почти невозможно, поскольку на одного специалиста приходится 750 пациентов.

Ещё одна проблема – массовые увольнения младшего медперсонала. По оценкам Национальной ассоциации медсестёр, 40% работающих хотят уйти из профессии. В последние годы их зарплата

стала выше, но работникам приходится выходить на смены по ночам и выходным.

Летом 2021 г. французское правительство поставило ультиматум работникам медицинской сферы и пожарным: каждый невакцинированный сотрудник будет отстранён от работы.

Принятые властями меры вызвали недовольство среди граждан и привели к массовым протестам. По словам демонстрантов, они выступали не против вакцин, а против принуждения к вакцинации. Несмотря на демонстрации, решение об отстранении ряда сотрудников не было отменено.

Несмотря на очевидные проблемы в сфере здравоохранения, власти Франции до сих пор отказываются пересмотреть решение об отстранении невакцинированных врачей от работы.

Как пишет французский канал @actualiteFR, правительство не хочет искать и устранять причины кризиса, предпочитая привлекать на работу иностранцев, которым, как оказалось, вовсе не обязательно соглашаться на вакцинацию.

Ситуация, аналогичная французскому сценарию, развивается и в Великобритании, где тысячи медработников вышли на улицы с требованием увеличить им заработную плату. Забастовка стала самой многочисленной в стране за последние 75 лет.

Тем не менее ожидать, что протесты врачей смогут существенно повлиять на текущую политику во Франции, не стоит. Вдобавок к этому французское общество испытывает крайнее разочарование относительно возможности что-либо изменить с помощью протестов и не видит политической силы, способной выразить интересы большинства.

Бывает и такое

Учёные подсадили лабораторным крысам «мини-мозг», состоящий из человеческих клеток, в рамках исследования, которое может в дальнейшем помочь лечить серьёзные травмы головного мозга.

Эти органоиды, которые иногда называют «мини-мозгом», выращивались из человеческих стволовых клеток в лабораторных условиях около 80 дней. Затем их подсаживали в мозг взрослых крыс с повреждениями зритель-

Отдалённая цель

Крысы с «человеческим мозгом» помогут в разработке методов лечения пациентов с нейротравмами

В своём эксперименте учёные использовали мозговые органоиды – небольшие скопления клеток человеческого мозга, предварительно выращенные в чашке Петри. Они подсаживали живые органоиды в мозг крыс, и спустя несколько недель те полностью встраивались в нейронную сеть.

По мнению учёных, вполне возможно, подобные манипуляции в дальнейшем будут использоваться для восстановления повреждённых тканей мозга у людей. Для этого нужно будет взять кусочек кожи пациента, поместить его в раствор белков, чтобы он превратился в индуцированные стволовые клетки, которые, в свою очередь, могут стать клетками любого типа. То есть эти клетки можно превратить в «запасной кусочек» ткани мозга, которая в теории должна идеально подойти пациенту.

Однако эти исследования пока находятся на ранней стадии. Цель описанного выше эксперимента состояла в том, чтобы проверить, смогут ли клетки человеческого мозга и мозга крысы создать прочные связи. «Мы сконцентрировались на том, чтобы пересадить не просто отдельные клетки, а ткань», – сказал ведущий автор исследования, профессор Айзек Чен из Пенсильванского университета. – У мозговых органоидов есть своя архитектура. Они обладают структурой, которая напоминает головной мозг. Мы сумели изучить отдельные нейроны в этой структуре, чтобы лучше понять процесс интеграции пересаженных органоидов», – добавил он.

ной коры – того участка мозга, который отвечает за зрение.

В течение 90 дней эти органоиды полностью интегрировались в мозг крыс: появлялись кровеносные сосуды, снабжающие «мини-мозг» питательными веществами, органоиды увеличивались в размерах, а их клетки образовывали связи с нейронами мозга крыс.

Когда крысам светили в глаза, нейроны органоидов реагировали на это, и характер их активности менялся в зависимости от световой стимуляции. «Мы не ожидали увидеть такую степень функциональной интеграции настолько быстро», – отметил Чен. – Нейронные ткани обладают потенциалом для восстановления повреждённых участков мозга. Пока нам не удалось изучить все подробности, но мы уже сделали уверенный первый шаг. Теперь нам необходимо выяснить, как можно использовать органоиды в других отделах коры головного мозга – не только в зрительной. Также хотим понять те законы, которые управляют интеграцией нейронов органоида в мозг, чтобы лучше контролировать и, по возможности, ускорять этот процесс».

Специалисты по этике уже задаются вопросом, способен ли органоид, созданный в лабораторных условиях, однажды испытать какие-либо чувства. В настоящее время существует консенсус, что фрагменты ткани, использованные в этом новом эксперименте, не способны на самосознание и не могут чувствовать боль.

Подготовила Юлия ИНИНА.

По материалам «МИР новостей», Scientific Reports, Cell Stem Cell, The Times.

Фото Инны СЕРГЕЕВОЙ.

Саффо родилась около 630 года до н.э. в городе Митилена и всю жизнь прожила на морском побережье: Лесбос, Сицилия, Лефкас – у островов ведь кругом берег. Её отец Скамандроним, представитель знатного рода, занимался торговлей. У Саффо было трое братьев – Харакс, Эвригий и Ларих. С ранних лет она писала гимны для хора, выступавшего на Термийских панегиреях – главном религиозном празднестве Митилены, посвящённом Артемиде Термии, древней богине водных источников Лесбоса, а ещё – оды, элегии, праздничные песни и эпиграммы – свадебные песни о прощании невесты с девичеством, предназначенные для хорового исполнения у входа в брачный покой.

Предание суды

По легенде, её полюбил поэт Алкей:
Саффо фиалкокудрая, чистая,
С улыбочкой нежной!
Фрагменты их стихов словно ведут диалог, который, впрочем, едва ли имел место в реальности: песни Алкея исполнялись на пирах мужчин-симпосиях, песни Саффо предполагали обстановку фиаса – замкнутого культового сообщества девушек и женщин. Есть легенда, берущая начало в текстах Менандра, что Саффо влюбилась в паромщика Фаона, презиравшего женщин и любившего лишь море. Каждый день Фаон уплывал, и Саффо дожидалась его возвращения. Когда он утонул, поэтесса бросилась в воду с Левкадской скалы. Инсталляция имени Саффо в миф о морском божеестве Лесбоса Фаоне, однажды переправившем через залив Афродиту, за что та наградила его снадобьем, благодаря которому в него влюблялись все женщины, родила легенду. (Выражение «броситься с Левкадской скалы» стало поговоркой, означающей «кончить жизнь самоубийством из-за отчаяния»). Миф сплелся с образом Саффо, его могло породить и более позднее желание доказать гетеросексуальность поэтессы.

Суда (крупнейший энциклопедический словарь на греческом языке, составленный в X-XI в.) говорит, что Саффо была замужем за «очень богатым торговцем по имени Керкил, который жил на Андросе», и у неё родилась дочь Клеида. Но это предание, возможно, было шуткой комедиографов (известны имена семи авторов, взявших сюжетами пьес эпизоды жизни Саффо): идиома «Керкил с Андроса» буквально означает «мужской половой орган». Оксириинский папирус (около 200 г. н.э.) гласит: «У неё была дочь Клеида, которую она назвала в честь своей матери».

Но 132-й фрагмент сохранившихся текстов Саффо называет Клеиду словом *rais* – «дитя», которое может означать и юную рабыню, и просто девочку. О каком бы то ни было родстве речь не идёт. Возможно, строки были неверно поняты, что привело к возникновению ошибочной трактовки.

Время Саффо было на Лесбосе периодом политических волнений. В середине VII века до н.э. в Митилене была упразднена царская власть, её место заняли олигархи рода Пенфилидов, но их династия вскоре пала в результате заговора; и между аристократическими семьями разгорелась борьба. В 618 г. до н.э. власть захватил первый тиран Митилены Меланхр. Вскоре он был убит, тираном стал Мирсил, его политика была направлена против некоторых представителей митиленской знати. Род Саффо эмигрировал, и до смерти Мирсила поэтесса жила в Сиракузах. Цицерон писал, что её статуя стояла в здании администрации этого города. Сохранившиеся тексты Саффо не содержат политических намёков – кроме 98-го фрагмента, упоминающего об изгнании и говорящего о том, что поэтессе не хватало привычных предметов роскоши. Предполагается, что Саффо вернулась из ссылки и провела большую часть

своей жизни на Лесбосе, но доказательств этому нет.

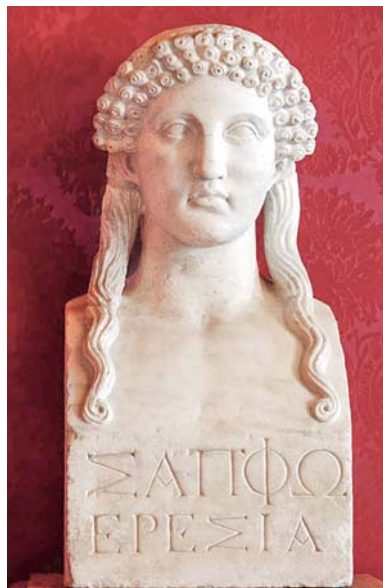
Женщины без ограничений

Социальный статус женщин Лесбоса отличался большей свободой, чем в иных областях Эллады. Ограничений для них почти не было: часть семейного имущества могла передаваться по женской линии; вместе с мужскими гетериями (что-то вроде клубов) на острове были фиасы – содружества женщин. Саффо возглавляла один из них, приуговляя девушек к замужеству.

Тайное и явное

Что не норма — то патология?

Термин «лесбийская любовь» происходит от названия острова, где жила древнегреческая поэтесса Саффо



ству, обучая их музыке, танцам, стихосложению. Традиционные формы культового фольклора Саффо наполнила личными переживаниями; её стихи страстны и интимны. Поэтесса психосоматически объединила телесные ощущения и душевные эмоции, описывая тонкие движения человеческой души совсем другим языком, чем Гомер и Гесиод за несколько веков до неё. Её лирика, в отличие от эпопей, была ориентирована на внутренний мир человека. Гомеру, как любому рапсоду, было всё равно, что воспевать – щит Ахиллеса или его же гнев – пока не описывал всё досконально, певец не останавливался. Более того, щит он описал сам, а для того, чтобы описать эмоцию, призвал на помощь высшие силы: «Гнев, о богиня, воспой Ахиллеса, Пелеева сына...». Саффо же справлялась с описанием переживаний психики самостоятельно, делая это тонко и точно, с точки зрения современных психологии и психиатрии. В её описании любовного трепета женщины:

...Лишь тебя увижу, –
уж я не в силах
Вымолвить слова.
Но немеет тотчас язык, под кожей
Быстро лёгкий жар пробегает,
смотрят,
Ничего не видя, глаза, в ушах же –
Звон непрерывный.
Потом жарким я обливаюсь,
дрождью
Члены все охвачены, зеленее
Становлюсь травы, и вот-вот
как будто
С жизнью прошусь я...

Вегетативная реакция, формально описывающая телесные феномены, даёт яркое ощущение душевных переживаний. Древние греки, будучи стихийными материалистами, прорывались к душе, психике через телесность.

До наших дней дошла малая часть творчества Саффо. Целиком сохранилось стихотворение «Гимн Афродите» (1-й фрагмент), которое в трактате «О сочетании слов» процитировал в качестве примера «отточенного и яркого» поэтического стиля Дионисий Галикарнасский, восхищавшийся мастерством Саффо: «Здесь впечатление благозвучия и элегантно-сти поэтического языка создаётся последовательными, плавными переходами. Слова прилегают друг к другу и сплетаются вместе в соответствии с определённым

сал, что Платон называл её мудрой. Дионисий Галикарнасский считал Саффо «главной представительницей мелодического стиля». По словам Деметрия Магна, её стихи «полны любви и весны». Поэзия Саффо повлияла на Катулла, Горация, писавшего в «Одах», что она достойна священного поклонения.

Однако из-за менявшихся вкусов тексты Саффо переписывались всё реже, особенно после того, как академии Византии исключили их из учебной программы. Одной из причин тому было преобладающее изучение аттического и гомеров-

ского диалекта греческого языка. Эолийский диалект Саффо стал малопонятен. Но величайшие поэты и мыслители Рима продолжали сравнивать с нею других авторов и подражать ей. Легенды говорят, что её наследие намеренно уничтожила католическая церковь. Исторических свидетельств этому нет: Григорий Богослов (его и Папу Григория VII называют главными виновниками утраты стихов Саффо) восхищался её стихами. Впрочем, иное мнение высказывал христианский писатель II века Татиан в «Слове к эллинам»: «Саффо, блудливая бабёнка, помешавшаяся от любви, воспекает даже свой разврат». Некоторые стихи Саффо были найдены в египетских папирусах, обнаружены в древнем мусоре в Оксирихе, большой фрагмент сохранился на глиняном черепке («Когда б вы знали, из какого сора...»). Остальные стихи были обнаружены в текстах античных авторов, цитировавших её для иллюстрации грамматики и стихотворного размера.

Критика XIX века объясняла страстность стихов Саффо особенностью художественных приёмов и тем обстоятельством, что отношения на почве дружбы и возвышенной любви (которую Платон проповедовал в «Пире») в традиции тогдашнего общества были столь же нормальными, как отношения между спартанскими эфебами, а также между Сократом и его учениками; а ревность Саффо к соперницам Горго и Андромеде могла быть вызвана поэтическим и музыкальным соревнованием между их фиасами. Но уже в древности было немало преданий об отношениях поэтессы с её избранниками и подругами. Начало им положили аттические комедиографы. Относясь к социальному статусу эолийской женщины начала VI века до н.э. с точки зрения современной им афинской действительности, они по-своему толковали сведения о её жизни. В число «избранных» Саффо помимо Алкея попали Анакреонт (живший на 60 лет позже), Архилох и Гиппонат (отделённые друг от друга временным интервалом в 150 лет). Но самое большое число версий уже тогда возникало вокруг гомосексуальных отношений Саффо.

Раритет времени

В Древней Греции женский гомосексуализм не был раритетом: Плутарх сообщал: «...девушки становятся эротическими партнёрами женщин из благородных семей». Такая любовная связь была аналогом любовных отношений между юношей и мужчиной в инициационной или симпосийной обстановке.

В то же время факт гомосексуализма не был совсем уж традиционным явлением – иначе он не стал бы одной из важнейших характеристик личности Саффо (к чему обращать внимание на обыденный факт?) и предметом шуток комедиографов. В самом деле: упоминание сексуальных предпочтений не было обязательным в биографиях античных времён и оговаривалось лишь в том случае, если не оказывалось тривиальным. Стало быть, несмотря на все «культуральные традиции», и прежде нетривиальные сексуальные предпочтения, в общем-то, выходили за рамки нормы, то есть были девиацией, хотя «голубое лобби» почти убедило нас в обратном. Знаток темы И.Кон писал: «Воспеваемый Саффо тип любви не вписывался ни в греческий, ни, тем более, в христианский канон». И не случайно жители Лесбоса считают сегодня использование терминов, производных от названия острова для обозначения гомосексуальных отношений, оскорбительными.

Лирические героини многих стихов Саффо говорят о любви к женщинам, но описаний телесного контакта в этих строках немного, в силу чего есть сомнения в гомосексуализме поэтессы. Подруги и ученицы Саффо обменивались стихами, связанными с древними куклами женственности; на уровне лесбосского либерализма эта поэзия обрела несколько откровенное содержание. Но философ III века Максим Тирский писал, что в отношениях с подругами Саффо походила на Сократа: «Как иначе можно назвать любовь этой лесбийской женщины, если не искусством любви Сократа?... она любила женщин, он – мужчин... Кем были для него Алкивиад, Хармид и Федр, тем были для неё Гириина, Аттида и Анактория...». Геродот, Страбон, Афиней, Апулей, Овидий и Суда рассказывают историю об отношениях между Саффо, её старшим братом Хараксом и египетской куртизанкой Родопис. Апулей пишет, что он, будучи в Египте, влюбился в Родопис, выкупил её, но Саффо сама потеряла голову от чувства к ней. Страбон, живший 400 годами позднее, добавляет, что Саффо называла Родопис «Дориха». Спустя ещё 200 лет. Афиней называет куртизанку Дориха, заявляя, что Геродот перепутал её с Родопис, другой женщиной. Но ведь имя не меняет сути...

До конца XIX века психиатры почти не уделяли внимания женскому гомосексуализму. После публикации работ К.Ульриха, Р. фон Крафт-Эбинга, Х.Эллиса, Э.Карпентера, М.Хиршфельда он был квалифицирован как психопатология. В «Трёх статьях о теории сексуальности» З.Фрейд назвал его «инверсией», заявив, что женщины-инверты имеют мужские характеристики. Он считал, что поведение таких женщин вызвано психологическими, а не биологическими причинами. Эта интерпретация ныне отрицается большинством психиатров. Но не всеми и, как говаривал молюеровский господин Журден, «что не проза – то стихи, что не стихи – то проза». Соответственно: что не норма – то патология. В МКБ-9, существовавшей до 1990 г., но практически применявшейся до 1994 г., лесбиянство входило в рубрику «Гомосексуализм» и имело шифр 302.0. Но «голубое лобби» посчитало, что психиатрический диагноз «дискредитирует» гомосексуальность.

Однако одним из медицинских антонимов к слову «норма» является термин «патология». «Что не проза – то стихи»... А привычные отсылки к тому обстоятельству, что большинству мировых культур феномен гомосексуализма знаком, и это-де отчего-то «должно культурально легитимировать» сию перверсию, не представляются убедительными: все регионы планеты прошли и через этап каннибализма.

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Северного государственного
медицинского университета.
Архангельск.

Ещё одна старая экспертная папка с давним случаем – листаю пожелтевшие страницы, рассматриваю фотографии места происшествия... Стояли первые дни северной осени. Они выдались по-летнему погожими. Но в них уже таилась та хрустальная прозрачность, что обычно предшествует заморозкам. В прудах высветлилась вода, и на её поверхности замерли золотые червонцы опавших листьев...

* * *

Было время, когда в деревне Малые Березицы стояло немало дворов. Но как-то постепенно люди разъехались. Так на всю округу, когда-то зажиточную, людную, одно хозяйство и осталось. И уж никто теперь эту деревню по имени не называл. Говорили просто: дом Петровых. Жили в нём двое – Борис Михайлович, кочегар совхоза «Березицы», со своей 80-летней матерью. В то утро на выходные дни приехали из Ленинграда ещё две её дочери. Мать сидела в доме одна и была сильно встревожена: «Боренька пропал. Ночевать не пришёл...». Сбивчивый рассказ её сводился к следующему. Накануне вечером, когда вернувшийся с работы сын смотрел телевизор, в окно громко постучали. В дверях стоял высокий мужчина лет тридцати, худощавый, одетый по-городскому. Интересовался дорогой на Большие Березицы. Борис с ним на двор вышел, потом вместе в дом вернулись, сели в закуску, бутылкой загремели, видно, выпивали.

О чём говорили, мать не прислушивалась, да и слышала плохо последние годы. Вскоре Борис накинул куртку и ушёл вместе с гостем, сказав, что на минутку. Сколько времени прошло, не знает. Вдруг гость этот один возвращается. Ни слова не говоря, полез за шкаф и вытащил недавно купленное ружьё Бориса, потом принялся в самом шкафу бельё ворошить. «Патроны, – спрашивает, – куда дели?» Мать – в слёзы: «Боря где?» – «Придёт скоро», – услышала в ответ. Погрозила милицию вызвать, да куда там – до ближайшего телефона километра три. А мужчина тем временем нашёл, что искал, и, не оборачиваясь, вышел. Борис так и не вернулся. Только под утро погасло материнское окошко, светившее далеко на разбитую деревенскую дорогу...

После полудня, когда ждять стало бессмысленно, одна из дочерей предложила: «В совхоз надо сходить, может, кто видел». Другая, без особой, впрочем, надежды, обогнула дом, прошла вдоль заброшенного огорода. На краю картофельного поля наткнулась на разостланный кусок парникового полистилена, придавленного жердями. Никогда его здесь не было. Откинула край плёнки, сгрэбла горсть свежей земли и поняла всё чуть раньше, чем наружу показался носок мужского сапога.

Заместитель начальника отдела Управления уголовного розыска Б.Костенко приехал с опергруппой из Ленинграда часа через два после звонка в милицию. Одновременно подоспели оперативники из районного ОВД и старший следователь прокуратуры Иван Сергеев. Последними из Ленинграда подъехали судебно-медицинские эксперты. На этот раз нас было двое: ваш покорный слуга и стажировавшийся в бюро после института Вадим Шерстнёв.

А ещё был случай

Ночной выстрел



* * *

Мимолётные радости молодости в жизни проходят быстро. И остаётся профессия. Поэтому так важно не упустить время и овладеть ею как должно. Так, чтобы суметь передавать свои знания следующим за тобой поколениям коллег. И я любил брать с собой на сложные места происшествий врачей-интернов, пришедших на стажировку, для «показательных» осмотров.

Перебросившись несколькими фразами со следователем, я подошёл к младшей сестре Бориса, попросил ещё раз рассказать, что она увидела, отогнув угол полиэтиленового полотнища. У меня есть привычка, заручившись разрешением руководителя оперативно-следственной группы, самому подробно побеседовать с человеком, первым увидевшим труп, ибо в цепочке передачи информации через «несколько рук» неизбежно возникают искажения, утрачиваются мелкие детали, имеющие тем не менее важное судебно-медицинское значение. На этот раз всё было нормально: тело после обнаружения никто не трогал, позу не меняли, одежду не очищали... Назвала женщина и точное время обнаружения трупа – 13 часов 15 минут. С её слов, Борис был здоровым для своего возраста (55 лет) человеком, спиртным не увлекался, врагов у него не было. Единственное хобби – охота. Видимо, в округе знали о недавней его покупке – охотничьем ружье.

Наконец подошли к телу. Осмотр я доверил Вадиму, наблюдая за его действиями. Молодой эксперт начал деловито диктовать следователю свою часть протокола. Работал он толково, быстро, мне оставалось только вставлять одно-два слова для уточнения. Характер трупных пятен и трупного окоченения указывал, что смерть наступила накануне в районе 19-20 часов, то есть сразу после совместной выпивки с незнакомцем. После освобождения от земли волосистой части головы в теменной и затылочной области открылись две массивные зияющие раны, близко расположенные, почти параллельные. В дне ран белели рубленые

переломы костей, свод черепа был подвижен. Причина смерти стала понятна до вскрытия – открытая черепно-мозговая травма. Стали ясны и орудие убийства – топор, и темп наступления смерти – сразу вслед за повреждениями.

– Ну вот, а мы-то приготовились к огнестрелу, – облегчённо вздохнул Костенко.

– Нет, Алексеевич, пусть твои хлопцы ищут обычный топор. Он должен быть со следами крови и волос. Вряд ли убийца озабочился его помыть, – прокомментировал я.

Начало смеркаться. Мы сидели на кухне старинного дома, слушая сбивчивый рассказ старушки, допрашиваемой следователем. Вдруг на веранде послышался шум, оживлённые возгласы оперативников. Вадим гордо нёс на вытянутых руках в резиновых перчатках обычный топор с мощным гладким топориком. На обеих щеках орудия алели пятна высохшей крови с прилипшими травинками.

– В сене нашли, в пристройке!

– доложил участковый инспектор.

– А вот ещё, там же...

И он осторожно положил в освещённый центр стола, под старенький абак, ножовку со свежей металлической пылью на полотно и спиленный конец ствола охотничьего ружья. Того, пропавшего из дома! Итак, убийца, похитив ружьё, тут же изготовил из него обрез – портативное и опасное оружие. Зачем? Оперативники помрачнели.

Дело принимало опасный оборот. Вместе с телеграммой в Главное управление внутренних дел о сути произошедшего пошла и ориентировка о приметах убийцы. В район выехал начальник областного уголовного розыска Юрий Иванович Соболев, человек авторитетный, фигура среди оперативников почти легендарная. На быстрый розыск Соболев больших надежд не возлагал. Приметы преступника неотчётливые, мотивы убийства не совсем ясны – не считая же, в самом деле, что убийство произошло из-за охотничьего ружья. Мать убитого ничего конкретного добавить не смогла. Сказала только, что в разговоре преступник упомянул Оренбург, вроде как жил там.

Разумно было предположить, что убийца из района скрылся. На отработку этой версии ушёл весь остаток дня. В Ленинграде даже был найден человек, который накануне сбежал из лагеря труда и отдыха в соседнем посёлке. В субботу его видели на автобусной остановке неподалёку от совхоза. Но у парня оказалось твёрдое алиби.

Задачу на понедельник Ю.Соболев определил так. Обойти совхоз и три близлежащие деревни. Опросить жителей: был ли здесь кто из нездешних, собиравшийся ли кто приехать. Особый упор сделать на семьи, имеющие отношение к Оренбургу. Задача судебно-медицинской службы на понедельник тоже была ясна: произвести детальное обследование трупа, направить биологические объекты для дополнительных исследований в областное бюро. Вскрытие, произведённое районным судебно-медицинским экспертом В.Лещинским, подтвердило данные, полученные во время осмотра трупа на месте.

Энергично взялись за исследование орудия убийства эксперты-биологи. Но и здесь ничего необычного не возникло: на тополе была кровь мужчины, совпадающая по группе с кровью убитого; потожировые наложения на поверхности топорика – так называемые пальчики, снятые экспертами-криминалистами на месте происшествия, по данным оперативно-розыскных служб, зарегистрированы не были, групповую их принадлежность биологам определить не удалось. Никаких ниточек, ведущих к убийце, не обнаружено.

* * *

Временный штаб розыска разместился в фельдшерском пункте. Было установлено, что никаких гостей в близлежащих деревнях не было, если не считать какого-то Кости, но тот два месяца уже как уехал. Это подтвердили его родители и знакомая. Часа в три дня в штабе появился участковый инспектор, приведя с собой какого-то мужчину.

– Вот послушайте, Юрий Иванович, – обратился участковый к Соболеву, – интересные вещи человек рассказывает.

Тот какое-то время смущённо переминался с ноги на ногу, пока наконец не произнёс:

– В субботу дело было. Я на коровнике работал. Вижу, Костя идёт. Остановился, дорогу спрашивает. А ему наши девки, озорницы: «Сходи, на телятник, спроси там у своей Светки». Ну, он и ушёл.

– Давай-ка, Александр Васильевич, – повернулся Соболев к участковому, – веди сюда эту Светку.

Молодая, худощавая женщина со скуластым лицом отпиралась избрительно:

– Константин – сожитель мой бывший. Не видела его давно. Может, он и жил где поблизости, только я не знаю, где и с кем...

Довольно долго бился с ней Юрий Иванович, пока в фельдшерский пункт не зашёл полковник Беглов, начальник местного ОВД.

– Да вот он, преступник, – Беглов, взглядевшись, кивнул на принесённую женщиной фотографию. – Коваленко Константин Николаевич, месяца два как уволен с работы за пьянку, воровство и хулиганство. Эта дамочка наверняка его от нас скрывает.

Эффект от сказанного был неожиданный. Женщина, державшаяся, как скала перед морским прибоем, разрыдалась, а затем, размазывая по щекам дешёвую косметику, заговорила:

– Врала я вам всё. У меня он жил это время. А вчера ночью из Ленинграда приехал, мрачнее тучи, вино глушил бутылка за бутылкой. Потом сказал: «В субботу был у Борьки, он мне ружьё для охоты отказался дать. Вспомнили ссоры, что по молодости были, слово за слово, короче, убил я его!»

Соболев резко встал из-за стола, подошёл к сжавшейся в комок женщине:

– Где он сейчас?

– У меня дома. Со вчерашнего дня не выезжает.

Участковый инспектор приподнялся:

– Выходит, когда я к тебе первый раз приходил...

– На кухне он сидел с ружьём своим проклятым, – опять расплакалась Света.

* * *

Группа задержания прибыла в район из Ленинграда через час. В бронежилетах, касках, с автоматами. «Нужно сделать так, чтобы во дворе никого не было, – распорядился Соболев. – Пошлите медсестру, пусть обойдёт квартиры, заберёт детей на прививки. Нужно исключить малейший риск для людей, тем более попытку взятия заложников!»

Когда приготовления были закончены, Соболев с группой задержания вошли в парадную. Мгновение – выбита дверь, милиционеры остановились в тёмной прихожей. В квартире было тихо. Юрий Иванович чётким спокойным голосом изложил условия «капитуляции».

В комнате послышались шаги, стукнула оконная рама. По-видимому, Константин убедился в том, что дом окружён. Соболев выждал, потом швырнул в комнату какой-то подвернувшийся под руку предмет. Почти одновременно с этим раздался выстрел, и воцарилась тишина. Было слышно лишь, как поскрипывает на ветру дверь подъезда. Громко повторил фразу, Соболев метнулся вдоль дверного проёма. Посреди полутёмной комнаты он увидел лежащее ружьё, а чуть поодаль – тело. Единственный выстрел преступник направил себе в голову.

* * *

Судебно-медицинское исследование к моему приезду было уже закончено. Преступник лежал на мраморном столе. От человеческого суда он ускользнул. А от Божьего? Я подошёл взглянуть в его лицо... и отшатнулся. Лица не было – заряд картечи при выстреле в упор «снёс» самоубийце практически весь череп.

– Нет ума – считай, калека. Так и случилось... – напутствовала бандита в дальнюю дорогу санитарка морга Бронислава, прикрывая тело простынёй...

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 – А.ИВАНОВ.

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

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

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

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

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская
газетная типография».

Адрес: 123022, Москва,
ул. 1905 года, д. 7, стр. 1

Заказ № 0383

Тираж 14 009 экз.

Распространяется
по подписке
в Российской Федерации
и зарубежных странах.



Корреспондентская сеть «МГ»: Брянск (4832) 646673; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89383585309; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.

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