

Медицинская

23 декабря 2020 г.
среда
№ 51 (7968)

Газета®

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

С наступающим Новым годом!

Инициатива

Когда дистанция не помеха

В этот волшебный праздник все ожидают чуда



А дети ждут чуда вдвойне: вот придёт Дед Мороз и оно случится! Веру в это у маленьких пациентов лечебных учреждений поддерживают врачи и весь медицинский персонал.

Как могут, стараются создать позитивное праздничное настроение – наряжают ёлки, устраивают конкурсы, организуют образовательно-развлекательные викторины, как, например, в Морозовской детской клинической больнице. Но у медицинских работников при всём желании возможности не безграничны. И тогда на помощь приходят благотворители и просто неравнодушные люди.

На гул большой подъезжающей к НИИ детской онкологии и гематологии Национального медицинского исследовательского центра им. Н.Н.Блохина машины, за рулём которой сидел Дед Мороз, не сразу обратили внимание и уличные прохожие, и пациенты центра. Но, когда

Дед Мороз и Снегурочка поздравляют маленьких пациентов онкоцентра

заработало подъёмное устройство, и разукрашенная разноцветными гирляндами кабина с Дедом Морозом и Снегурочкой стала подниматься вверх до уровня третьего этажа, все ребятишки прильнули к окнам. А Дед Мороз со Снегурочкой весело приветствовали детей, зажигали бенгальские огни, взрывали хлопушки и поочередно заглядывали в каждое окошко. То-то было радости! Впрочем, не меньше ребятишки радовались появлению сказочных персонажей и медицинские работники. Все соскучились по праздникам за этот непростой год и, кажется, стали лучше понимать друг друга, взрослые с удовольствием принимают участие в создании волшебной атмосферы.

Так, праздничный концерт под окнами Тульской областной детской клинической больницы устроили росгвардейцы. Военный оркестр в костюмах дедов морозов и участница телешоу «Голос. Дети» Софья Фи-

сенко исполнили популярные новогодние песни. Как отметил главный врач больницы Дмитрий Харитонов, для детишек, которым приходится встречать Новый год в стационаре, такое представление – настоящая сказка.

А пациентов Иркутской областной детской клинической больницы с автокрана пожарной машины поздравляли спасатели. Дети заранее написали свои желания, наклеив записки на стёкла. Благодаря Деду Морозу они обязательно сбываются!

Конечно же, никто не остался без подарков. Их передали в клиники. Маленькие пациенты получают игрушки и различные наборы после соответствующей обработки.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото
Евгении ЖУЛАНОВОЙ.

Дорогие друзья!

Сердечно поздравляю вас с Новым 2021 годом!

У всех медицинских работников очень непростая профессия, и сейчас она особенно важна, когда весь мир борется с пандемией коронавируса. Ежедневно, работая с колоссальной нагрузкой, рискуя своим здоровьем, медики спасают тысячи жизней.

Спасибо вам, дорогие коллеги, за вашу самоотверженность, профессионализм, чуткость, доброту, выдержку и фантастическую работоспособность. Пусть поскорее закончится этот сложный период времени с минимальными потерями и вы, преодолев все трудности, встретите новый год, в котором счастье и удача будут идти с вами рядом по жизни.

Хочу пожелать вам в 2021 году как можно больше лёгких рабочих дней, чтобы каждый день преподносил только приятные сюрпризы. Ваши родные и близкие дарили вам позитивную энергию, а пациенты говорили слова благодарности.

Долгих и счастливых лет жизни, крепкого здоровья. Живите с верой, надеждой и любовью в добре и радости много-много лет!

Михаил КУЗЬМЕНКО,
председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ.

* * *

Уважаемые читатели «МГ», коллеги!

Вот и завершается драматичный високосный 2020-й «коронавирусный» год. Обычно перед тем, как перевернуть последний листок календаря, подводим итоги, строим планы на день завтрашний. Оглянемся по традиции назад, оставим в прошлом всё негативное, а в грядущее возьмём с собой только светлое и доброе!

Пандемия новой инфекции показала, что многая реформированная система здравоохранения страны выстояла во многом благодаря медицинским работникам, их героизму и жертвенности. Все они встали надёжным заслоном на пути COVID-19. Понятно, на второй план отступили амбициозные задачи, поставленные перед российским здравоохранением и касающиеся повышения его эффективности, внедрения современных технологий и практик, улучшения доступности, качества, комфортности медицинской помощи. Приходилось всем вместе противостоять общемировой угрозе. И медицинское сообщество достойно ответило на очередной вызов. На каком бы участке ни трудились наши замечательные медики, труд каждого был востребован и незаменим. Люди оценили трудолюбие, профессионализм врачей, медсестёр, младшего медицинского персонала, их ответственность, преданное служению. В результате профессии врача и медицинских работников среднего звена уверенно возвращаются в число самых престижных и уважаемых в обществе. Это вселяет дополнительную уверенность, что здоровье людей в надёжных руках и мы преодолеем очередную угрозу.

Коллеги! Как бы ни складывалась ситуация, Новый год – замечательный праздник, время надежд, выхода на новый этап развития. Примите сердечную благодарность за ваш самоотверженный труд, верность высокому призванию, внимание и любовь к людям. От всей души желаем вам профессиональных успехов, позитивных перемен, сил, терпения, оптимизма, веры, скорейшего возвращения к привычной жизни! Крепкого здоровья, исполнения сокровенных желаний, благополучия вам и вашим семьям!

С наступающим Новым годом!

Редколлегия «Медицинской газеты».



Николай ЮЦУК,
президент МГМСУ
им. А.И.Евдокимова, академик РАН:

Несправедливо, когда специалист практического здравоохранения, который не занимается научной, преподавательской деятельностью, имеет заработок во много крат больше, чем работник высшей школы.

Стр. 7

Елена МАЛИННИКОВА,
заведующая кафедрой вирусологии
РМАНПО, доктор медицинских наук:

Инфекционная служба нуждается не в дальнейшем рассеивании по разным профилям здравоохранения, а в воссоединении и укреплении.

Стр. 10



Новости

Без помощи ассистента

Нейрохирурги Республики Тыва получили в своё распоряжение беспроводную навигационную установку. В Минздраве республики назвали данное событие «внедрением новой прогрессивной методики» оперативных вмешательств, поскольку до сих пор в регионе такого оборудования не было.

Мечта тувинских врачей сбылась благодаря реализации нацпроекта «Здравоохранение», в рамках которого происходит постепенное техническое переоснащение Регионального сосудистого центра в Республиканской больнице № 1. Навигационная установка сама по себе позволяет добиться значительного улучшения эффективности операций на сосудах, при удалении опухолей и других патологий головного мозга, а её беспроводной вариант к тому же удобнее в использовании, поскольку хирург сам управляет аппаратом непосредственно с навигационного инструмента, без применения дополнительных устройств и без помощи ассистента. В Республиканской больнице № 1 Кызыла ежегодно проводится около 400 экстренных и плановых нейрохирургических операций. Здесь рассчитывают на то, что по мере технического перевооружения объём выполняемых вмешательств вырастет.

Елена ЮРИНА.

Кызыл.

Не отстать
в больнице от учёбы

Не только поправлять здоровье, но и получать необходимые знания, чтоб не отстать от школьной программы, могут пациенты Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства. Здесь успешно реализуется Федеральный проект «Учим знаем». Благодаря ему дети, которые находятся на длительном стационарном лечении, проходят обучение непосредственно в медицинском учреждении.

Учебный класс оборудован большим интерактивным монитором, техническими средствами для общения с учителями в режиме реального времени, специальными высокотехнологичными партами и стульями для максимального удобства во время обучения.

Есть возможность с помощью планшетов подключать к образовательному процессу тех детей, которые находятся на постельном режиме. При этом каждый маленький пациент обучается индивидуально. Если болезнь застала во время сдачи экзаменов или даже ЕГЭ, то это можно сделать и в госпитальной школе. После выписки ребёнка оценки переносятся в таблицу успеваемости школы; при необходимости, здесь выставляются и четвертные, и годовые оценки.

Российская модель госпитальной школы признана лучшей отечественной практикой обучения и комплексной социальной реабилитации детей, находящихся на тяжёлом длительном лечении.

Алёна ЖУКОВА.

Барнаул.

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

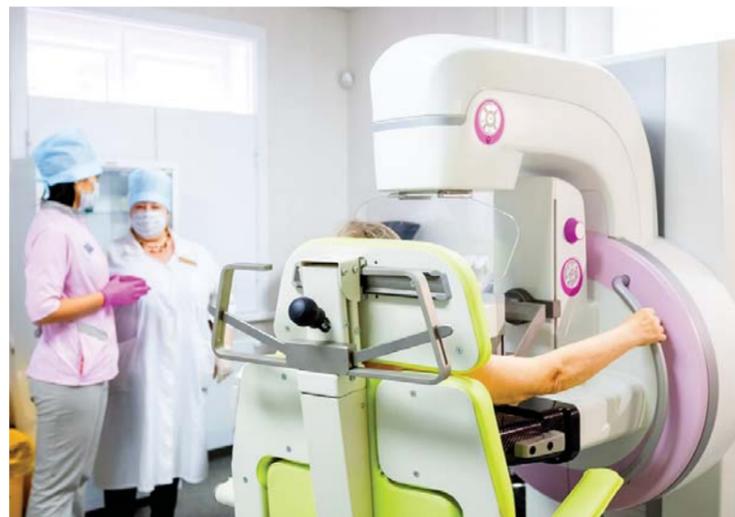
Проекты

Настроение —
на жизнь!

Врачи Челябинского областного клинического центра онкологии и ядерной медицины и психологи Томского государственного университета ищут связь между психологическими особенностями человека и риском возникновения у него онкологического заболевания. Для участия в исследовании была отобрана группа из 200 женщин с раком молочной железы, у которых с момента установления диагноза прошло не более полугода.

«Рак является заболеванием, в возникновение и развитие которого вносят вклад множество разноплановых факторов: это и генетика, и неблагоприятная окружающая среда, и вредные привычки, и особенности работы организма, гормональный фон, работа иммунной системы и др. Но психологические факторы работают наряду с ними: они повышают или снижают риски, и обязательно должны учитываться. Психологическое сопровождение может повысить эффективность лечения и выживаемость больных», — отмечает руководитель проекта, главный научный сотрудник лаборатории психологии факультета психологии университета, доктор психологических наук Диана Циринг.

На данном этапе психологи уже выявили, что женщины с раком молочной железы в целом склонны к подавлению эмоциональных реакций и контролю собственных переживаний. Вероятно, этот чрезмерный контроль — один из наиболее ярких негативных факторов. Есть различия, связанные с возрастом.



Маммография — важный этап выявления рака молочной железы

Так, пациентки моложе 40 лет чаще игнорируют проблемы, чем более старшего возраста, в то же время они больше склонны как искать социальную поддержку, так и вступать в конфронтацию в трудных ситуациях. Обнаружено также, что есть связь между жизнестойкостью пациенток и качеством их жизни.

Учёные настаивают, что психологическое сопровождение при онкопатологии — не просто проявление гуманного отношения к пациентам, а одна из составляющих успеха. Они намерены доказать необходимость его включения в протоколы лечения.

Проект «Психологические факторы выживаемости и течения болезни у больных злокачественными образованиями» в 2019 г.

стал единственным среди представленных регионами, который одержал победу в конкурсе и получил грант Российского научного фонда.

На сегодняшний день это самое масштабное в России исследование по этой теме. Грант фонда на проведение исследования с общим объёмом финансирования 18 млн руб. выделен на период с 2019 по 2021 г. Однако учёные планируют продолжить исследование и далее, чтобы установить связь психологических особенностей пациенток и их пятилетней выживаемости.

Лия ЗАХАРОВА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото автора.

Праздники

Красивая дата
красивых людей

Педиатры отличаются от врачей других специальностей, причём не только профессиональными умениями, но и человеческими качествами. Это — поистине красивые люди, не огрубевшие души. Сегодня у многих из них — выпускников разных лет Второго Меда — праздник.

Первый в мире и в нашей стране педиатрический факультет Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова отмечает 90-летие. В связи с эпидемической обстановкой очное празднование круглой даты перенесено на будущий год, однако по случаю Дня рождения педиатрического факультета состоялось онлайн-торжество с поздравлениями, выступлениями и добрыми воспоминаниями.

«Первенец» появился в далёком 1930 г. и назывался факультетом охраны материнства, младенчества и детства. Его организация была обусловлена высокой смертностью новорож-

дённых и матерей, которая в стране в несколько раз превышала европейские и американский показатели. Потребность в педиатрах была столь велика, что к обучению привлекали студентов-лечебников. Уже через 2 года после создания состоялся первый выпуск, насчитывавший всего 120 человек. Как отметил министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко, педиатрический факультет Второго Меда стал кузницей блистательных детских врачей для всей страны.

— Наш факультет не просто первый. Это те школы и те великие имена, которые заложили основы педиатрии в Советском Союзе, а далее и в России. И что особенно приятно, сегодня у нас работает профессорско-преподавательский состав, достойный этих имён, — подчеркнул ректор РНИМУ им. Н.И.Пирогова академик РАН Сергей Лукьянов.

Именно педиатрический факультет РНИМУ считается родоначальником аналогичных факультетов в России (их сейчас 60), странах СНГ. Свою миссию факультет видит не только в по-

полнении педиатрических кадров страны профессионалами высокого класса, но и в воспитании молодых врачей.

— Я убеждён, что детским врачом нужно родиться, а потом быть воспитанным на педиатрическом факультете. Из педиатров получаются очень серьёзные специалисты и в других областях медицины, — полагает А.Румянцев.

— Качественное обучение врачебному делу принципиально невозможно без клинической базы. Поэтому сегодня в РНИМУ отмечают двойной юбилей — 35-летие Российской детской клинической больницы. Убеждён, что знания и практический опыт, накопленные в тесном взаимодействии педиатрического факультета и детской больницы, позволят и дальше развивать отечественную педиатрию, содействуя эффективной реализации общенациональных приоритетов в сфере здравоохранения, — выразил надежду М.Мурашко.

Валентина ЗУЕВА.

МИА Cito!



20 декабря ушёл из жизни Константин Вячеславович ЩЕГЛОВ — член редколлегии «Медицинской газеты», с 1985 по 1991 г. главный редактор «МГ».

К.Щеглов родился 23 июля 1948 г. в селе Волово Закарпатской области. Семья его переехала в Костромскую область, где он окончил медицинское училище. Трудовую деятельность в здравоохранении он начал помощником санитарного врача Шарьинской городской санитарно-эпидемиологической станции. Но позже выбрал другую стезю — журналистику.

В 1970-1974 гг. прошёл путь от старшего литературного сотрудника, заведующего промышленным отделом до редактора районной газеты «Ветлужский край» (Костромская область). В 1976 г. окончил факультет журналистики МГУ им. М.В.Ломоносова, безоговорочно определив профессиональную траекторию. В 1986 г. — выпускник Академии общественных наук при ЦК КПСС. Второе высшее образование получил в Московском государственном университете им. М.А.Шолохова по программе «Теология, методика преподавания».

Его интересует религия, которая многие годы была под негласным запретом. Он откроет для себя неизвестный мир, пройдя обучение на Высших богословских курсах при Московской духовной академии по направлению «Православное богословие, методика преподавания».

Его статьи публикует ТАСС, он трудится в федеральных газетах обозревателем, заведующим отделом. Но его по-прежнему влечёт и медицина. Его перу принадлежат сотни статей, прочитанные миллионами российских медиков.

Мы будем помнить Константина Вячеславовича как компетентного, уважаемого и отзывчивого товарища, журналиста, прекрасно владеющего словом. Он умел выбрать интересный и правильный угол зрения на очень сложные проблемы, с которыми сталкивается отечественное здравоохранение. Труд Константина Вячеславовича отмечен высокими наградами: орденом Почёта, медалью «Воину-интернационалисту от благодарного афганского народа», медалью Н.И.Пирогова, он лауреат премии Союза журналистов России за 1996 г.

В нашей памяти будут всегда жить добрые дела Константина Вячеславовича. Светлая ему память.

Коллектив редакции
«Медицинской газеты».

ОМС: реальность и перспективы

Федеральные инвестиции

Президент РФ В.Путин в связи с принятыми в декабре поправками в Федеральный закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» утвердил перечень поручений, призванных усовершенствовать систему ОМС. В частности, Правительству РФ предстоит увеличить, по сравнению с 2020 г., объёмы специализированной и включённой в базовую программу ОМС высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой федеральными клиниками в 2021-2023 гг.

Подчеркивается, что медпомощь в федеральных медицинских организациях оказывается в сложных и тяжёлых случаях заболеваний, а направление в клинику выдаётся субъектами.

В 2021 г. на эти цели планируется направить 119,4 млрд руб. Они будут фактически изъяты из субвенции, которую Федеральный фонд ОМС направляет территориальным фондам на

реализацию базовой программы госгарантий. И этих плановых средств недостаточно, так как объём был рассчитан по результатам 2019 г. «Мы взяли за основу 2019 г. и проиндексировали стоимость, сохраняя объёмы помощи 2019 г. на всю трёхлетку. Здесь показан рост только за счёт индекса потребительских цен, который предусматривается в прогнозе макроэкономического развития», – говорила глава Федерального фонда ОМС Елена Чернякова.

Известно, что в 2019 г. многие федеральные центры израсходовали выделенные средства уже к осени. Тогда пациентов вынуждено ставили в список ожидания или направляли в другую медицинскую организацию либо принимали с расчётом получить оплату медпомощи сверх установленных комиссией по разработке территориальной программы лимитов.

Источник, за счёт которого Правительство РФ сможет увеличить финансирование работы федеральных медцентров по

ОМС в 2012-2023 гг., в поручении не уточняется. Однако отдельным пунктом отмечается, что это должно быть сделано не за счёт средств территориальных программ. Финансирование этих программ тоже поручено увеличить.

Кроме того, федеральному правительству, Банку России и Всероссийскому союзу страховщиков будет необходимо представить предложения о «необходимости уточнения полномочий страховых медицинских организаций» с учётом принятия изменений в закон № 326-ФЗ. Минздраву России поручено совместно с рабочей группой Госсовета по направлению «Здравоохранение», с региональными органами исполнительной власти и с привлечением страховых и пациентских организаций организовать мониторинг реализации поправок в него.

Во время мониторинга наблюдателям необходимо обратить «особое внимание» на обеспечение реализации прав застрахованных, финансирование территориальных программ ОМС и финансовую устойчивость системы ОМС. Организацию мониторинга изменений в системе ОМС ранее анонсировали в Федеральной антимонопольной службе, а также в Совете Федерации в связи с «обеспокоенностью регионов», а также негативными отзывами на законопроект от участников рынка.

Вячеслав ДАШКОВ.

В центре внимания

Нельзя говорить, что 2020 г. был плохим. Есть и плюсы, и минусы, как и в жизни. Этот год связан с пандемией. Борьбе с коронавирусом Президент посвятил около трети из более чем четырёх часов эфирного времени. Участники встречи со всех концов страны задавали главе государства самые острые вопросы. И на все он давал чёткие и развёрнутые ответы.

и нет таких гигантских расстояний как у нас, что позволяет оказывать качественную медицинскую помощь. Что ж, и у нас потихоньку строятся дороги, больницы, медпункты, обновляется оборудование, ведётся научная работа (вакцина от COVID-19 подготовлена в кратчайшие сроки), повышается зарплата.

У населения и профессионалов масса вопросов, которые касаются вакцинации. Как она будет

На Президентском уровне

Проблем много – это и быстрое реперофилирование больниц в коронавирусные стационары и постройка новых модульных госпиталей, родеро. Это и поиск вакцины, и защитное снаряжение для медперсонала, и препараты, и подготовка самого медперсонала.

Президент отметил, что с этой проблемой мы справляемся лучше, чем во многих странах, где сейчас вынуждены объявить локдаун. «У нас на данный момент времени падение ВВП – 3,6%. Это меньше, чем практически во всех ведущих странах Европы, меньше, чем в США. В некоторых странах Евросоюза падение ВВП где-то под 9% на сегодняшний день», – сказал Президент.

За это время построили 40 центров: 30 Минобороны возвело достаточно быстро и 10 – сами регионы. Один из них должен быть завершён в последние дни уходящего года. Это говорит о способности быстро реагировать на проблему.

Проблем много – особенно в местах, но их надо решать. Естественно, хочется, чтобы в каждом многоквартирном доме, в каждой деревне был свой фельдшер-акушер-хирург-проктолог и т.п. в одном лице, как 50 лет назад во времена СССР, когда почти в каждом селе был медпункт – но пока это не представляется возможным. Такого нет даже в развитых капиталистических странах. Правда, там есть хорошие дороги, развитая инфраструктура

проходить технически? Какой процент осложнений возможен, как уменьшить нежелательные последствия для организма?

Россия оказалась первой страной в мире, которая изобрела, так можно сказать, и начала производить вакцины – Национального исследовательского центра эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи и Новосибирского центра «Вектор».

В этом году специально были введены новые государственные награды – орден Пирогова и медаль Луки Крымского. Также присвоены звания Героев Труда, присуждены государственные премии. Вручены сотни, если не тысячи Благодарственных писем от Президента и от глав республик и областей.

В этих достаточно сложных условиях ещё раз подтвердили, что в основе российской идентичности, лежит единение народа при какой бы то ни было угрозе. То, что мы все видели, – работа волонтеров, медиков, которым ещё раз низкий поклон и благодарность, нацеленного на помощь и поддержку ближнего своего, поддержку тех людей, которые нуждаются в помощи, – вот это общенациональное единение, – отметил Президент РФ. – Хочется выразить слова благодарности всем, кто принял участие в этих масштабных мероприятиях.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Сохранить стабильность

Новые подходы к финансированию медицинских организаций в условиях пандемии позволяет им полностью покрывать расходы. Минздрав России рассмотрит предложения Федерального фонда обязательного медицинского страхования об оказании финансовой поддержки из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации, в которых в 2021 г. прогнозируется дефицит финансового обеспечения территориальных программ ОМС, связанный с увеличением объёмов финансового обеспечения оказания медицинской помощи, в том числе, при заболелении новой коронавирусной инфекцией. Мониторинг оказания медицинской помощи медицинскими организациями проводится Федеральным фондом ОМС.

В 2020 г. реализация базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется в условиях угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией COVID-19. В целях организации оказания медицинской помощи в особых условиях Постановлением Правительства РФ № 432 в апреле текущего года утверждены особенности реализации базовой программы ОМС, в том числе включающие

вопросы: оплаты первичной медико-санитарной помощи, по подшему нормативу финансирования медицинской организации на прикрепившихся лиц с учётом приостановления профилактических мероприятий; ежемесячного финансового обеспечения расходов медицинских организаций в размере до 1/12 от годовой потребности; дополнительного финансирования расходов по оплате труда работников, налогов и сборов, страховых взносов,

коммунальных услуг и содержанию имущества независимо от объёма оказанной медицинской помощи. Таким образом, объём финансирования медицинских организаций позволял им покрывать постоянные расходы вне зависимости от объёмов оказания медицинской помощи.

Применение особого порядка финансового обеспечения позволило за период апрель – июль 2020 г. дополнительно направить в медицинские организации 28 млрд руб. Эти меры продлены до конца года в соответствии с постановлением Правительства РФ № 1995 от 03.12.2020.

Кроме того, в целях обеспечения оказания медицинской помощи в условиях пандемии распоряжением Правительства РФ № 2075-р увеличено финансовое обеспечение оказания медицинской помощи в рамках программы ОМС в объёме 47,5 млрд.

Алексей ПИМШИН.

Подписка-2021

Продолжается подписная кампания

Уважаемые читатели!

Оформить подписку на «Медицинскую газету» можно воспользовавшись Объединённым каталогом «Пресса России – 2021» в отделениях почтовой связи России.

Подписные индексы:

42797 – на год; **32289** – на полугодие;
50075 – на месяц.

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

Подписной индекс: **T6895**

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.**



Криминал

Служебный подлог

Прокуратура Республики Бурятия утвердила обвинительное заключение по уголовному делу в отношении начальника Управления капитального строительства (УКС) Виктора Гуслякова. Он подозревается в служебном подлоге (ч. 1 ст. 292 УК РФ) при поставке медицинского оборудования в Бурятский республиканский онкологический диспансер.

Дело передано в Советский районный суд Улан-Удэ для рассмотрения по существу, максимальная санкция по статье предусматривает два года лишения свободы.

По версии следствия, в декабре 2019 г. экс-начальник УКС В.Гусляков, достоверно зная, что оборудование по ранее заключённому контракту на 96,7 млн не поставлено, «с целью создания видимости освоения бюджетных средств» подписал и заверил печатью товарную накладную. После чего поставщику была перечислена оплата контракта в полном объёме.

По данным портала госзакупок, УКС заключило контракт на поставку медоборудования на сумму 96,7 млн руб. с частной организацией в декабре 2019 г. Для нужд республиканского онкодиспансера необходимо было приобрести 15 прикроватных мониторов, 8 хирургических, две центральные станции мониторинга и 17 операционных столов с принадлежностями.

Следственный комитет возбудил дело о служебном подлоге в январе 2020 г. В онкодиспансере тогда отметили, что оборудование к ним не поступало, оно ожидается в 2021 г., «после того как УКС введёт в эксплуатацию здание и передадут по акту».

В расследовании принимали участие Минстрой и Минздрав региона. Как отметили в Прокуратуре республики в декабре 2020 г., «в ходе расследования уголовного дела оборудование поставлено в полном объёме».

Григорий МАТВЕЕВ.

МИА Сито!

Республика Бурятия.

Действенные меры

В стране действует оперативный штаб борьбы с пандемией. Как в старые времена перед лицом всеобщей угрозы, Президент РФ Владимир Путин не раз выступал с обращением к нации. Он регулярно проводил и проводит совещания с членами правительства по вопросам борьбы с коронавирусом в стране. С отчётами выступают, в том числе, вице-премьер Татьяна Голикова, глава Минздрава России Михаил Мурашко, руководитель Роспотребнадзора Анна Попова. В столице, где «всё под контролем», рупором пандемической повестки стали мэр Москвы Сергей Собянин и его заместитель Анастасия Ракова. При этом создаётся впечатление, будто все в одночасье превратились в специалистов – инфекционистов, эпидемиологов, вирусологов и т.д. На каждом телевизионном канале звучат комментарии социологов, политологов, артистов на «заданную тему».

На недавней очередной встрече Президент страны высказал недовольство действиями министров, напомнил об ответственности губернаторов, которым предоставил широкие полномочия. Ему вторила Т.Голикова, заявившая, что выслушивать аргументы и просьбы губернаторов будут лишь в зависимости от освоения средств на борьбу с COVID-19. Проблемы повсеместно общие – недостаток коечного фонда, нехватка вакцин, долгое ожидание результатов тестирования и т.д. По большому счёту, налицо неполная готовность системы здравоохранения держать удар под натиском коронавируса. Сам кризис вызван, в том числе, отсутствием экономических решений, которые позволили бы оптимизировать все траты. COVID-19 покоряет новые высоты, и, судя по всему, до плато ещё далеко...

Нацпроект в зоне риска

В пылу борьбы с коронавирусной инфекцией на задний план отодвинулись рутинные дела: оказание плановой медицинской помощи, капитальный ремонт, реализация нацпроектов и пр. Осенью Счётная палата РФ констатировала недостижение плановых значений по шести из 15 показателей Национального проекта «Здравоохранение», поставленных на 2019 г. По сути, нацпроект оказался проваленным на 40%, хотя при этом исполнение расходов федерального бюджета в прошлом году отмечается на уровне 96,4%. Аудиторы бьют тревогу: такое положение дел грозит риском не достигнуть намеченных целей в необходимые сроки.

Да и демографическая ситуация в стране сделала «просадку». Недавно ВОЗ опубликовало заключение, что по сравнению с 2000 г. средняя продолжительность жизни в мире выросла на 6 лет: сейчас она составляет более чем 73 года. А что же Россия? По имеющейся на данный момент информации, в 83 регионах страны зарегистрирован рост смертности. При этом основное увеличение произошло за счёт 10 субъектов РФ: Москва, Московская область, Санкт-Петербург, республики Татарстан и Башкирия, Краснодарский край, Самарская, Челябинская, Ростовская, Свердловская области. За 10 месяцев 2020 г. только в двух территориях наблюдается положительная динамика по смертности по сравнению с 2019 г. – в Севастополе и Бурятии. Понятно, печальную лепту в этот процесс внёс COVID-19. Например, смертность от коронавирусной инфекции только в сентябре выросла по сравнению с августом на четверть. Таковы данные Росстата.

А где же ВОЗ?

Медицинские работники с неизменным уважением относятся к Всемирной организации здравоохранения. Однако в уходящем году её авторитет несколько пошатнулся. Специалисты стали отмечать, что в ситуации с COVID-19 ВОЗ «переобувается» на ходу по несколько раз.

Итоги и прогнозы

Сложный год:
продолжение следует?

В период опасности врачи проявляют лучшие свои качества

Многие уже считают дни до наступления Нового года. Уходящий 2020-й выдался непростым, зловещим, совершенно особенным, не похожим на прежние. Как показал опрос, проведённый известным агентством, «ничего хорошего» в этом году не было у 40% респондентов. Некоторым хочется вычеркнуть его из жизни, чтобы связанная с ним пандемия новой коронавирусной инфекции навсегда канула в Лету. Но, как говорится, из песни слова не выкинешь. Долго ещё нам предстоит не только вынужденно оглядываться назад, но и сталкиваться с этой бедой в будущем. Неизвестно: месяцы, год или годы придётся сосуществовать с COVID-19, который по-прежнему остаётся неразгаданной и фатальной угрозой человечеству.

Всего год назад зарегистрировали «нулевого пациента». За это время в мире коронавирусом выявлен более чем у 77 млн человек,

в течение года делала противоречивые, порой взаимоисключающие заявления, призналась даже в собственной поспешности с объявлением пандемии. Президент США был категоричен в своём решении и заявил о выходе из неё. Сейчас она вновь прогнозирует тяжёлое развитие ситуации из-за роста заболеваемости. Гендиректор ВОЗ призвал мировых лидеров «предпринимать незамедлительные действия, чтобы не допустить дальнейших ненужных смертей, катастрофических нагрузок на службы здравоохранения, а также закрытие школ». К огорче-

РФ, анализа усилий по борьбе с пандемией коронавируса и необходимости давно назревших перемен в ОМС и организации здравоохранения в стране. Реформа ОМС повышает роль Федерального фонда ОМС и централизует эту систему. С 1 января 2021 г. страховые компании уже не будут оплачивать медицинскую помощь, которую предоставляют федеральные клиники. В результате Федеральный фонд становится участником ОМС, что внесёт больший, чем до настоящего момента, порядок в организацию, оказание и оплату медицинской

число смертей превысило 1,7 млн. По недавним данным ВОЗ, сегодня только в Европе от этой болезни примерно каждые 17 секунд умирает один человек. В России сейчас более 2,9 млн заболевших и свыше 50 тыс. погибших.

Коронавирус изменил весь мир. Разброс мнений о новой инфекции широк: от «ковид»-диссидентства до «коронабесия» (вот какие термины появились в нашем языке!). Кто-то считает эту болезнь сезонным заболеванием, разновидностью гриппа, кто-то – результатом заговора мировых политических элит. Так параллельно с пандемией COVID-19 разворачивается новая сверхмощная информационная пандемия. Люди устали от этой темы, поддаются панике. Разумеется, без паники, но не удастся обойти её и нам, ибо она заполонила весь шар земной...

Проблемы и решения

В нынешней нестандартной ситуации до сих пор не выработана схема, которая являлась бы самой эффективной в лечении коронавируса. Поиск новых подходов продолжается. Пандемия побудила Правительство РФ принять ряд постановлений. Согласно им, в стране до 2022 г. продлевается процедура ускоренной регистрации медицинских изделий и получения разрешительных документов на использование лекарственных препаратов для лечения больных с коронавирусом.

В период пандемии большинство людей постоянно сталкиваются с отсутствием в аптечной сети даже самых обычных препаратов и порой вынуждены лечиться «суррогатами». А пациентов ещё и бранят, дескать, они собственными руками создают нездоровый ажиотаж. Проще всего всё свалить на пандемию, что и делают чиновники, но причина не в ней, она лишь обострила ситуацию. Нельзя постоянно «в ручном режиме» бороться с дефицитом, регулировать закупки, выделять средства, отменять маркировку... Пора, наконец, по-государственному решать перзревшую проблему.

Это было и прежде, но пандемия спровоцировала массовый приём антибиотиков без явных показаний – для профилактики инфекции, «на всякий случай» и т.д. Люди забывают либо не задумываются над тем, сколь это опасно для заболелых COVID-19 и для человечества в целом. Бесконтрольное применение антибиотиков усиливает устойчивость бактерий к антимикробным препаратам, и в критический момент они просто не помогут. В итоге нас ждёт ещё большая беда – полирезистентность.

С 1 января 2021 г. в стране вступает в силу закон о возобновлении работы медицинских вытрезвителей при больницах. С оказавшихся в таких учреждениях станут взимать плату. Ночёвка в них обойдётся почти в 2 тыс. руб. в стуки.

В последнее время горячей стала и тема абортот. Несмотря на альтернативные точки зрения, Минздрав России не поддержал вывод абортот из системы ОМС и создание специальных учреждений для таких процедур.

В конце года Правительство РФ обозначило, чем будет заниматься в области здравоохранения вплоть до 2025 г. Примечательно, что в планах опять не говорится, например, о строительстве больниц и поликлиник, но ведь одной оптимизацией ситуацию не разрулить. Нет места и решению высвеченной пандемией острой проблемы дефицита кадров. Врачей следует готовить, а не поднимать зарплату оставшимся за счёт сокращения имеющихся. В очередной раз провозглашается тезис о необходимости повышать ответственность пациентов за своё здоровье. А каким образом, неужели законом, наказующим людей, если вдруг они заболели?

Регионы «горят»

Кризисные регионы, коих в стране немало, сегодня буквально «горят» по COVID-19. Президент, председатель Правительства РФ Михаил Мишустин, Роспотребнадзор устанавливают всё новые и новые требования, выполнить которые имеющимися ресурсами и возможностями проблематично. Недостаёт медицинского персонала. Система здравоохранения не в состоянии



нию, очередные «рекомендации» ВОЗ теперь отнюдь не беспрекословны...

В режиме перемен

На протяжении ряда последних лет звучало много критики в адрес существующей ныне системы обязательного медицинского страхования, которая стала, наверное, наиболее большим местом в здравоохранении. Неоднократно на ОМС замахивалась председатель Совета Федерации Валентина Матвиенко. Но чиновники тогда ещё не определились, как модернизировать несовершенную и неэффективную работающую, на их взгляд, систему.

Недавно Президент РФ подписал Федеральный закон № 430-ФЗ от 08.12.2020 о реформе системы ОМС и внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». По сути, это закономерный шаг, вытекающий из принятия поправок в Конституцию

помощи по базовой программе ОМС. Закладывается основа для соблюдения единых по реальному «медицинскому» наполнению и финансированию стандартов оказания бесплатной помощи населению. Поправки устанавливают вертикальные отношения в ОМС, где до сих пор преобладала очень пёстрая региональная «горизонтальная» картина, вследствие чего в разных регионах при одном и том же заболевании пациенту могла быть оказана неодинаковая по объёму помощь. По мнению экспертов, новый документ станет важным шагом в централизации системы ОМС и приведении её к единым стандартам оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ по базовой программе ОМС вне зависимости от региона проживания гражданина и места оказания медпомощи по ОМС. Однако возникает закономерный вопрос: смогут ли отныне страховщики защищать права пациентов, если ФОМС станет единственным игроком на медицинской арене?

Упрощённая процедура позволяет получить все необходимые документы для применения лекарств или использования медицинских изделий в максимально короткие сроки. Изначально такой порядок был введён до 1 января 2021 г. Согласно п. 29 Постановления Правительства РФ № 441 от 03.04.2020, «применение лекарственных препаратов в период чрезвычайной ситуации по показаниям, не указанным в инструкциях по медицинскому применению, с целью изучения их эффективности для проведения профилактических и лечебных мероприятий вправе осуществлять медицинские и иные организации». В результате у врачей сохраняется свобода выбора, которая предоставляется существующей нормативной базой.

По-прежнему нерешёнными остаются проблемы в такой важной сфере, как лекарственное обеспечение. И раньше, и ныне меры по устранению дефицита медицинских препаратов носят точечный или же запоздалый характер.

справиться с возросшим потоком пациентов. Поскольку лабораторная диагностика затратна, приходится экономить, в результате большинство тестов некачественны и неинформативны. Сформировать достаточный запас препаратов невозможно вследствие ранее введённых систем маркировки и предписаний, которые внедрили Минздрав и Минпромторг России. Всю полноту ответственности теперь переложили на глав субъектов РФ.

Вот территориальные власти и крутятся, как могут, на что только не идут, чтобы обеспечить население медпомощью. Хотя, очевидно, регион региону рознь. В Москве, например, большинство заболевших имеют возможность лечиться дома под постоянным наблюдением врачей поликлиник и телемедицины. Противовирусные препараты, антикоагулянты, пульсоксиметры при амбулаторном лечении получают бесплатно.

А вот калужский губернатор Владислав Шапша сел за руль авто из служебного автопарка, чтобы облегчить работу медиков, и призвал последовать личному примеру других чиновников. В Челябинске, дабы решить проблему с нехваткой «скорых», пробуют наладить «ковидное» такси. Водителей планируют обязать за счёт средств бюджета города доставлять больных с подозрением на коронавирус на КТ-исследование. Понятно, у сотрудников таксопарков подобное неординарное решение властей кататься с инфицированными целый день не вызвало восторга. В Ивановской области из-за нехватки мест для размещения новых заразившихся перепрофилируют другие учреждения, понятно, в ущерб оказанию помощи по иным профилям.

Омские фельдшеры в одну октябрьскую ночь превратились в героев: две машины «03» привезли пожилых пациентов с коронавирусом к зданию регионального Минздрава после того, как все больницы отказались принять больных в тяжёлом состоянии с поражением 80% лёгких из-за нехватки мест. Смелый поступок привлёк внимание общественности к проблемам здравоохранения области, которая, по большому счёту, является олицетворением российской региональной медицины. К ситуации подключился министр здравоохранения РФ. Заместитель министра здравоохранения Омской области отстранили от должности, вскоре в отставку была отправлена и министр Ирина Солдатова. По сути, главам регионов дан сигнал избавлять свои правительства от неэффективных кадров, куда дело не коснулось их самих...

Врачи-герои

В честь 75-летия Великой Победы российские писатели на страницах «МГ» опубликовали письмо о героизме врачей: «Своим служением вы не только восхищаете страну, сплавляете её в единую общность, являете пример высочайшего из человеческих качеств – самопожертвования во имя и блага других. Сообщения о вашей рискованной, неимоверно трудной работе страна воспринимает как сводки с фронта. У каждого подвига есть имя. Сегодня в России имя ему – врач».

В этом году учреждены новые государственные награды – орден Н.И.Пирогова и медаль Луки Крымского (В.Войно-Ясенецкого), которыми наградили врачей, средний медперсонал, волонтеров, оказывавших помощь больным в «красных зонах» и инфицированным COVID-19. Главному врачу знаменитой больницы в Коммунарке Денису Проценко, который общался с Президентом, и ещё четырёх его коллегам из разных регионов страны присвоено звание «Герой Труда России». Учёных из Национального исследовательского центра эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи, создавших первую в мире вакцину от коронавируса «Спутник V», как заявили в Комитете Госдумы РФ по охране здоровья, планируют выдвинуть на Нобелевскую премию 2021 г. Конечно, прекрасно, что благородный труд замечен, однако, учитывая

отношение мирового сообщества к российской вакцине, нет надежды, что её разработчиков оценят. Но в данном случае речь всё-таки не об отдельных личностях.

Что происходит в рамках страны? У нас не всегда по справедливости оплачивают даже за работу с инфицированными. Ещё по итогам первых выплат медики раскритиковали механизм начисления стимулирующих надбавок, который приводил к занижению сумм, а в составленный перечень получателей не попал ряд категорий сотрудников медорганизаций. Правда, Правительство решило в 2021 г. продлить выплату федеральных доплат медицинским и иным работникам, которые контактируют с инфицированными коронавирусом.

В первую волну врачей действительно считали героями-спасителями, сейчас же с них больше требуют, что они должны и должны... Такое же отношение и к молодёжи, которая грызёт гранит науки, находясь на студенческой скамье. Оказавшись недавно в стенах Сеченовского университета, наблюдал картину, прямо скажем, не для слабонервных: вуз пустой, без привычных звонких голосов. Обучение, подготовка студентов – по большому счёту только в дистанте. Какое образование получит это «потерянное поколение»? И тем не менее, вследствие нехватки кадров их «бросают на амбразуру». Тем, кто сопротивляется, грозят отчислением, вспоминая Клятву Гиппократова и залугивая: считаешь это «крепостным правом» – вон из профессии! К чему такая категоричность? Никто не спорит: долг врача – облегчать страдания людей. Но, право, это же неподготовленные кадры, скажем так, «необстрелянные младшие лейтенанты 1941-го года», которых в своё время бросали в бой, словно пушечное мясо. Когда мы начнём, наконец, ценить человеческие жизни, а не относиться к людям, как к неисчерпаемому трудовому ресурсу?

Медицине работники постоянно погибают от COVID-19, составлен уже целый мартиролог. Но вот добиться компенсации по этому случаю родственникам бывает очень трудно, несмотря на заверения властей. В ряде регионов, например, в Санкт-Петербурге, Самаре и т.д. отказывались выплачивать пособия в связи со смертью врачей. И доктора, и родственники погибших молчат, потому что подчас не надеются на торжество справедливости.

Война вакцин

Сегодня можно уверенно говорить о триумфе нашей науки в борьбе с COVID-19. Спустя 9 месяцев от начала пандемии, практически готовы 4 отечественные вакцины против коронавируса. Лидирует первая зарегистрированная в мире отечественная вакцина «Спутник V» НИЦ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи, директор которого академик РАН А.Гинцбург проявил определённое мужество по оперативному ответу на вызов человечеству. Мир пытается дискредитировать это творение, ведь регистрация прошла до завершения клинических испытаний. Оптимизм также вызывают вакцины новосибирской фирмы «Вектор», Федерального научного центра исследований и разработки иммунологических препаратов им. М.П.Чумакова РАН, Научно-исследовательского института гриппа им. А.А.Сморodinцева (Санкт-Петербург). Предполагается, что все они будут включены в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов России. Но вакцины от коронавируса в поле экономической и политической борьбы.

В стране идёт массовая вакцинация. Россияне традиционно были и остаются в массе своей «вакцинозависимыми». Опыт показывает, что популяция перестала страдать теми инфекционными заболеваниями, от которых защищается вакцинами. Следовательно, вакцинация от COVID-19 во многом способна решить возникшую проблему. Только кое-где иммунизация проводится добровольно-принудительно: не сделавших прививки руководители

организаций и вузов просто не допускают к работе.

Наши юбиляры

Но не всё безрадостно в годуходящем. Были и конференции (пусть и в онлайн-режиме), встречи, дискуссии, обмен опытом, продолжалось внедрение современных прогрессивных лечебно-диагностических технологий и методик. Понятно, даже в период пандемии случались в нашей жизни позитивные события. Как же без них? Однако когда нас убеждают, что во время кризиса случился прогресс, это уже пережёлст... А ещё некоторые уважаемые коллеги встретили свой юбилей. Хотя празднований не было, оставить без внимания эти даты мы не могли.

Пятого января 80-летие пульмонолога с мировым именем, заведующего кафедрой госпитальной терапии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, президента Российского респираторного общества, вице-председателя Комитета ЮНЕСКО по биотехнике, вдохновителя авторитетного конгресса «Человек и лекарство», академика РАН Александра Чучалина. Сегодня он входит в ряд ведущих представителей современной отечественной медицины. Кстати, к его чести следует отметить, что он по сути единственный из всего медицинского сообщества возвысил голос против массового применения вакцины против коронавирусной инфекции до прохождения всех стадий клинических испытаний. Разработка вакцины, считает учёный, это научная задача, требующая ответственного подхода, где нет места прессингу на учёных, политической ангажированности. Мир ждёт новые лекарства, а не новые проблемы. Он даже отказался от членства в Комитете Минздрава России по биотехнике, так как отмечал случаи «протаскивания» документов с грубыми этическими нарушениями. Любое клиническое исследование должно проходить этическую экспертизу, которая не менее важна, чем технологическая. Не случайно на Нюрнбергском процессе 1946 г. был принят специальный кодекс, основанный на Декларации прав человека и предусматривающий обязательное использование добровольного информированного согласия. Россия обязана строго соответствовать международным нормам. Обладая высокой внутренней культурой, личным обаянием, доброжелательностью, активной жизненной позицией, чувством справедливости и ответственности за судьбы людей, Александр Григорьевич успешно продолжает лучшие традиции нашей медицины.

Первого ноября отметила юбилей Вероника Сворцова, член-корреспондент РАН, руководитель ФМБА, государственный деятель, организатор здравоохранения, учёный, видный невролог, нейрофизиолог, профессионал международного уровня, наставник. Путь Вероники Игоревны в медицину во многом был предопределён, поскольку она родилась во врачебной семье, став потомственным врачом в пятом поколении, четвёртой в истории России женщиной-министром здравоохранения. Это цельная натура, уважаемый в медицинском сообществе человек, красивая, обаятельная женщина, обладающая особым притягательным духом и несущая очарование. В юности увлеклась классической музыкой, серьёзно занималась игрой на фортепиано, однако интерес к естественным наукам и медицине оказался сильнее. Её часто критиковали, но она лишь добросовестно трудилась и продолжает это делать сейчас. Возглавляла одну из первых в стране нейроанимационных служб Первой Градской больницы. Когда во Втором Меде открылась кафедра фундаментальной и клинической неврологии и нейрохирургии, стала её заведующей. Создала Научно-исследовательский институт инсульта. На министерском посту

первой со времён СССР начала развивать инфраструктуру первичного звена здравоохранения и восстанавливать так называемую сельскую медицину. Во многом именно благодаря этому в регионах удалось смягчить удар первой волны COVID-19. Сегодня под её началом в ФМБА ведутся научные разработки новой вакцины и эффективного лекарственного препарата, разрушающего коронавирус. Хочется верить, что Вероника Игоревна, находящаяся на передовых рубежах здравоохранения, внесёт новый весомый вклад в историю отечественного здравоохранения.

Двадцать первого ноября исполнилось 90 лет академику РАН Анатолию Покровскому. Если мысленно пройти творческий путь Анатолия Владимировича, выкристаллизуются его огромные заслуги в хирургии, яркие победы, которых он достиг на протяжении десятков лет работы в медицинской отрасли. Его характеризует ответственный подход к профессии, самоотдача и преданность медицине. Труды А.Покровского не остались незамеченными, он лауреат Государственных премий СССР, РФ, Премии Правительства РФ. Интересы его рассуждения о будущем своей специальности: «Последние 10 лет в хирургии наблюдаются колоссальные сдвиги. Появляются новые разделы, которых раньше не было, например, роботассистированные операции. Я даже допускаю, что в будущем всё будет делать машина под управлением человека, и профессия хирурга в том виде, в котором она существует сейчас, исчезнет. Но всё равно даже с использованием новых технических приёмов и расширяющихся возможностей хирургия была, есть и останется искусством, служение которому требует огромной самоотдачи, неутомимости в научном поиске, необычайного трудолюбия, постоянного самосовершенствования и стремления к развитию».

Двадцать второго декабря 80-летие бывшего ректора, а ныне президента и заведующего кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, академика РАН, заслуженного деятеля науки РФ Николая Ющука (интервью с ним см. на стр. 7.).

«МГ» сердечно приветствует славных юбиляров и желает каждому долгие и благая лета!

Утраты года

Никто не вечен... 15 июня в возрасте 91 года умер министр здравоохранения РСФСР, первый министр здравоохранения Российской Федерации, бывший директор Национального медицинского исследовательского центра гематологии, реформатор, философ, гуманист, академик РАН Андрей Воробьёв. Он никогда не оставался в стороне, если видел нестроения в медицинской отрасли, хотел изменить положение дел к лучшему. Замечательный врач, спасший огромное число жизней людей!

Двадцать четвёртого сентября в 83-м году ушёл из жизни академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, лауреат Премии Правительства РФ, лауреат Государственной премии РСФСР в области киноискусства (за цикл фильмов о профилактике сердечно-сосудистых заболеваний), почётный президент Российского кардиологического общества Рафаэль Оганов. Почти 30 лет на посту директора Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины он формировал и развивал одно из наиболее перспективных направлений медицинской науки и здравоохранения – эпидемиологию и профилактику неинфекционных заболеваний. Во многом благодаря его усилиям в стране создана научная школа по профилактической медицине. Рафаэль Гегамович обладал широкой научной эрудицией, огромной творческой энергией и организаторскими способностями, а его человеческие качества, чувство достоинства и глубокого уважения к

людям позволяли объединять кардиологов, терапевтов, врачей других специальностей и научных сотрудников во имя решения актуальных проблем современной медицины. «Вырастил сына, построил дом и посадил дерево...», так оценивал самые важные достижения своей жизни академик.

Двадцать девятого октября на 92-м году не стало Валентина Покровского, академика РАН, советника директора Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии Роспотребнадзора по инновациям, талантливого учёного с мировым именем, тонкого клинициста-инфекциониста и эпидемиолога, диагноста, выдающегося организатора здравоохранения, чуткого педагога, яркой личности. Вплоть до последнего дня он служил своеобразным маяком, освещающая путь представителям научного и медицинского сообщества, сберегая жизни людей и облегчая страдания пациентов. Слово магнит, притягивали его огромное личное обаяние, богатый жизненный опыт, мудрость, душевная теплота, доступность, добрый юмор. Общение с ним было и радостью, и большим удовольствием. Это уровень! Какая глубина мысли! Образность и богатство речи – заслушаешься. Без преувеличения, ушёл человек-эпоха, человек-легенда! Его называли патриархом медицинской науки, поскольку на протяжении почти 20 лет он был президентом Академии медицинских наук СССР, а затем основоположником Российской академии медицинских наук. Именно при нём РАН получила самостоятельность. Он хранил свой штаб в самые трудные времена, отстоял в период безденежья и отрицания всего, в том числе и собственно медицинской науки. В течение 47 лет руководил Центральным научно-исследовательским институтом эпидемиологии Роспотребнадзора. Его высочайший профессионализм и приверженность долгу стали примером для многих поколений медицинских работников. Под его руководством свой профессиональный путь начала целая плеяда выдающихся инфекционистов и эпидемиологов – Н.Ющук, В.Малеев, Ю.Венгеров, Н.Брико, В.Акимкин, А.Горелов и многие другие. Достоинно воспитал сына Вадима Покровского, известного учёного, академика РАН, потенциал которого направил на борьбу с поныне фатальной ВИЧ-инфекцией. Также его путь в медицину продолжила внучка Анастасия. Сделанного им вполне хватило бы на несколько жизней... Великий, уважаемый, замечательный человек! Подобных Валентину Ивановичу остаётся всё меньше. И оттого щемит сердце.

Говорят, незаменимых нет. Возможно, так и есть. Но наша утрата невосполнима. Сейчас решается вопрос об увековечении памяти академика В.Покровского. Его последователи выступили с инициативой присвоить Центральному НИИ эпидемиологии имя учёного. Справедливое решение! Хватило бы смелости и настойчивости ученикам воплотить его. Будем помнить учёного и следовать его наказу: работайте, пока стучит сердце...

Как бы хотелось, чтобы именно такие, как В.Покровский, А.Воробьёв, Р.Оганов и похожие на них были с нами как можно дольше, поскольку очень нужны. Эти личности редкие, «краснокишечные». Без подобных им эта страна точно обречена. Они противостоят безнадёге и злу, всеми силами стремятся сделать нашу жизнь чище и здоровее.

...В заключение хочется сказать слова искренней признательности всем врачам, медицинским работникам за ваш героизм в период пандемии. Вы поистине герои наших дней. Хочется, чтобы власть, общество понимали и ценили вас, и вы, наконец-то, получали достойную оплату за свои труды. Мы гордимся каждым из вас! Берегите себя, пациентов и дорогих сердцу людей! Тепла вам, здоровья, крепкого иммунитета, оптимизма, радости, праздничного настроения, желания жить!

Счастливого Нового 2021 года!

Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

В Омск с рабочим визитом прибыл полномочный представитель Президента РФ в Сибирском федеральном округе Сергей Меняйло. Цель визита – знакомство с системой оказания медицинской помощи в регионе в условиях распространения новой коронавирусной инфекции.

С.Меняйло посетил заседание постоянно действующего штаба по борьбе с COVID-19 на территории Прииртышья. Он отметил особую роль этого координирующего органа, в задачи которого входит тщательный анализ эпидемиологической обстановки, выработка экспертами адекватных предложений для эффективного противодействия распространению коронавируса, на основании которых руководитель региона принимает окончательное решение.

С.Меняйло рассказали о текущей ситуации, а также о мерах, принимаемых для сдерживания темпов роста распространения COVID-19 в области. Ограничительные меры корректируются с учётом эпидобстановки на заседаниях штаба. Так, с 25 ноября введен режим самоизоляции для самой уязвимой группы омичей в возрасте 65+. Министерством региональной безопасности области, УМВД, Росгвардией и Роспотребнадзором регулярно проводятся совместные рейды по контролю за соблюдением санитарных мер. За время пандемии сотрудники ведомств провели более 38 тыс. рейдов на объектах торговли и общепита, свыше 17 тыс. проверок – на объектах транспорта.

Для приёма больных коронавирусом создана стационарная

Акценты

Всегда быть готовыми

база – 3660 коек. Это 26% от общего коечного фонда региона, что соответствует рекомендациям федерального Министерства здравоохранения. Более 70% коечного фонда под «ковид» обеспечены кислородом. В лечении «ковидных» больных участвуют 20 областных и одно федеральное учреждение, также часть мест предоставлена в военном госпитале Министерства обороны РФ.

С 7 декабря дополнительно вводится ещё 200 коек в 6 муниципальных районных больницах и бывшем обсерваторе – центре реабилитации «Мир». Освобождается от «ковидного» направления 180 коек в городской клинической больнице скорой медицинской помощи № 2 – для оказания неотложной помощи населению по профилям «хирургия», «урология», «травматология», «гинекология».

С.Меняйло и губернатор посетили Территориальный центр медицины катастроф, который активно участвует в работе по предупреждению завоза и распространения коронавирусной инфекции. Работа операторов по единому номеру организована сразу на нескольких площадках. Для приема звонков на базе службы медицины катастроф также развернули колл-центр. Операторами работают студенты Омского государственного медуниверситета.



Операторы колл-центра работают в многозадачном режиме

С середины октября в Прииртышье возобновили работу круглосуточной горячей линии единого консультационного центра по вопросам профилактики и распространения коронавирусной инфекции. Работа операторов по единому номеру организована сразу на нескольких площадках. Для приема звонков на базе службы медицины катастроф также развернули колл-центр. Операторами работают студенты Омского государственного медуниверситета.

Уже полгода помогает принимать звонки граждан в качестве оператора колл-центр Дарья Корчагина, студентка 5-го курса. Она рассказала гостям как организован этот процесс на примере утренних обращений. «Вот сейчас звонил человек, у него кашель, заложенность носа, одышка. Оператор вызвал врача на дом, передал обращение на контроль в поликлинику», – пояснила девушка. Обработка разных типов обращений занимают разное время, но вызовы врача передаются практически мгновенно.

В целом же в области по единому номеру горячей линии с октября по декабрь поступило более 33 тыс. звонков.

Сообщили гостю и о наличии препаратов первой необходимости в аптеках и стационарах, средств индивидуальной защиты в медучреждениях, а также об обеспечении амбулаторных «ковидных» больных бесплатными лекарствами. На эти цели региону было выделено 72 млн руб. На данный момент процесс выдачи лекарств больным с коронавирусом, находящихся на амбулаторном лечении, уже идёт.

На заседании штаба по борьбе с COVID-19 на территории области С.Меняйло поручил губернатору уже сейчас начать готовиться к новогодним каникулам. «Регион должен быть готов к ухудшению. Необходимо заблаговременно подготовиться к длительным новогодним каникулам – обеспечить резерв лекарственных средств для стационарных и амбулаторных больных, – сказал С.Меняйло. – С учётом роста интенсивности сезонных заболеваний вся система здравоохранения региона, в том числе на уровне муниципалитетов, должна быть готова к возможному ухудшению ситуации».

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Ситуация

Первый случай из практики

Прочные знания и профессиональные компетенции помогли студенту спасти жизнь пациенту

Общеизвестно, что производственная практика в медицинском вузе – важнейшее звено в подготовке врачей. В этот период студенты получают и совершенствуют практические знания и умения по уходу за пациентами, диагностике и оказанию лечебной помощи, знакомятся с организацией и условиями работы среднего медицинского персонала и врачей в региональных, городских, районных стационарах, участковой службе, на станциях скорой помощи.

Ижевская государственная медицинская академия постоянно развивает сотрудничество с клиническими базами – медицинскими организациями, где студенты не только проходят практику, но и совершенствуются в профессиональном плане в течение года.

В этом году, несмотря на трудности прохождения практики в период пандемии коронавирусной инфекции, студенты 1-6 курсов академии охотно, с большим энтузиазмом прошли все её этапы, да и врачи охотно взяли помогать юным коллегам.

Один из студентов – пятикурсник Илья Балтачев проходил производственную практику в районной больнице Удмуртии. Случилось так, что однажды он оказался в экстренной ситуации, однако не растерялся, проявил неравнодушие и смелость, уверенно применил все знания, полученные на занятиях в медицинской академии и отработанные до автоматизма



И.Балтачев (слева) на манекене демонстрирует С.Стяжкиной и однокурснику А.Васильеву приём Геймлиха

в симуляционном центре, оказав квалифицированную первую помощь. Ценные минуты, грамотно использованные Ильёй, позволили не потерять человека.

Вот как сам молодой человек вспоминает тот драматичный момент:

– Был обычный день, я совершал обход доверенных мне палат и, как всегда, рутинно

ные покровы были цианотичного цвета, дыхание почти невозможно, взгляд наполнен страхом. Я сообразил, что он нуждается в немедленном оказании первой помощи вследствие обструкции верхних дыхательных путей инородными объектами. Попробовал постучать ему по спине, но успеха не последовало. Тогда решил применить ранее изученный мною приём Геймлиха. Пациент плохо держался на ногах, был в спутанном сознании, но мне удалось поднять его: сил много, я – сельский житель, к тому же занимаюсь баскетболом в команде академии. Встав за спиной больного, приподнял и обхватил его обеими руками. Одну сжал в кулак, а второй помогал делать резкие выталкивающие движения. В результате проведённых манипуляций из рта пациента вылетел злосчастный кусок еды размером чуть больше перепелиного яйца. После этого пациент порозовел и начал активно дышать. Я уложил его в постель, санировал ротовую полость. Он посмотрел на меня взглядом, говорящим «спасибо». Возможно, и сказал бы мне это, однако всё осложнялось тем, что он был глухонемой. Но мы же учимся не для «спасибо», а для того, чтобы стать полезными людям и всем, кому мы нужны. Хочу поблагодарить родную альма-матер, своих преподавателей. Благодаря полученным знаниям, прошедшей практике, мне удалось помочь человеку.

Действия студента прокомментировала его наставник, профессор кафедры факультетской

хирургии, руководитель методического отдела производственной практики и студенческого научного кружка кафедры академии Светлана Стяжкина: «Благодаря вовремя и грамотно проведённым мероприятиям И.Балтачеву удалось спасти жизнь человека. На производственной практике совершил свой первый подвиг».

В канун Нового года в академии прошла I межрегиональная научно-практическая конференция «Производственная практика в медицинском вузе. Проблемы и пути их решения в современных условиях». Помимо того что были отмечены лучшие доклады по секциям «хирургия», «терапия», «педиатрия», «стоматология», состоялось чествование студента И.Балтачева за спасение больного во время прохождения производственной практики. Почётную грамоту вручил ректор академии Алексей Шкляев, который подчеркнул, что любой врач просто не может оставаться равнодушным к чужому горю, и, надев однажды белый халат, образно говоря, больше уже не снимает его нигде – ни на работе, ни на отдыхе.

И.Балтачев не считает свой поступок подвигом и отмечает, что сегодня большое значение имеют занятия в симуляционном центре с манекенами и тренажёрами и, несомненно, лекции и практические занятия в клиниках Ижевской ГМА. А главное – преподаватели служат примером высокого профессионализма, творчества и любви к профессии, воспитывая будущее поколение на принципах врачебного гуманизма.

Вскоре И.Балтачев, как и его сверстники, начнёт самостоятельную врачебную деятельность. Вне сомнения, полученный во время практики опыт пригодится в жизни, а его пример станет образцом для других студентов.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

МИА Сито!

Ижевск.

– Николай Дмитриевич, и в праздник невозможно не коснуться актуальной темы новой коронавирусной инфекции, которая буквально захлестнула земной шар. Говорят даже так: мир «до» пандемии и «после». Почему она стала возможной, какие слабые стороны медицинской отрасли высветила? Видите ли вы «моральную» составляющую этого испытания человечества?

– Спасибо за вопрос, хотя он достаточно труден для ответа. Я могу сказать одно: совершенно очевидно, что нестандартная нынешняя ситуация привела к глобальным сдвигам в жизни человечества. Впредь мир станет другим – наше бытие, сознание, взаимоотношения людей. Изменяются и подходы к образовательному процессу. Мы и мир меняемся, и вернуться к прежнему уже практически невозможно. Что касается причин, по которым такие метаморфозы стремительно развернули уклад долгое время привычного нашего существования, разумеется, их целый комплекс. Я допускаю и «моральную» составляющую этого испытания. Уверен – никто специально не желал создать данный вирус, он естественного происхождения. А вот как произошло, что практически молниеносно он «поработил» весь мир – покажет время.

Пандемия высветила слабые стороны не только нашей жизни, но и современной системы здравоохранения, причём оказалось, что их очень много. Первая и наиболее существенная – недостаточное финансирование отрасли. Вторая – бездумное реформирование прежних лет, в результате которого под сокращение попали больницы, в том числе инфекционные, инфекционные койки, кадры, фельдшерско-акушерские пункты и т.д. Это было совершенно неправильно, о чём мы, инфекционисты, заявляли во весь голос. Но... К нам не прислушивались. Вспомните: в Советском Союзе 25% инфекционных коек оставались резервными и никто не требовал их заполнения. В новой России всё поменялось и стали требовать, чтобы койка работала на 95% в году.

Также мы много раз на своих форумах заявляли о необходимости изменения системы образования, чтобы, учитывая возросшую угрозу и нагрузку инфекционных патологий, инфекционные болезни углублённо изучали все специалисты, причём не только на додипломном, но и последипломном уровне. С предложениями узаконить прохождение цикла социальными значимых инфекционных болезней (туберкулёз, ВИЧ/СПИД, гепатит, ОРВИ и т.д.) всеми группами ординаторов на этапе последипломного образования я обращался к каждому руководителю Минздрава России, однако ни один меня не поддержал. Надо отделить должное нынешнему министру здравоохранения РФ Михаилу Мурашко, который осознал, что это жизненно важно и оперативно отреагировал на моё письмо. Как только началась пандемия, он дал поручение (что документально подтверждено) об обязательном прохождении ординаторами любых специальностей курса инфекционных болезней. Пандемия отчётливо продемонстрировала нам, что инфекционные болезни должны углублённо изучаться всеми. Надеюсь, общая беда подтолкнёт к системным, разумным, взвешанным действиям в отношении инфекционной службы, которая, по сути, выступает надёжным барьером перед реальной угрозой национальной безопасности страны. Убеждён, что престиж нашей специальности будет расти.

– Устраивает вас уровень образования и воспитания врача в современной высшей медицинской школе?

– Образование у нас достаточно хорошее. Тот, кто хочет стать достойным специалистом, имеет все возможности, многое зависит от самого индивида. А вот с вопросами воспитания есть недоработки, хотя это больше зависит от семьи. Тем не менее, на мой взгляд, вуз дол-

жен понимать, что преподаватель – это не просто учитель, но также и воспитатель. К сожалению, воспитательная составляющая сегодня явно недостаточна и отодвинута на задний план. Мне, человеку прежней эпохи, импонировало, когда формированием будущего врача занимались углублённо. Сейчас мы часто говорим о падении престижа врачебной профессии, о неуважительном отношении врача, особенно молодого, к пациенту. Не всем знакомо понятие «совесть», что не устраивает общество. Значит, этим следует заниматься. Однако я могу отметить, что в целом молодёжь у нас хороша.

Юбилей

Много ещё не сделано, многое недосказано...

Академику РАН Николаю Ющук – 80!

– Вы перенесли заболевание новой инфекцией. Что пандемия поменяла лично в вас и как оцениваете поведение врачей на «передовой»?

– На личном опыте я познакомился с тем, в каких условиях работают сегодня сотрудники возглавляемой мною кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии. Знаю, как непросто нашим ординаторам. Наблюдал за работой коллектива городской клинической больницы № 52 Москвы, где мне пришлось лечиться. Это самоотверженный труд! Все они заслуживают самых высоких похвал и наград. Пользуясь случаем, хочу поблагодарить сотрудников больницы за их оперативность, чёткость, доброе отношение к больным.

Если говорить об изучении инфекционных заболеваний, стоит взглянуть в историю. Во все минувшие времена настоящие исследователи, открывая новое в медицине, непременно испытывали это на себе, например, рискуя жизнью, вводили себе новые лекарственные препараты. Действуя во имя науки, шли на осознанный героизм. Оправданы ли подобные риски ныне? Мне думается, настоящие исследователи во все времена готовы идти на определённый риск.

И, знаете, в чём я ещё раз убедился, находясь на больничной койке? В том, что человек – очень хрупкое создание, которое надо беречь. В нашей будничности мы не всегда ценим себя и близких. В стремительном темпе современной жизни пребываем в непрестанной погоне за навязанными кем-то ценностями, становимся слепы и глухи, не успеваем ценить жизнь, замечать красоту окружающего мира. Так, в бездумной и безумной гонке подчас расточаем тот бесценный дар, который даётся лишь однажды. Вот что пандемия изменила во мне.

– Имея в своём распоряжении буквально несколько минут аудиенции с Президентом РФ, о чём бы повели беседу?

– Ну и вопрос (смеётся)... И тем не менее. Кстати, когда в Кремле мне вручали государственную награду, к президенту страны я

обратился со словами-пожеланиями, которые могу повторить. Я попросил Владимира Путина беречь себя, потому что, по крайней мере, сейчас, да и в обозримом будущем нет лидера, столь необходимого нашей стране. И это не слова лести, а правда. Что бы ещё сказал? Я бы сказал: если не задумаемся о заработной плате преподавателей высшей школы, в первую очередь кафедр инфекционных болезней, туберкулёза, психиатрии, то потеряем профессорско-преподавательский состав, а это цвет высшего медицинского образования. Раньше существовала конкуренция, чтобы попасть на кафедру, стояла очередь из желающих. Сегодня таковых нет. Несправедливо, когда специалист практического здравоохранения, который не занимается научной, исследовательской, преподавательской, воспитательной деятельностью, имеет заработок во много крат больше, чем работник высшей школы. Поэтому мне кажется, данная проблема требует государственного решения.

– У каких личностей вы многому научились?

– Специальность врача требует постоянного повышения знаний. Великий терапевт академик АМН СССР Евгений Тареев заставлял своих ординаторов выучить лозунг, который висел на стене в его кабинете: «Книга – больной – книга». Он спрашивал их: сколько раз написана эта фраза? Те пересчитывали – восемь. На мой взгляд, это верно и сейчас. Правда, сегодня к этой парадигме логично и обоснованно добавилось ещё одно – интернет. Вот какой лозунг, на мой взгляд, актуален ныне: «Пациент – книга – интернет – пациент».

На своей кафедре, уже будучи заведующим, я многому учился у доцентов Галины Кареткиной, Елены Климовой, Ольги Знойко и т.д. Посейчас продолжаю учиться у профессоров и доцентов – Семёна Максимова, Юрия Мартынова, Юрия Венгерова и др. Мой учитель Валентин Иванович Покровский говорил, что, если хочешь обогатиться чем-то новым, не перебивай студента, который хорошо отвечает на вопросы, выслушай его и обязательно дополнительно узнаешь свежую информацию. Это правда. Валентин Иванович – учитель с большой буквы по специальности и по жизни, ему я обязан всем. Мы общались вплоть до предпоследнего дня его жизни. Несмотря на свой почти 92-летний возраст, он оставался личностью с прекрасной памятью и цепким умом. Это гений в медицинском мире. Его смерть – моя непреходящая боль и личная трагедия. Таких больше нет. Вечная память ему! Я мог с ним посоветоваться,



ради идеи врачевания, исцеления людей. Всем своим стилем жизни воспитывает. Его отличает твёрдая жизненная позиция, которая проявляется прежде всего в бескорыстном отношении к делу, профессии, образованию и, что самое главное – к своей стране. Это патриот, которым могут гордиться молодые. В достаточно сложную пору он сохранил университет, вывел на ведущие позиции и передал в надёжные руки своего последователя академика РАН Олега Янушевича. И сегодня не даёт себе покоя, постоянно совершенствуется, движется вперёд. Николай Дмитриевич остаётся современно мыслящим, настроенным на модернизацию, душевно щедрым. Хотя за плечами огромный багаж, многое ещё не сделано и недосказано...

обсудить разные проблемы, получить ответ на любой вопрос. Не могу говорить, простите...

В организационном плане своим учителем считаю Евгения Соколова. У него научился приёмам организаторского мастерства. А вообще у меня было много учителей, всех не перечислишь. Они разные, но каждый подарил частичку своего таланта.

– Расскажите о достойных представителях медицинского сообщества.

– Их очень много... Если начну просто перечислять, не хватит газетных полос. Отмечу только тех, кого, будучи ректором, привлёк в университет, усилил и украсил его их научным, образовательным, воспитательным потенциалом. В первую очередь это касается академика РАН Валерия Шумакова, который сам предложил создать у нас первую в стране кафедру трансплантологии и искусственных органов. Мы открыли её, она работает до сих пор под руководством профессора Анзора Хубуттия. Большую поддержку университету оказывает академик РАН Лео Бокерия. Академик РАН Лейла Адамьян – замечательный профессионал и настоящее украшение вуза и кафедры. Прекрасный специалист Владимир Крылов, который во многом помогал мне при открытии больницы в Кусково. Блестящие хирурги члены-корреспонденты РАН Игорь Хатъков и Олег Луцевич. Знакомым для вуза стал приход Лилии Юдаковой, профессионала, высококлассного специалиста-финансиста, много лет проработавшего в Минздраве России и как никто иной досконально знающего тонкости финансирования высшего медицинского образования. А ещё Нелли Найговзина, Ольга Зайцева, Лариса Кисельникова и целый ряд других. Все они – честные, ответственные, порядочные люди!

Рад, что ректором университета стал академик РАН Олег Янушевич, который поначалу был моим боевым помощником, а потом коллектив избрал его ректором. Это человек образованный, умный, доброжелательный, выдающийся на несколько шагов вперёд в вопросах образования. О дистанционном обучении, информационных технологиях в университете он заговорил задолго до того, как это стало широко внедряться в масштабах страны. Горжусь, что именно он возглавил вуз и делает всё для его процветания.

– Какое наиболее яркое детское воспоминание запечатлелось?

– Трудно что-то припомнить. Но, наверное, вспоминаются, прежде всего, трудные полуголодные послевоенные годы. А более ярко всплывают картины, когда мы,

школьники 5-6 классов, ездили работать в колхоз на уборку урожая, где нам выделяли немного, всего несколько килограммов картошки, капусты, морковки и мы приносили эти «трофеи» в семью. Родители нас очень любили. В память о них я до сих пор бережно сохраняю дорогие сердцу семейные реликвии. От мамы мне досталась Книга книг – Библия, от отца кисточка-помазок для бритья. Нас не воспитывали специально, но мы всегда чувствовали уважение и взаимопомощь. Такие же традиции поддерживаются и в моей семье.

Для дочери и сына даже в самые трудные времена не мечтал о какой-то другой жизни, отличной от моей, то есть более лёгкой, что ли. Как говорится, у каждого времени свои песни. Например, моя дочь после годичной стажировки в престижном Йельском университете (США) вернулась на родину. У нас с супругой даже мысли не возникало, что она может там остаться, хотя другие, кто поехал с нею, остались там, стали гражданами другой страны. Я горжусь своими детьми, что они сами себя сделали. Мне также всегда хотелось жить лишь в той стране, в которой появился на свет. Не мыслю себе иного отечества.

– Николай Дмитриевич, мы ценим вашу поддержку, дружбу, юмор и сердечно поздравляем с юбилеем!

– Спасибо огромное за добрые слова, но, как говорил поэт, «не юбилейте!» (смеётся). Юбилей не признаю, не люблю, не хочу отмечать. Мой наставник Валентин Иванович Покровский замечал, что одним из неоспоримых достоинств юбиляра является то, что он дожил до своей круглой даты. И добавлял шуточно: хочешь знать, что скажут, провожая в последний путь, устрой юбилей... А если серьёзно, я не привык к пышным празднованиям и пиршествам, предпочитаю камерную компанию, цену семейное общение.

– Оглядываясь на долгий путь в медицине, с какими словами обратитесь к коллегам и ученикам?

– Хотелось бы обратиться ко всем коллегам с замечательными словами одного из любимых моих поэтов Расула Гамзатова: «Люди, я прошу вас, ради Бога./Не стесняйтесь доброты своей./На земле друзей не так уж много./Опасайтесь потерять друзей».

Берегите, цените, любите друг друга! Желаю также всем здоровья, личного счастья, Божией благодати!

Беседу вёл
Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 50 (2264)

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
T26.9	Химический ожог глаза и его придаточного аппарата неутонченной локализации

Классификация

Химические ожоги глаз классифицируются по виду действующего химического агента на щелочные и кислотные, по локализации (ожоги век, конъюнктивы и склеры, роговицы и лимба) по степени тяжести (лёгкие, средней тяжести, тяжёлые и особо тяжёлые). Повреждающий эффект химических агентов зависит от химического состава обжигающего агента, его концентрации и продолжительности воздействия. В настоящее время большое внимание уделяется степени повреждения области лимба, где локализируются стволовые клетки. В нашей стране наиболее известны классификации Б.Поляка (1957), В.Волкова (1972), Н.Пучковской (1973). За рубежом больше ориентируются на степень выраженности лимбальной ишемии (M.Wagoner, 1997).

Виды химических агентов

Щелочные ожоги встречаются чаще кислотных, так как щелочи более часто используются как компоненты различных строительных материалов и бытовых санитарных средств. Наиболее тяжёлые щелочные ожоги глаз связаны с аммиаком (NH_3), ингредиентом многих бытовых чистящих агентов, и гидроксидом натрия (NaOH), входящей в состав моющих средств. Оба вещества немедленно проникают внутрь глаза, потенциально создавая тяжёлые повреждения переднего сегмента. Наиболее распространённой щелочью, вызывающей ожоги, является известь ($\text{Ca}(\text{OH})_2$), которая является менее агрессивной. После проникновения через клеточные мембраны известь формирует мыла кальция, которые осаждаются в поверхностных слоях тканевой глазной поверхности и препятствуют дальнейшему её проникновению. В то же время частички извести, нередко остающиеся в верхнем конъюнктивальном своде, если они не были выявлены и удалены, способствуют продолжительному накоплению щелочи в слизи той после ожога и могут привести к тяжёлому повреждению глубже лежащих структур.

Кислотные ожоги в большинстве случаев вызываются серной кислотой (H_2SO_4), составляющей автомобильных аккумуляторов, сернистой кислотой (H_2SO_3), основой некоторых отбеливающих средств, и уксусной кислотой (CH_3COOH), широко используемой как на производстве, так и в быту. Наиболее агрессивной является плавиковая кислота (HF). Из-за низкого молекулярного веса и малого размера молекулы фтор легко проникает в роговичную строму и в переднюю камеру, вызывая тяжёлые повреждения роговицы и глубже лежащих структур переднего сегмента глазного яблока.

Клиническая картина химических ожогов глаз

Тяжесть поражения зависит от химических и физических свойств повреждающего вещества, длительности его воздействия на глаз, но ещё больше – от своевременности и качества оказания скорой медицинской помощи. При химических ожогах глаз кожа век обычно повреждается значительно слабее, чем конъюнктивы и роговица. Это объясняется задержкой повреждающего

вещества в конъюнктивальном мешке, с одной стороны, и незащищённостью тканей глазного яблока, с другой.

Щёлочи, растворяя белок тканей, образуют альбуминат, который не препятствует дальнейшему проникновению повреждающего агента вглубь глаза. Всё это ведёт к нарастающему нарушению трофики и глубокой некролизации тканей. Поэтому тяжесть поражения щёлочью не всегда может быть правильно определена непосредственно после ожога, при оказании скорой медицинской помощи. Ожоги кислотами по своей клинической картине сходны

со щелочными поражениями. Принято считать, что коагулированный ими белок препятствует дальнейшему проникновению вглубь вещества, вызвавшего ожог, и тем самым защищает ткани от ещё большего разрушения. Однако это не значит, что ожоги, вызванные кислотами, не столь уж опасны для тканей глазного яблока. При кислотных ожогах оказывать помощь надо столь же активно, как и при щелочных ожогах.

Щелочи особенно агрессивны, так как они обладают как гидрофильными, так и липофильными свойствами, что позволяет им быстро преодолевать клеточные мембраны. При этом анион щелочи гидроксильная группа (OH^-) омыляет жирные кислоты – компоненты клеточных мембран, вызывая разрушение и гибель клеток. Катион щелочи обуславливает её способность проникать в ткани. Щелочные агенты вызывают колликвационный некроз. При этом в тканях кожи образуются нестойкие растворимые щелочные альбуминаты, которые быстро проникают вглубь, вызывая набухание дермы и разрушение коллагена. Особенно сильные повреждения вызывают нагретые щелочи. В роговице катион щелочи взаимодействует с карбоксильными группами матричных гликозаминогликанов и стромального коллагена роговицы. Гидратация гликозаминогликанов проявляется помутнением собственного вещества роговицы. Гидратация коллагена приводит к укорочению и утолщению коллагеновых волокон, что вызывает повреждение трабекулярной сети, высвобождение простагландинов и зачастую – офтальмогипертензию. В частности, после ожога аммиаком признаки его проникновения в переднюю камеру могут отмечаться незамедлительно, а после ожога гидроксидом натрия – в течение 3-5 минут. Повреждение эпителия цилиарного тела приводит к снижению секреции аскорбиновой кислоты во влагу передней камеры. В зависимости от количества проникшего агента уровень pH водянистой влаги возвращается к нормальному в течение от 30 минут до 3 часов. В то же время длительное сохранение pH влаги передней камеры на уровне 11,5 и выше грозит необратимыми внутриглазными изменениями с гипотонией и субатрофией глазного яблока.

При ожогах кислотами развивается коагуляционный некроз. Кислоты обезвоживают ткани, вызывают коагуляцию тканевых белков и превращают их в кислые альбуминаты. Выраженность повреждающего действия кислоты зависит от концентрации в ней водородных ионов, а также от способности растворяться в жирах тканей. В месте контакта кислоты с кожей век образуется плотный сухой струп. Сильное прижигающее и обезвоживающее действие кислот практически полностью исключает образование на коже пузырей. При воздействии на глазную поверхность катион кислоты (H^+) вызывает повреждения вследствие изменения pH, тогда как анион обуславливает осаждение и денатурацию белка в роговичном эпителии и поверхностной строме с образованием более плотных кислых альбуминатов.

Они создают барьер для дальнейшего проникновения кислоты внутрь глаза. Поэтому кислоты относительно менее

– помутнение роговицы, ступёванность рисунка радужки, нечёткие контуры зрачка, ослабление рефлекса с глазного дна, нарушение чувствительности роговицы, зоны ишемии лимба. Достаточно часто при тяжёлых и даже особо тяжёлых химических ожогах в первые дни и даже недели после повреждения роговица может выглядеть обманчиво прозрачной, что обеспечивает достаточно высокие зрительные функции.

Протокол обследования больных с химическими ожогами глаз:

- сбор анамнеза с учётом факторов риска (контакт с химическими), обстоятельств (профессиональные вредности, нарушение техники безопасности);
- визометрия, рефрактометрия (в случае невозможности её проведения на пострадавшем глазу – исследование парного глаза);
- биомикроскопия;
- офтальмоскопия;

Оказание скорой медицинской помощи при химических ожогах глаз

Клинические рекомендации (протокол)

глубоко проникают в ткани глаза, чем щёлочи. Если же кислота проникает во внутриглазные структуры, то вызывает тяжёлые повреждения, аналогичные таковым при щелочных ожогах.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Лечение на догоспитальном этапе:

- при наличии порошкообразного химического вещества или его кусочков на веках и конъюнктиве, удалить его влажной ватой или марлевой салфеткой, после чего приступить к промыванию глаз;
- обильное, длительное (не менее 20 минут), осторожное промывание конъюнктивальной полости (после применения местных анестетиков) холодной проточной водой или водой для инъекций (во время промывания глаза пострадавшего должны быть открыты);
- кетаролак 30 мг внутримышечно (В, 2+);
- сульфациетамид 20%-ный в виде инстилляции в конъюнктивальную полость;
- асептическая повязка, при поражении обоих глаз – бинокулярная (В, 2+).

Показания к доставке в стационар

Все пациенты, имеющие химические ожоги глаз средней степени тяжести и более тяжёлые подлежат безотлагательной доставке в специализированный стационар.

Прогноз

В случае правильного оказания скорой медицинской помощи и своевременной доставке больного в стационар прогноз определяется тяжестью поражения. В большинстве случаев тяжёлых и особо тяжёлых ожогов прогноз неблагоприятный.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в СтОСМП

Диагностика

Объективные клинические признаки химических ожогов органа зрения (при осмотре пациента офтальмологом при помощи щелевой лампы):

- наличие на коже век рыхлого грязно-белого струпа (прищелочных ожогах) и плотный сухой струп (при кислотных);
- выраженный роговичный синдром;
- сероватый оттенок конъюнктивы, субконъюнктивальные кровоизлияния, хемоз, нарушение чувствительности;

– при наличии признаков комбинированного повреждения век, конъюнктивы и глазного яблока – рентгенографическое исследование.

Лечение:

- трамадол (трамал 2 мл) внутривенно (В, 2+);
- после инстилляции анестезии непрерывное орошение (не менее 20 минут) конъюнктивальной полости нейтрализатором (при неустановленной этиологии ожога необходим химический анализ повреждающего агента) (В, 2++);
- инстилляции антибактериальных и противовоспалительных препаратов (вигамокс, дикло-Ф) (В, 2+);
- наложение на ожоговую поверхность антибактериальной мази (флорсал);
- при наличии выраженного отёка конъюнктивы – конъюнктивотомия в нескольких меридианах (В, 2++);
- при наличии очагов некроза – некрэктомия (В, 2++);
- асептическая повязка, при двухстороннем поражении – бинокулярная повязка (В, 2+).

Дальнейшее ведение пациента:

- при ожогах лёгкой степени тяжести лечение амбулаторное у офтальмолога поликлиники;
- после окончания стационарного лечения пациент поступает на диспансерный учёт к офтальмологу по месту жительства с необходимыми рекомендациями (объём и частота диспансерных осмотров).

Прогноз зависит от глубины и площади поражения тканей вспомогательных органов глаза и глазного яблока.

Показания для госпитализации в офтальмологическое отделение стационара

Химические ожоги органа зрения средней тяжести и более тяжёлые при наличии нарушений зрительных функций.

Прогноз зависит от тактики хирургического лечения и фармакотерапии. При образовании васкуляризованного бельма роговицы – оптико-реконструктивная хирургия (кератопластика, кератопротезирование, пластика век, формирование конъюнктивальной полости).

Сергей НОВИКОВ,
профессор кафедры офтальмологии
Первого Санкт-Петербургского
государственного медицинского
университета им. И.П.Павлова.

Оказание скорой медицинской помощи при остром синусите

Клинические рекомендации (протокол)

Определение. Острый синусит – это воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух и составляет около 30% всех заболеваний уха и верхних дыхательных путей среди стационарных больных и 15-16% среди амбулаторных.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
J01	Острый синусит

Патогенез. Острые воспалительные заболевания околоносовых пазух чаще всего возникают в результате инфицирования слизистой оболочки пазух при остром насморке различной этиологии. Реже причиной острых гнойных гайморитов являются заболевания корней четырех задних верхних зубов (одонтогенный гайморит). Предрасполагающими факторами для возникновения острых синуситов служит различная патология в полости носа (хронические риниты, искривление перегородки носа, аденоиды и др.).

При острых воспалениях околоносовых пазух наиболее часто встречаются пневмококк, золотистый стафилококк, стрептококк, клебсиелла, а также вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы и др.

Классификация. Острые риносинуситы можно разделить по локализации воспалительного процесса:

- верхнечелюстной синусит (гайморит);
- фронтит;
- этмоидит;
- сфеноидит.

На первом месте по частоте заболеваний стоит верхнечелюстная пазуха, затем решётчатый лабиринт (преимущественный вариант поражения у детей первых лет жизни), лобная и клиновидная пазухи. Изолированным заболеванием пазух бывает редко, чаще поражается несколько пазух.

Клиническая картина. Субъективные расстройства при остром гайморите заключаются в головной боли в пределах всей половины лица, ощущения напряжённости и тяжести в области щеки, изменения локализации болевых ощущений при наклоне головы, нарушения носового дыхания и появления гнойных выделений из носа, снижение обоняния. В первые дни заболевания могут быть выражены общие симптомы в виде озноба, повышенной температуры тела и ухудшения самочувствия. При возможности проведения передней риноскопии обычно выявляется гиперемия и отёк слизистой оболочки в области среднего носового хода, наличие слизисто-гнойного отделяемого в нём и нередко характерная полоска гноя, вытекающая из-под средней раковины.

Острый фронтит. Фронтит характеризуется жалобами на боль в области лба, которая усиливается при перкуссии и пальпации проекции передней стенки лобной пазухи. Головная боль может сопровождаться слезотечением и светобоязнью. Появление отёчности и гиперемии кожи, которые распространяются на внутренний угол глаза и верхнее веко, свидетельствуют о распространённом флегмите и возможном остеоите стенок орбиты.

При проведении передней риноскопии определяется гиперемия и отёк слизистой оболочки в области среднего носового хода, наличие гнойных выделений. По этиологии, патогенезу и морфологическим изменениям фронтит не отличается от риногенного гайморита.

Диагноз подтверждается данными рентгенографии, позволяющими дифференцировать острый фронтит с невралгией тройничного нерва. При этом всегда необходимо учитывать, что лобная пазуха может отсутствовать (как вариант нормы), что может привести к серьёзным диагностическим ошибкам.

Острый этмоидит. Воспаление клеток решётчатого лабиринта наблюдается чаще всего в сочетании с воспалением других околоносовых пазух. Больной может предъявлять жалобы на боль в области корня носа и внутреннего края орбиты, затруднение носового дыхания, выделения из носа. Чаще всего отмечается снижение или отсутствие обоняния. Острый этмоидит часто наблюдается у детей раннего возраста. Он может стать причиной возникновения различных внутричерепных и внутриглазных осложнений.

Острый сфеноидит. Сфеноидит редко бывает изолированным и характеризуется головной болью в затылочной области и об-

ласти орбиты. Выделения из носа скудные или вообще отсутствуют, поскольку стекают в носовую часть глотки и их можно обнаружить лишь при задней риноскопии.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Диагноз на догоспитальном этапе устанавливается на основании:

Жалоб больного.
Анамнеза заболевания.
Объективного осмотра (осмотр зоны входа в нос, пальпация и перкуссия проекции передних стенок верхнечелюстных и лобных пазух, стоматофарингоскопия).
Диагноз острого синусита на догоспитальном этапе сложен, носит предположительный характер и, учитывая возможность развития внутричерепных осложнений (риногенные менингиты и менингоэнцефалиты, тромбозы венозных синусов, абсцессы головного мозга и сепсис), всегда должен трактоваться в пользу активной лечебной тактики, то есть экстренной медицинской эвакуации в стационар для исключения этого состояния.

Рекомендуемые вопросы, которые необходимо задать при обследовании пациента:

- Как себя чувствуете?
- Какая температура тела?
- Присутствует ли заложенность носа?
- Есть ли выделения из носа, какого они характера (слизистые, гнойные)?
- Есть ли чувство стекания отделяемого по задней стенке глотки?
- Отмечаете ли снижение обоняния или его извращения?
- На каком фоне возникли задолженность носа и появились выделения из носа? Предшествовало ли этому ОРВИ?
- Была ли у вас экстракция зубов верхней челюсти за последние 2-3 недели?
- Есть ли лицевые боли (в проекции верхнечелюстных и лобных пазух) или головные боли, усиливаются (изменяются) ли они при наклоне?
- Отмечал ранее синуситы? Когда был последний случай синусита?
- Принимал ли пациент какие-либо лекарственные средства?
- Отмечал ли улучшение от применяемых лекарственных средств?

Лечение на догоспитальном этапе
Оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе при подозрении на острый синусит заключается в восстановлении дренажной функции и вентиляции околоносовых пазух, восстановление мукоцилиарного клиренса.

Общее лечение на догоспитальном этапе заключается в назначении: при острой боли и гипертермии применяют ненаркотические анальгетики: кеторолак 10-30 мг вводят в/м, в/в, с учётом выраженности болевого синдрома. Метамизол в/м или в/в (при сильных болях) – по 1-2 мл 50%-ного или 25%-ного раствора. Парацетамол – внутрь взрослым и детям старше 12 лет по 0,5-1 г и ректально детям 6-12 лет – 240-480 мг, 1-6 лет – 120-240 мг, от 3 месяцев до года – 24-120мг (В, 2++).

Местное лечение складывается из мер, способствующих оттоку гноя из пазухи и рассасыванию имеющейся инфильтрации слизистой оболочки носа.

Сосудосуживающие средства в нос (ксилометазолин или аналоги галазолин, ксимелин, тизин). Применяют интраназально, возможно через небулайзер. Взрослым и детям старше 6 лет – по 2-3 капли 0,1%-ного раствора или одно впрыскивание из распылителя в каждую ноздрю, детям до 6 лет – по 1-2 капли 0,05%-ного раствора в каждую ноздрю (А, 1++).

Показания к доставке в стационар
Больным с выраженными лицевыми болями и головной болью, затруднением носового дыхания, фебрильной температурой, гнойными выделениями из носа показана срочная медицинская эвакуация в стационар.

Рекомендации для больных, не имеющих показаний к доставке в стационар или отказавшихся от медицинской эвакуации.

Учитывая трудность диагностики острого синусита, а также высокий риск возникновения внутричерепных осложнений, необходимо рекомендовать интраназальное введение

из распылителя (через небулайзер) ксилометазолина или его аналогов (галазолин, ксимелин, тизин) с учётом допустимых доз и кратности применения для детей и взрослых. Для восстановления мукоцилиарного клиренса, оттока патологического содержимого из полости носа показано интраназальное введение аэрозоля, капель аквамариса или его аналогов. Пациентам с подозрением на острый синусит необходимо обратиться к оториноларингологу для получения амбулаторной помощи в течение 24 часов, а при появлении озноба, усиления головной боли, рвоты, нарушения зрения – немедленный вызов скорой медицинской помощи.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в СтОСМП

Диагноз на госпитальном этапе устанавливается на основании:

- жалоб больного;
- анамнеза заболевания;
- объективного осмотра – риноскопический осмотр (гиперемия и отёк слизистой оболочки полости носа, наличие слизистогнойного отделяемого в общем носовом ходе и нередко характерная полоска гноя в среднем носовом ходе); пальпация и перкуссия проекции верхнечелюстных и лобных пазух;
- клинический анализ крови;
- рентгенография в прямой и боковой проекции околоносовых пазух (А, 1++);
- компьютерная томография околоносовых пазух (даёт более детальное представление о состоянии околоносовых пазух; назначается всегда при подозрении на сфеноидит) (В, 1++).

Лечение на госпитальном этапе

Объём скорой медицинской помощи на госпитальном этапе включает в себя объём скорой медицинской помощи догоспитального этапа. В случаях, когда пациенты обращаются непосредственно в СтОСМП, им

должна быть оказана скорая медицинская помощь. При необходимости для уточнения диагноза могут быть использованы диагностические возможности СтОСМП, на консультацию должен быть приглашён оториноларинголог.

Больным с изменениями пневматизации только верхнечелюстных пазух по результатам рентгенологического исследования оториноларинголог определяет показания к пункции верхнечелюстных пазух. При отсутствии гнойного отделяемого, отсутствия очаговых, оболочечных симптомов, стабильной гемодинамике больные могут быть направлены на амбулаторное лечение.

Показания к госпитализации в лор-отделение стационара

Больным с выраженными лицевыми болями и головной болью, затруднением носового дыхания, фебрильной температурой, гнойными выделениями из носа.

Изменение пневматизации или наличие уровня жидкости в лобных и клиновидных пазухах по данным рентгенологического исследования.

Наличие гнойного отделяемого при пункции верхнечелюстных пазух.

В целях проведения дифференциальной диагностики и наблюдения, больные с подозрением на возможное поражение околоносовых пазух и исключения внутричерепных осложнений могут наблюдаться в СтОСМП на койках краткосрочного пребывания до 3 суток.

Сергей КАРПИЩЕНКО,
доктор медицинских наук, профессор.

Галина ЛАВРЕНОВА,
доктор медицинских наук, профессор.

Любовь КУЧЕРОВА,
кандидат медицинских наук.

Сотрудники кафедры оториноларингологии
Первого Санкт-Петербургского
государственного медицинского университета
им. И.П.Павлова.

Приложение

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов)

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

Уровни доказательств	Описание
1++	Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные метаанализы, систематические или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Метаанализы, систематические или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
A	По меньшей мере один метаанализ, систематический обзор или РКИ, оценённые как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов, или группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оценённые как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оценённые как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оценённые как 2+

– Елена Юрьевна, так можно ли заявлять, что даже для самых уязвимых групп населения новый коронавирус не является настолько опасным, как его изображают, и вообще всё происходящее вокруг него – жёсткие санитарные режимы, разворачивание дополнительных инфекционных госпиталей, ограничительные меры для населения – ни что иное как «коронабесие», то есть чья-то некомпетентность или даже злой умысел, имеющий коммерческую подоплёку?

– Начну с того, что сейчас, по прошествии года, среди специалистов уже не осталось скептиков в отношении коронавируса: все понимают, что он есть, и что он представляет серьёзную угрозу. Что бы ни говорили люди, далёкие от клинической практики, тяжесть течения коронавирусной инфекции отличается от тяжести течения гриппа. Безусловно, и при гриппе бывают серьёзные осложнения, но частота их возникновения существенно ниже, чем при COVID-19. Поэтому нельзя говорить, будто то, что мы видим сейчас – это нормально. На самом деле это ненормально.

Первый вопрос, который у меня возник после знакомства с мнением уважаемого учёного Владимира Сергиева – болел ли он сам или кто-то из близких ему людей COVID-19? Убеждена, что каждый человек, столкнувшийся с этой проблемой лично, перестает думать и говорить о ней, как о надуманной, не стоящей такого внимания государства и вовлечённости общества.

А вот с чем я согласна, так это с оценкой академиком последствий «реформы» российского здравоохранения, которая проводилась на протяжении предыдущих десяти с лишним лет. Ни к чему хорошему эта «реформа» не привела. Работая главным врачом большой многопрофильной больницы, я тоже вынуждена была подчиняться распоряжениям «сверху» и сокращать коечный фонд, хотя все мы были не согласны с этими решениями. Но нам говорили, что содержать такое количество коек в резерве нерентабельно для государства.

Именно тогда о здравоохранении начали говорить как о сфере медицинских услуг, отказавшись от формулировки «медицинская помощь», что само по себе абсурд. Более того, мы были поставлены в условия, когда лечебные учреждения должны от оказанных населению медицинских услуг получать прибыль. Побочным результатом «реформы» отрасли оказались потери в качестве медицинского образования, нынешним студентам явно не хватает знаний о фундаментальных основах возникновения и развития любой болезни.

Справедливости ради надо сказать, что к нынешней ситуации искусственной раздробленности и обескровленности инфекционной службы, с чем мы столкнулись в первые месяцы эпидемии COVID-19, привела не только «реформа» здравоохранения, но и стремление удовлетворить личные амбиции отдельных людей.

Сегодня ни в ведении Минздрава России, ни в ведении Российской академии наук нет федерального исследовательского института и национального клинического центра по инфекционным болезням. Инфекционные болезни почему-то стали «довеском» к ВИЧ-инфекции, ведь эти учреждения так и называются центры по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями.

– Для чего это делается?

– Я бы сказала, не для чего, а для кого. Если идти по такому пути, вскоре не останется ни одной целостной медицинской науки и логично организованной специализированной области здравоохранения.

История с эпидемией COVID-19 в России наглядно показала, в каком

системном кризисе находится отечественная инфекционная служба. Она нуждается не в дальнейшем рассеивании по разным профилям здравоохранения, а в воссоединении и укреплении. Всё, что касается оказания медицинской помощи при инфекционной патологии во всём её многообразии, должно курироваться и контролироваться из одного методологического центра. Только в этом случае мы будем иметь алгоритмы действий на случай любой инфекционной вспышки или эпидемии, сможем обеспечить адекватный коечный фонд и кадровый состав инфекционных учреждений, и что немаловажно – собирать и анализировать точную статистику инфекционной

ла, потому что она трагически коснулась моей семьи. В то же время представления о закономерностях эпидпроцесса не изменились: сто дней не придуманный отрезок, и весной именно по такому сценарию всё произошло, к середине июня вспышка утихла. Однако источник инфекции остался, а коллективного иммунитета в популяции не было, поэтому осенью коронавирус теперь уже в компании с традиционными сезонными респираторными вирусами создал нам ещё более серьёзную проблему. Однако, поскольку инфекционный процесс, обусловленный воздушно-



осложнений. Потому что создать такие условия, при которых не будет новых случаев заболевания инфекцией, передаваемой воздушно-капельным путём, практически невозможно, если только не провести массовую вакцинацию. По-другому мы никак с эпидемией COVID-19 не справимся. Противозидемический эффект наряду с вакцинопрофилактикой дадут изоляция заболевших, в чём В.Сергиев абсолютно прав, и использование средств индивидуальной защиты, в чём учёный сомневается, а я, напротив, твёрдо уверена.

И здесь хочу уточнить, что для создания надёжной иммунной прослойки в популяции достаточ-

Продолжаем разговор

Заблуждения «диванных» экспертов

Можно ли называть ситуацию вокруг COVID-19 «коронабесием»?

Интервью академика Владимира Сергиева, опубликованное в «МГ» № 47 от 25.11.2020, бесспорно, не оставило равнодушными ни многочисленную армию «диванных» экспертов, собирающих данные о вирусе и пандемии исключительно в интернете и СМИ, ни тем более профессионалов, которые находятся в эпицентре событий. Учёный считает реакцию властей и населения на новую коронавирусную инфекцию неадекватной и называет её «коронабесием».

Напомним, что число заболевших COVID-19 в мире приблизилось к 78 млн человек, умерших – к 1,7 млн. Из них почти 3 млн больных и более 51 тыс. погибших – в России. Причём, в числе тех, кто уже стал жертвой инфекции, 978 российских медработников (данные на 21 декабря 2020 г., размещённые на сайте Комитета Госдумы РФ по охране здоровья), то есть люди, которые в принципе всегда находятся в очаге инфекции, будь то лаборатория, поликлиника

заболеваемости в РФ по всем разделам.

В ситуации раздробленности иметь достоверные статистические данные просто невозможно. Для примера: по данным Минздрава, в нашей стране ситуация с ВИЧ-инфекцией улучшается, а по данным Роспотребнадзора она, напротив, тревожная. Аналогичная картина с другими инфекционными болезнями. И пока мы не придём к единому мнению – хотим ли мы знать правду или рисовать красивую картинку – ситуация с инфекционной заболеваемостью улучшаться не будет, и бороться со вспышками мы будем в авральном режиме, как сейчас. Здесь нужна политическая воля Минздрава и Роспотребнадзора, которые должны определить границы своих полномочий.

В Минздраве России искренне считают, что в профессиональном сообществе инфекционистов нет лидера. Это заблуждение или просто нежелание познакомиться с настоящими, авторитетными лидерами в данной области медицинской науки, создателями отечественных инфекционных школ.

Вот на такие мысли навела меня та часть интервью В.Сергиева, где он говорит о неблагоприятных последствиях «оптимизации» отечественного здравоохранения.

– В марте 2020 г., когда эпидемия в России только начиналась, я спросила, страшно ли вам. Вы сказали, что не страшно, потому что вы знаете, что происходит, и как нужно с этой инфекцией бороться. Речь шла о расчётных 100 днях, в течение которых можно купировать вспышку. Сегодня вы знаете об этой инфекции больше, чем знали тогда. Вам стало страшнее или нет?

– Для меня эта инфекция на самом деле оказалась более страшной, чем я себе представля-

ла, потому что она трагически коснулась моей семьи. В то же время представления о закономерностях эпидпроцесса не изменились: сто дней не придуманный отрезок, и весной именно по такому сценарию всё произошло, к середине июня вспышка утихла. Однако источник инфекции остался, а коллективного иммунитета в популяции не было, поэтому осенью коронавирус теперь уже в компании с традиционными сезонными респираторными вирусами создал нам ещё более серьёзную проблему. Однако, поскольку инфекционный процесс, обусловленный воздушно-

капельной инфекцией, имеет определённый сценарий, то подъём заболеваемости, начавшийся в конце сентября, через сто дней начнёт снижаться. Это неизбежно. Другое дело, что сейчас пациенты стали болеть более тяжело, и причиной тому может быть именно сочетанная респираторная инфекция. Это предположение, потому что, к сожалению, таких научных исследований нет: заболевших тестируют только на SARS-CoV-2, а другие ОРВИ у них лабораторно не идентифицируют.

– Именно об этом и говорит В.Сергиев, подвергая критике опыт Китая с жёсткими карантинными мерами: дескать, через 3 месяца всё само собой прошло бы. Выходит, и нас всё прошло бы само собой, не надо было разворачивать инфекционные койки, оборудовать «красные зоны», обучать врачей работе с инфекционными пациентами, закупать аппараты ИВЛ, подбирать лекарственные схемы?

– В этом я с ним абсолютно не согласна. Да, как уже сказано, любой эпидпроцесс имеет свои закономерности. Но, если бы мы не принимали никаких мер, а просто ждали, пока «само пройдёт», то за эти три месяца увидели бы вал заболевших COVID-19, а оказать одномоментно помощь огромному числу людей невозможно физически. Тогда уже не многие, а все до единого учреждения здравоохранения пришлось бы перепрофилировать в инфекционные госпитали, и пациентов со всеми другими заболеваниями лечить было бы просто негде и некому. Мы бы утонули в инфекции. Поэтому, я считаю, введение карантинных мер и в Китае, и России, и в других странах было абсолютно оправданным.

Не могу согласиться и с мнением эпидемиолога, будто новый

или стационар, но до сих пор их организм благополучно справлялся с ней, а в этом случае не смог... Ни одна современная эпидемия гриппа не уносила столько жизней врачей, медсестёр, младшего медперсонала. На этом фоне заявления, что коронавирус не представляет опасности, обесценивает не только их труд в условиях эпидемии, но и их гибель.

Моя собеседница – заведующая кафедрой вирусологии Российской медицинской академии непрерывного медицинского образования доктор медицинских наук Елена МАЛИНИКОВА – не теоретик, а практикующий врач, повидавшая за свою жизнь многие инфекционные вспышки и умеющая отличать преувеличение от реальной опасности. За год эпидемии COVID-19 она побывала во многих российских регионах с целью помочь коллегам правильно организовать работу системы здравоохранения в этих сложных обстоятельствах.

коронавирус не столь опасен, как его пытаются представить. Как инфекционист, поясню: любая спорадически возникающая инфекция, каким бы возбудителем она ни была вызвана, даже таким опасным, как корь и краснуха, редко приводит к летальным исходам. Но когда заболеваемость перестаёт быть спорадической и приобретает характер эпидемии, она охватывает, в том числе, людей из групп риска. В этом случае неизбежно повышается и смертность от этих инфекций.

Да, человечество знакомо с коронавирусами давно, однако эпидемических масштабов это заболевание до сих пор не имело. Поэтому у кого-то могло сложиться стойкое впечатление, будто данная группа возбудителей не опаснее других ОРВИ, включая грипп. Кстати, о гриппе: последняя настоящая пандемия этой инфекции была в 1968 г., тогда умерло около 3 млн человек в мире. От COVID-19 к настоящему времени погибло уже более 1,6 млн. И мы вполне можем приблизиться к печальному итогу пандемии гриппа. Поэтому говорить, что одна из этих инфекций «легче» другой, не следует, их высокая опасность сопоставима.

К тому же мы ещё не знаем об отдалённых последствиях коронавирусной инфекции, об инвалидизации, которая будет связана с заболеванием COVID-19.

– К чему нам надо готовиться в дальнейшем?

– Как специалист в области инфекционной патологии, могу совершенно ответственно сказать: сегодня главная задача, которая стоит перед системой здравоохранения, заключается не в том, чтобы люди не болели в принципе, а сделать так, чтобы заболевшие выздоравливали, то есть перенесли коронавирусную инфекцию без

но привить не 60-70% населения, как считалось до сих пор, а 45-50% – таковы результаты новых математических моделей прогнозирования течения пандемии. Таким образом, сформировать коллективный иммунитет к новой коронавирусной инфекции нам удастся даже быстрее, чем предполагалось изначально, думаю, уже к середине 2021 г. При этом не надо стремиться к поголовной вакцинации, достаточно будет привить группы высокого риска, включая детей, которые всегда являются основными распространителями ОРВИ.

Кстати, это было доказано в нашей стране эмпирически за годы массовой вакцинации против гриппа. Когда прививали всего 10-15% населения, заболеваемость гриппом оставалась высокой. А за последние годы она резко снизилась на фоне роста числа привитых людей до 40% в 2018 г. и до 50% в 2019 г.

Напоследок, отвечая на ваш вопрос, к чему нам готовиться, скажу: готовиться к пандемии гриппа. Штамм H3N2 циркулирует в мире с 1968 г. А мы знаем, что вирус проходит определённый жизненный цикл, после чего происходит антигенный сдвиг, когда возбудитель полностью меняет свою антигенную структуру, чтобы дальше циркулировать в популяции людей. И вот этот антигенный сдвиг, по всем расчётам, у данного штамма вируса гриппа должен вот-вот произойти. Вероятность пандемии максимально высока, и во время неё мы ожидаем частоту и тяжесть осложнений, аналогичные тем, что видим сейчас при пандемии инфекции, вызванной SARS-CoV-2. Это – к вопросу о необходимости укрепления российской инфекционной службы.

Беседу вела Елена БУШ, обозреватель «МГ».

В 1890 г. в клиническом городке медицинского факультета Императорского Московского университета на Девичьем поле появилась клиника нервных болезней. Об её истории и сегодняшнем дне читателям «МГ» рассказывает профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В.Склифосовского Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова академик РАН Николай ЯХНО.

– Николай Николаевич, как появилось здание неврологической клиники на Девичьем поле?

– В 1886 г. архитектор Константин Быковский предложил проект постройки университетского клинического городка на Девичьем Поле. По его плану левая (южная) сторона Большой Царицынской (ныне Большой Пироговской) улицы отводилась под клиники и приюты, финансируемые частными жертвователями, а правая (северная) – под университетские клиники, в основном возводимые государством. В 1887 г. на деньги известной меценатки и благотворительницы Варвары Морозовой, покойный муж которой купец Абрам Морозов умер от прогрессивного паралича, была построена клиника душевных болезней, названная его именем (сейчас это клиника психиатрии им. С.С.Корсакова). На покупку земли и постройку клиники она пожертвовала огромную по тем временам сумму – около 500 тыс. руб. Через три года также по проекту К.Быковского и А.Кожевникова рядом была построена первая в России и, возможно, первая в мире отдельная университетская неврологическая клиника. Первым директором клиники был профессор Алексей Кожевников, возглавлявший кафедру нервных и душевных болезней Московского университета. При преемнике Кожевникова по кафедре и клинике профессоре Владимире Роте началось строительство неврологического института, примыкавшего к прежнему приюту. Открылся институт в 1913 г. при следующем руководителе кафедры и клиники профессоре Владимире Муратове.

– Какова судьба неврологического музея Императорского Московского университета им. А.Я.Кожевникова и созданного на его основе неврологического института? Возможно ли воссоздание его на базе клиники в наши дни?

– Организация неврологического музея через два года после открытия новой клиники – ещё одно важнейшее дело, которое осуществил А.Кожевников. Он в течение многих лет занимался антропологическими исследованиями, даже участвовал в проведении раскопок, и значительную часть экспонатов музея составлял раздел этнографической антропологии. Конечно, музей постоянно пополнялся другими экспонатами. Важно, что задачей музея было проведение научной и преподавательской работы не по неврологии только, но и по смежным специальностям – психиатрии, психологии, физиологии, анатомии, антропологии, то есть, выражаясь современным языком, это был музей нейронаук. Не случайно он получил имя Кожевникова ещё при жизни Алексея Яковлевича. Первым штатным ассистентом музея был выдающийся российский невропатолог (невролог) Ливерий Даркшевич, который затем по рекомендации Кожевникова возглавил кафедру нервных болезней в Императорском Казанском университете. Музей был, похоже, любимым детищем Кожевникова – в последние годы жизни, будучи тяжело больным, он работал с экспонатами дома. В дальнейшем он задумывал это научное подразделение университета развить в неврологический институт. Как я уже сказал, это сделали его ученики. В клинике была создана и научная

библиотека. Мне довелось в студенческие годы видеть её, а когда, будучи в научной командировке в Париже, я посетил мемориальную библиотеку Жан-Мартена Шарко в больнице Сальпетриер – неврологической «Мекке» XIX века, – то не обнаружил значительной разницы с прежней библиотекой нашей клиники. К огромному сожалению, коллекции неврологического музея и библиотека невосстановимо пострадали в период реконструкции клиники в конце 60-х годов прошлого века. Тем не менее, в начале 1990-х годов мы на месте прежнего неврологического музея при поддержке ректората и музея нашего университета организовали Музей истории клиники нервных болезней, поместив туда сохранившиеся артефакты. Что касается воссоздания невроло-

традиционно относящиеся к неврологическим расстройствам, то в их проявлениях всегда присутствуют психопатологические компоненты, часто во многом определяющие качество жизни больных, эффективность лечения и реабилитации. Поэтому мы в клинике пристально изучаем нейropsychиатрические расстройства при таких состояниях как нарушения мозгового кровообращения, болезнь Паркинсона и другие нейродегенеративные заболевания головного мозга, включая болезнь Альцгеймера, болевые синдромы. По некоторым направлениям кооперируемся с нашими коллегами психиатрами и психотерапевтами. Проводим обучающие циклы по нейропсихиатрии с участием всех заинтересованных специалистов. Вот как интересно отозвалось



смерти А.Кожевникова постановило иметь в аудитории его портрет, проводить ежегодные заседания в его память и назвать клинику его именем. Почему это не было тогда сделано – загадка. Также разместили в аудитории клиники портреты всех её директоров. Пришлось провести большую работу по модернизации программы по неврологии для студентов, клинических интернов, ординаторов, аспирантов. Спустя несколько лет произошло объединение кафедр нервных болезней первого и второго лечебных факультетов академии. Что касается научной работы кафедры и клиники, то она была в значительной степени активизирована. Мы продолжили исследования, касающиеся паркинсонизма, эпилепсии, нервно-мышечных заболеваний, вертеброгенных неврологических нарушений. Одним из основных направлений научной работы кафедры стало изучение когнитивных расстройств. Работая с пациентами с различными заболеваниями головного мозга, я, как и другие неврологи, видел, что во многих случаях, особенно у лиц пожилого возраста, наряду с двигательными, чувствительными, вегетативными и другими нарушениями центральной и периферической нервной систем наблюдаются психические или, как сейчас их называют, нейропсихиатрические или когнитивные расстройства. Традиционно проблема деменций рассматривалась исключительно как психиатрическая. Но из практической работы было видно, что эти расстройства нередко проявляются нарушениями, не входящими по тяжести до деменции, и именно на этих додементных стадиях имеются большие возможности коррекции и замедления развития деменции. Кстати, это положение более 20 лет назад я высказал на страницах «Медицинской газеты». Также активно в нашей клинике проводились исследования неврогенных болевых синдромов. Думаю, что удалось создать научные школы по данному проблематике. Сейчас мои ученики и коллеги продолжают работать по этим научным направлениям в нашей и других клиниках.

– Что представляет собой клиника сегодня и каким вам видится её завтрашний день?

– В последние годы у нас произошли некоторые изменения. Сейчас в 5 стационарных отделений имеется 200 коек. Детское психоневрологическое отделение, просуществовавшее более 80 лет, переведено в клинику детских болезней, а на его месте по решению ректора университета академика РАН П.Глыбочко организовано психотерапевтическое отделение под руководством академика РАН Анатолия Смулевича. Активно работает амбулаторно-поликлиническое отделение, значительно обновляется техническое оснащение рентгенологического и отделения функциональной диагностики, организовано сомнологическое. Конечно, изменился персональный состав кафедры и клиники, которые сейчас возглавляет профессор Владимир Парфёнов. На базе клиники ежегодно обучаются более 30 клинических ординаторов и 20 аспирантов. Научная тематика остаётся, в основном, прежней – когнитивные и другие нервно-психические расстройства, болевые синдромы, двигательные расстройства, заболевания периферической нервной системы, хронические нарушения мозгового кровообращения и др. Привнесены новые направления, в частности, развитие методов поведенческой терапии и кинезиотерапия. Уверен, что клиника останется среди ведущих неврологических клинических и образовательных центров нашей страны.

**Беседу вёл
Болеслав ЛИХТЕРМАН,
корр. «МГ»,
доктор медицинских наук.**

Наши интервью

Психиатрия есть часть невропатологии

К 130-летию неврологической клиники Сеченовского университета

гического института, то, действительно, проработка такого проекта проводилась в конце последнего десятилетия прошлого века (увы приходится использовать эти слова), был даже подготовлен проект пристройки нового корпуса к клинике. Но всякая, даже продуктивная, идея требует финансовой поддержки. В то время это было невыполнимо.

– «Психиатрия есть часть невропатологии», подчёркивал А.Кожевников. Согласны ли вы с этим утверждением? Считаете ли вы целесообразным вновь объединить кафедры нервных болезней и психиатрии, при этом сохранив самостоятельность клиник, как при нём?

– Приведённый вами тезис не следует понимать буквально. А.Кожевников одним из первых в Европе разделил преподавание нервных болезней и психиатрии, организовав отдельные клиники. То же касалось лечебной и научной работы. В то время и сам Кожевников, и его ученики (С.Корсаков, В.Рот, В.Муратов, Г.Россолимо и другие) в равной степени ориентировались в обеих специальностях. Интересно, что докторская диссертация С.Корсакова была посвящена алкогольному параличу – заболеванию, имеющему эпонимическое название «синдром Корсакова». Этим сейчас редким расстройством чаще приходится заниматься неврологам. Слова Кожевникова нужно рассматривать как методологический принцип, предполагающий наличие мозгового субстрата душевных болезней. Неслучайно был использован термин «невропатология» (сейчас мы бы сказали «неврология»), а не «нервные болезни». Схожего мнения придерживался В.Бехтерев, считавший, что к неврологии, понимаемой в широком смысле, тесно примыкают те отделы знаний, которые изучают духовный и внутренний мир здорового и больного человека. Конечно, сегодня не стоит вопрос об объединении кафедр нервных болезней и психиатрии (кафедра нервных и душевных болезней Императорского Московского университета была разделена на две самостоятельные кафедры после 1917 г.). Но активно развивается относительно молодая научная специальность – нейропсихиатрия, наука о морфофункциональном субстрате психической деятельности. Если рассматривать любые заболевания головного мозга,

приведённое вами высказывание Кожевникова.

– Как бы вы охарактеризовали развитие клиники в советский период (1917–1991). Что было достигнуто за этот период?

– Замечу для начала, что из стен клиники вышло большинство, если не все руководители других московских неврологических кафедр и клиник, образованных в довоенное (до 1941 г.) время. Среди руководителей нашей клиники в советский период, конечно, следует выделить Григория Россолимо и Евгения Сеппа. Россолимо руководил клиникой с 1917 по 1928 г., но основная часть его научных работ по неврологии, психиатрии, психологии, педологии была выполнена до революции. В 1931 г. его именем был назван Большой Боженинский переулок, где находится здание клиники. Сменивший Россолимо Сепп заведовал кафедрой и клиникой дольше всех – 28 лет. Он был превосходным клиницистом и разносторонним учёным. Его многочисленные работы касались различных клинических вопросов, физиологии, патофизиологии и морфологии нервной системы. После капитального ремонта клиники в ней стали работать отдел клинической нейрофизиологии и патологии вегетативной нервной системы под руководством Александра Вейна и лаборатория афазии и речевой реабилитации МГУ, которую возглавлял основоположник нейропсихологии Александр Лурья.

– После окончания института, вы поступили в аспирантуру в лабораторию нервных и гуморальных регуляций, которую возглавлял А.Вейн. Каким он вам запомнился – как врач, учёный, учитель?

– Действительно, так случилось. Дело в том, что, будучи членом научного студенческого кружка при кафедре, я выполнял свою первую научную работу в лаборатории нейрогуморальных регуляций АН СССР, которой после смерти Гращенкова руководил Вейн. Часть этой лаборатории (её клиническая группа) позднее выделилась в отдельную лабораторию и, как я уже сказал, обосновалась в клинике нервных болезней. Александр Моисеевич на общественных началах курировал работу женского неврологического отделения. Он стимулировал научных сотрудников к систематической клинической

работе. Клиника была базой для проведения их научных исследований. Вейн был прекрасным клиницистом, очень умело организовывал научную работу, всячески поощрял и развивал продуктивные идеи сотрудников, сам предлагал новые направления, всегда приветствовал интерес молодых врачей к научной работе, давая каждому шанс проявить себя. Так получилось, что первые 20 лет своей карьеры я трудился под его руководством. Вскоре после защиты докторской диссертации принял приглашение перейти на работу в 4-е Главное управление при Минздраве СССР – хотелось самостоятельной работы.

– Вы вернулись в alma mater в 1990 г., и более 20 лет возглавляли кафедру нервных болезней лечебного факультета и клинику, юбилей которой мы сейчас отмечаем. Какие успехи в этот период вы бы отметили? Что повлияло на выбор одного из основных научных направлений кафедры и клиники? Удалось ли создать свою школу?

– Действительно, по приглашению тогдашнего ректора Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова М.Пальцева я сменил на посту заведующего кафедрой и директора клиники профессора П.Мельничука, который, впрочем, продолжал работать в клинике и курировал детское психоневрологическое отделение. Первым большим событием было празднование 100-летия клиники и Московского общества неврологов (МОН) – к тому времени произошло разделение Московского общества невропатологов и психиатров на два самостоятельных общества. Мы выпустили юбилейный сборник трудов и провели заседание общества, на котором присутствовали ведущие московские неврологи. Затем проводили юбилейные заседания МОН каждые 10 лет. В прошлом году отметили 150-летие клиники нервных и душевных болезней Московского университета, располагавшейся в Ново-Екатерининской больнице. В этом году по понятным причинам отпраздновать очередной юбилей клиники не смогли, но, надеюсь, осуществим это позже. В 1994 г. по постановлению мэрии Москвы клиника получила имя её создателя. Таким образом, мы выполнили решение Московского общества невропатологов и психиатров, которое в 1902 г. после

Продолжим разговор об этико-деонтологическом воспитании студента медицинского вуза. Цель этого – формирование врача-профессионала, усвоившего гуманитарные основания профессии, хорошо владеющего социокультурным и ценностно-смысловым контекстами своей деятельности. Воспитать совесть значит убедить пациентов от справедливых обид и ятрогенных заболеваний, а будущего врача – спасти от синдрома эмоционального выгорания, многих личных и профессиональных ошибок, научить самокритике, эмпатии, сочувствию нуждам и душевному состоянию людей, глубокому пониманию внутренней картины болезни. Почему же именно на это следует обратить внимание в наши дни, когда деньги и прочие материальные ценности решают почти всё?

Cura te ipsum

Крылатый латинский афоризм – «исцели себя сам» – это известный с библейских времен призыв честно взглянуть на себя и исправить собственные недостатки. Задача, поставленная ещё в Античности, по-разному решалась в истории медицины. Посмотрим, как дело обстоит сегодня.

Указом Президента России от 07.05.2018 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 г.» выделены направления, в которых целесообразно разработать национальные проекты (программы). Правительству Российской Федерации поставлена задача «обеспечить внедрение... новых методов обучения и воспитания, образовательных технологий, обеспечивающих освоение обучающимися базовых навыков и умений, повышение их мотивации к обучению и вовлечённости в образовательный процесс, а также обновление содержания и совершенствование методов обучения».

Национальный проект «Образование» направлен на достижение двух ключевых задач. Первая – обеспечение глобальной конкурентоспособности российского образования и вхождение Российской Федерации в число десяти ведущих стран мира по качеству общего образования. Вторая – воспитание гармонично развитой и социально ответственной личности на основе духовно-нравственных ценностей народов России, исторических и национально-культурных традиций. Проект предполагает реализацию четырех основных направлений развития системы образования: обновление его содержания, обеспечение необходимой инфраструктуры, подготовка, переподготовка и повышение квалификации кадров, а также разработка наиболее эффективных механизмов управления этой сферой.

Несмотря на цифровизацию, внедрение информационных, компьютерных и дистанционных технологий, нельзя отрицать и лучшие традиционные формы обучения и воспитания. Они основаны прежде всего на уважении прав личности студента, пациента и врача-педагога, отказе от психотравмирующих манипуляционных или авторитарных методов, создании атмосферы психологической безопасности и доверия, направленности на позитивное развитие личности и доброжелательность межличностных отношений, грамотном разрешении спорных этико-деонтологических ситуаций и т.п.

Одна из глобальных задач высшего медицинского образования – создание необходимых условий для этико-деонтологического воспитания каждого студента. Эта особенно значимо сейчас в связи с бурным развитием новых и не всегда безопасных возможностей. Потенциальные изменения человеческой индивидуальности с помощью репродуктивных технологий (например, манипуляций со стволовыми клетками, клонирования и экстракорпорального оплодотворения), трансплантация органов и тканей, нейрохирургия, нейрофармакология, психиригия затрагивают острейшие этические вопросы.

Кроме того, анализ жалоб в органы управления здравоохранения показывает, что именно низкая нравственная культура медицинских работников наиболее часто вызывает негативную реакцию людей и общества в целом, становится веской причиной неудовлетворённости медицинским обслуживанием.

Взгляд

Исцели самого себя

Воспитание совести в обществе потребления



Главное в человеке – это сердцевина

Президент МГМСУ им. А.И.Евдокимова академик РАН Николай Ющук утверждает: «Ныне в нашей жизни пропагандируется культ материальных благ, и в студентах «прорастают» практицизм и настрой на коммерцию. Но забывать об истинном призвании врача нельзя – нужно любить больного, быть готовым к самопожертвованию. Тогда всё будет: и слава, и почёт, и достаток».

Вот почему в практике высшего медицинского образования весьма актуальным является достижение следующих результатов. Для студентов – это психическое здоровье, развитие и зрелость личности, профессиональная грамотность, наличие навыков конструктивного общения. Для врачей-педагогов – компетентность, нравственная и гражданская зрелость, ответственность, демократический стиль общения, умение предотвращать и продуктивно разрешать конфликты. Для пациентов – осмысленное отношение к лечению, понимание характера медицинских манипуляций, чувство удовлетворённости и качество жизни. А для образовательного процесса в целом – это правильно поставленные и достигнутые цели, технологичность, интегрированность, междисциплинарность и при этом сугубо индивидуальный подход к каждому студенту.

На мой взгляд, именно к таким выводам нас приводят исследования, посвящённые экзистенциальным вопросам жизни и смерти, болезни и страдания, нравственного выбора и ответственности, совести и самопожертвования во имя спасения ближнего. Мы опираемся на произведения великих античных и средневековых докторов (Гиппократ, Галена, Авиценны), а также прославленных отечественных и зарубежных авторов – Николая Пирогова, Матвея Мудрова, Федора Гааза, Викентия Вересаева, Василия Зеньковского, архиепископа Луки (В.Войно-Ясенецкого), Эриха Фромма, Виктора Франкла, Альфрида Лэнгле...

По выражению Льва Толстого, «главное в человеке – это сердцевина, дух человека, который является носителем смысла, разума, свободы и совести». Поэтому одна

из основных целей педагогической деятельности, а значит и этико-деонтологического воспитания – развитие и становление нравственно положительных ценностно-смысловых ориентиров личности. Это обуславливает важность метода диалога с собственной совестью как инструмента самораскрытия личности, способности к самоанализу, самокритике и самосовершенствованию. Без такого диалога нельзя

ном самоопределении, осмыслить взаимосвязь личностного и профессионального роста врача и, конечно же, грамотно осуществлять профессиональный контакт с коллегами, пациентами и их родственниками.

Нравственный компас

Многолетний опыт преподавания в МГМСУ им. А.И.Евдокимова подтверждает, что на основе лич-

татам. Грех из-за неопытности, тем более у молодых врачей. Грех из-за развившихся предполагаемых и не предполагаемых особенностей реакций организма пациента. Грех как следствие случайных обстоятельств и т.д. Меня можно упрекнуть – зачем называть ошибку либо огорчительный результат лечения по вине врача грехом? Но я исхожу из того, как это переживается доктором. Знаю и по себе, и по коллегам...

ностно-ориентированного подхода создаются необходимые условия для снятия психологических барьеров и открытого диалога со студентами, интернами, ординаторами, аспирантами и практикующими врачами. Современные педагогические технологии такие, как деловые игры, проблемно-проектные семинары, групповые дискуссии, анализ видеоматериалов и решение этико-деонтологических задач, способствуют развитию когнитивных способностей и духовно-нравственной культуры. А верное разрешение насущных проблем поддерживает духовное, психическое и физическое здоровье врача.

Традиционно принято считать, что врач обязан выполнять свой служебный долг. Поэтому проблемы биоэтики и деонтологии в медицинских вузах до последнего времени оставались в тени как не требующие специальной подготовки студентов. Верная постановка диагноза, выбор методов лечения, адекватность прогнозирования зачастую оказываются важнее моральных аспектов.

Духовно-нравственное воспитание помогает привить такие ценностные ориентации и личностные смыслы, благодаря которым в своей жизни и практике студент-медик руководствуется принципами совести и сострадания. Именно это позволит будущему врачу видеть в больном человеке неповторимую, духовную и страдающую личность с правом выбора собственной позиции, а не объект научно-исследовательской или лечебно-диагностической работы. Врач действует этически и деонтологически грамотно, когда он самостоятелен (сам ставит цели), свободен (сам выбирает средства их достижения), сознателен (способен к осознанию того, что делает) и совестлив (выражая себя, не нарушает прав и свобод других людей).

Этизация врачебного сознания и деятельности – одно из существенных условий образования врача-профессионала. Подлинный профессиональный рост и развитие тесно связаны с личностным ростом и развитием.

Так, Федеральный государственный образовательный стандарт по направлению 31.05.01 «Лечебное дело» требует обеспечить способность выпускника к самостоятельной профессиональной деятельности сразу после окончания вуза. Цель – формирование необходимых компетенций, в том числе «способности и готовности реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности», а также «способности и готовности анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок».

Опираясь на богатый личный опыт, это великолепно обосновывает в своей статье «Эмоциональное выгорание и совесть врача» профессор Национального медицинского исследовательского центра нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко заслуженный деятель науки РФ Леонид Лихтерман: «Грехи доктора при лечении больных разные. И по их причинам, и по их резуль-

Совесть доктора – это важнейшее слагаемое нашей преданности больным, человеколюбия, профессионального служения», – справедливо заключает Л.Лихтерман («МГ» № 30 от 29.07.2020).

Как гласит русская пословица, «совесть – голос Божий в человеке». Говоря научным языком, одно из выражений нравственного самосознания, нравственный компас, позволяющий критически оценивать поступки и действовать ответственно перед собой и другими. Воспитать совесть – значит помочь человеку наладить отношения с Богом, окружающим миром и самим собой согласно высоким нравственным требованиям и заповедям. Совесть, правда и справедливость составляют основу чувства сострадания.

Врачебная совесть позволяет действовать и по букве закона, и в соответствии с духом врачевания, что снимает противоречие между медициной как профессией и как искусством. Устроив это противоречие, врач может правильно ответить на ключевые вопросы о своём призвании и смысле жизни. Вот почему духовно-нравственная культура – стержень и в мировоззренческом, и в педагогическом, и в профессиональном планах. Она призвана обогатить учебные программы мотивами, ценностями и смыслами, предельно значимыми для личностного роста и профессионального развития. Только так можно решить проблему гуманизации врачевания – развития позитивных личностных качеств (милосердия, альтруизма, ответственности, совестливости), при которых гуманные принципы отношения к пациенту реализуются в теоретической и практической работе врача.

В этом убежден и ректор МГМСУ им. А.И.Евдокимова академик РАН Олег Янушевич: «Образование призвано воспитывать в молодых людях благородство. Искусство врачевания – не менее творческий процесс, чем создание художественного полотна или скульптурного произведения. Даже самые обширные и глубокие профессиональные знания не всегда помогут доктору в сложной ситуации, если он не чувствует пациента, не понимает, не сопереживает искренне своему больному. Но, отвечая за человека, настоящий медик так же остро ощущает свою ответственность и за всё, что происходит рядом с больничной палатой, стоматологическим креслом, операционной, рабочим кабинетом. Стремление делать мир вокруг себя лучше для врача закладывается в студенческую пору, когда облагораживаются и ум, и сердце, и «души прекрасные порывы». Сопричастность к происходящему вокруг, готовность прийти на помощь лежат в основе любого подвижничества».

Константин ЗОРИН,
доцент кафедры ЮНЕСКО
«Здоровый образ жизни – залог успешного развития»
Московского государственного
медико-стоматологического
университета им. А.И.Евдокимова,
кандидат медицинских наук.

Ситуация

Многоликость

Учёные составили клеточный атлас на основе РНК-последовательностей отдельных клеток (scRNA – single-cell), представляющий всё разнообразие клеточного состава и генной активности тканей и органов.

В Станфорде биохаб Чэн, супруги основателя Facebook, выявил 58 популяций разных клеток только в лёгких, добавив часть к 45 уже известным. Сравнение данных, полученных у человека и мышей, позволило идентифицировать 17 молекулярных типов, обретаемых или теряемых по ходу развития органов дыхания. По мнению авторов, атлас представит молекулярную основу как для биологов, так и для врачей и молекулярных фармакологов, что очень важно для лечения людей не только во время пандемии. Двумя днями позже специалисты Йельского и Дьюкского университетов представили данные о подавлении ген-экспрессии под действием Wnt-сигнала. Ген Wnt-Wingless был некогда открыт у дрозофилы, которая после его мутации не обрела крыльев, откуда и его название. Много позже было выяснено, что Wnt «включает» клеточный белок бета-катенин, излишняя активность которого приводит к тому, что мышата рождаются с мозгом в 2-3 раза больше нормального.

Известно также, что этот сигнальный путь-path активирует протеиновый фермент киназу, способствующую передаче сигнала в ядро, где включаются гены деления. Тем самым клетки «молодеют» и неумоимо делятся вместо того, чтобы специализироваться и после выполнения функции естественным образом «стареть». Своей работой авторы в очередной раз доказали, что старение является действенным механизмом защиты от неконтролируемого деления.

Выход из-под жёсткого контроля приводит к геномному дисбалансу, проявляющемуся в появлении разных популяций клеток, о чём говорилось выше. Под микроскопом можно видеть не только клетки с чрезмерно активной киназой, но и эмбриональным геном Notch, название которого переводится как «зарубка», узел развития-дихотомии, в котором идёт выбор пути развития. Учёные напряжённо ищут средства, определяющие правильное направление клеточного «взросления», одним из которых являются моноклональные антитела (MAT = tab) и в частности трастузумаб. Проблема однако заключается в том, что в клетки поступает мало молекул SYD, представляющих собой производное токсичного для клеток дуокармина. Нидерландская компания из Неймегена пред-

ложила стимулировать включение MAT с SYD в клеточные лизосомы или вакуоли, в которых идёт лизис поглощённых клеткой веществ (лизосомы макрофагов таким образом «представляют» антигены иммунным клеткам). Nature назвал метод как создание лекарств для «лучшего использования» (better care).

Нобелевскую премию 2020 г. вручили за ген-редактирование, которое уже применяется для борьбы с опухолями. В университетах Тель-Авива, Нью-Йоркском и Гарварде белки и РНК-гид предложили вводить в клетки с помощью липидных наночастиц, напоминающих по своей структуре всем известные липосомы, охотно поглощаемые клетками. Введение наночастиц в мозг мыши с моделью глиобластомы привело к 70-процентному выключению гена киназы PLK, что дало подавление роста на 50%. Авторы также ввели мышам липидные частицы внутрь брюшины, что дало подавление «рассеянной» опухоли яичников. А специалисты Национального института онкологии в Бетезде, задались вопросом, почему люди по-разному «отвечают» на лечение тем же тезоломидом, повреждающим ДНК и блокирующим её починку-geraig (как сходные с ним по действию иматиниб и сунитиниб). При изучении ген-профилей иммунных

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ приглашает на работу:

✓ **профессоров (докторов медицинских наук) кафедр:**

- внутренних болезней;
- инфекционных болезней;
- общей гигиены;
- онкологии;
- психиатрии;
- судебной медицины;
- урологии;
- фтизиопульмонологии;
- хирургических болезней;
- эндокринологии.

✓ **ассистентов (кандидатов медицинских наук), доцентов кафедр:**

- инфекционных болезней;
- педиатрии;
- поликлинической терапии и общей врачебной практики;
- судебной медицины;
- фтизиопульмонологии;
- хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Жильё предоставляется.

Контактный телефон: (4712) 588-141.

и опухолевых клеток 111 пациентов у 26 из них как бы «совпали», что дало возможность объяснить несходство ответов на лечение. В качестве таких исключений можно привести случай с известным велосипедистом Л.Армстронгом, у которого в 25 лет обнаружилась опухоль вследствие нарушения в одной из хромосом. Врачи предсказывали успех терапии всего лишь 20%, однако до сих пор жив и здоров (у его сына обнаружено то же изменение в хромосоме).

Специалисты Дьюка для подавления ростового сигнала Wnt применили экспериментальное лекарство ETC-159, разработанное в Сингапуре. ETC подавляет активность гена PORCN, откры-

того у сумчатых-порцупинов, откуда его название. Позже выяснилось, что этот «консервативный» ген, кодирующий один из протеинов эндоплазматической сети, на рибосомах которой идёт синтез белков, есть у всех, начиная с дрозофилы и кончая человеком. ETC как и блокаторы починки ДНК не только подавляет клеточный рост, но также и «вовлекает» в процесс иммунные клетки – натуральные киллеры и В-лимфоциты, синтезирующие антитела (СК).

Игорь ЛАЛЯИЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
Cancer Cell, Cancer Research,
Nature, Science.

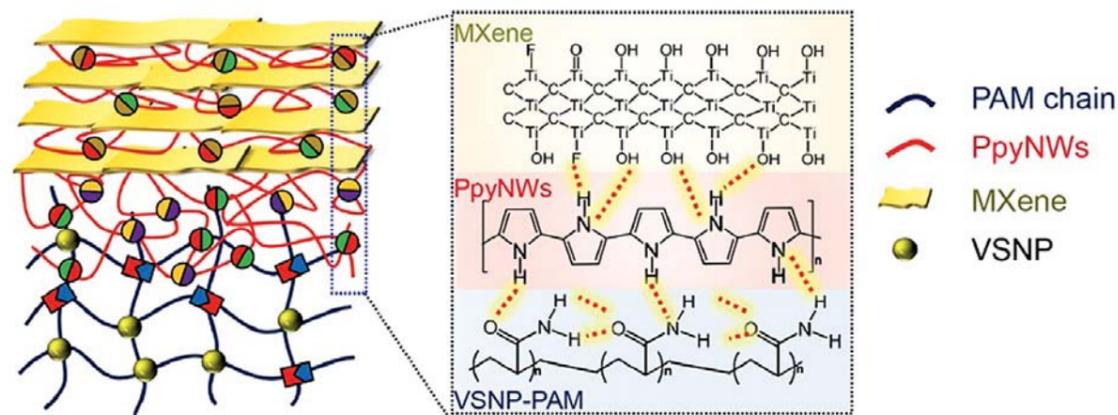
Исследования

Кожа и мозг происходят от одного клеточного источника. В ходе развития у зародыша образуется наружная эктодерма и внутренняя энтодерма.

На спинной поверхности часть эктодермы уходит с поверхности, и края образовавшейся полости замыкаются в нервную трубку, в которой начинают активно делиться стволовые клетки, дающие нервные клетки разной модальности (слуховые и сенсорные, моторные и фоторецепторы, то есть палочки и колбочки будущей сетчатки) и глио-«клей» белого вещества. Из клеток той же эктодермы образуется и кожа, стволовые клетки которой дают волосы и железки и потовые и сальные, а также кроющий «над-дермный» слой – эпидермис. Клетки последнего после активного деления постепенно отмирают и в конце концов подвергаются апоптозу с образованием роговых чешуек, пропитанных серосодержащим белком кератином. Отсюда видно единство происхождения кожи с её нервными окончаниями и сетчатки глаза с нервными фоторецепторами и «обслуживающими» их клетками пигментного слоя, лежащего на самом дне глазного яблока. Именно тёмный пигментный слой принимает на себя световой «удар» из отверстия зрачка, частично гасит его и фотонами отражённого света раздражающий палочки-rods с их родопсином и колбочки с опсинами, реагирующими на свет разных цветов (длин волн).

Кожа с возрастом меняется в силу нарушения активности стволовых клеток, а также повреждения их ДНК, что хорошо видно под микроскопом после «окрашивания» флуоресцентными протеинами, например, зелёным GFP (Green Fluorescent Protein). Кожа может утолщаться

Зримый звук



Слой искусственной электронной кожи (e-skin): NW – нанопроволоки, SNP – кремниевые наночастицы

при увеличении активности гена, кодирующего синтез эпидермального кадгерина (ECad) – белка, который благодаря ионам кальция адгезирует клетки. Под действием влаги кальций «вымывается», что приводит к мацерации кожи. При мутации гена ECad может наступать эпидермолизис, или «растворение» эпидермиса, остающегося на пальцах подобно пыльце крыльев бабочки... вполне вероятно, что жертвам этого состояния может помочь искусственная «кожа», о создании которой сообщил Научно-технологический университет имени короля Абдаллы в Тувале (Саудовская Аравия). Инженеры пишут об электронной коже с чувствительными сенсорами, интегрированными в полиакриламидный эластомер-гидрогель. Поливиниловый гель обеспечивает эластические

свойства электронной кожи (e-skin), выдерживающей растяжение в 1000%. Электропроводность её обеспечивается МХеном, содержащим металл переходной группы, в данном случае титан, в соединении с углеродом или азотом (карбид или нитрид) в геле с двойными связями (Ti₃C₂). Наномостиками между Ti₃C₂ служат кремниевые наночастицы в виниле. «Физиологические» характеристики e-skin вполне соответствуют человеческой коже, «улавливая» приближение объекта с расстояния 20 см и реагируют на стимулы со скоростью менее 100 миллисекунд (реакция одарённого вратаря на 11-метровый равна этому времени). Электронная кожа также «понимает» написанное на ней от руки, сохраняя работоспособность после 5 тыс. деформаций, так что перспек-

тивы у нового продукта весьма радужные не только в биологии и медицине.

Врачи возлагают также свои надежды на ген-терапию, но учёные сталкиваются с проблемой, касающейся вируса, переносящего нормальный ген в клетки (AAV – аденоассоциированный, который «проникает» в клеточные железки-«адены» слизистой). Создание AAV для первой ген-терапии, одобренной в Европейском союзе, обошлось в миллион фунтов стерлингов! Можно напомнить, что несколько вакцин против COVID также используют AAV. Тем не менее биотехнологии не жалеют усилий для разработки терапий, призванных исправлять генетические дефекты. Так Nature сообщил о работе сотрудников Университета Северного Техаса (США), которые успешно репрограммировали

фибробласты кожи, из которых получают стволовые клетки. Из них затем получили палочки-rods, что позволило восстановить зрение мышам с мутацией в гене rd, отвечающем за развитие этих фоторецепторов. Через 1,5 месяца Science рассказал о восстановлении у мышей «тепловидения» благодаря золотым наностержням, улавливающим ближние к инфракрасным лучи (NIR – Near InfraRed).

Одним из поражений сетчатки является макулярная, или точечная дистрофия, возникающая в результате неоваскуляризации, или разрастания сосудов (macula – пятно, отсюда макулатура). В Медицинском колледже Университета Аризоны – Тусон (США) предложили подавлять рост сосудов с помощью леводопы, представляющей собой аналог дофамина, нехватка которого ведёт к паркинсонизму. Наследуемая форма слепоты получила название амавроза, развивающегося в результате излишней активности белка, которая необходима для транспорта в клетки жирных кислот (FATP – Fat Acid Transport Protein). В Новоорлеанском университете показали, что подавление FATP ведёт к увеличению в 2-3 раза синтеза ретиналя, реагирующего в опсине колбочек на свет. Выключение гена FATP у мышей привело к увеличению числа колбочек в 7,6-13,5 раза, что хорошо видно на представленных срезах мышинной сетчатки. Тем самым создана кандидат-терапия лечения амавроза, название которого происходит от греч. МАΥΡΟС – «тёмный».

Иван ЛАРИН.

По материалам
American J Medicine, PNAS,
Science Advances.

Ракурс

Употребление вкусной пищи снижает активность клеток мозга, контролирующих чувство голода и жажды, установили учёные. А говоря по-просту, чем больше съел, тем больше хочется. Вот почему бывает так трудно отказаться от второго куска пирога к чаю, даже после обильного обеда, предполагают они.

которые также работали с подопытными мышами, установили, что мозг можно запрограммировать на переизбыток: к этому приводит как раз потребление еды с большим содержанием жиров и сахара.

Группа учёных из Университета Северной Каролины в Чапел-Хилле во главе с нейробиологом Гарретом Стубером изучала из-

Сили не исключает, что важным фактором в том, как вели себя мыши, могла быть сама пища. «Вы, наверное, не знаете, каков на вкус корм для грызунов, – говорит учёный. – Я его пробовал, он просто отвратительный. Это сухая, солёная, безвкусная бурда».

При этом жирная пища, которой кормят мышей, на вкус напомина-

работают намного активнее, чем у других. Учёные продемонстрировали, например, что у тех, кто особенно любит шоколад, вид и запах сладостей вызывает более активную реакцию в районах мозга, отвечающих за «пищевое вознаграждение».

Подобные механизмы заставляют формировать прочные взаимосвязи между местом и опре-

Нейроны воздержания

Почему так трудно отказаться от второго куска торта?

Журнал Nature рассказывает о результатах исследования группы учёных во главе со Скоттом Стернсоном из исследовательского центра Джанелия в Эшберне (США). В ходе опытов на мышах они выявили область мозга, где находятся нейроны, отвечающие за потребление пищи и воды.

Когда нейронная сеть в этой области активизируется, чувство голода и жажды подавляется. И наоборот: её блокировка ведёт к тому, что мыши продолжают есть и пить, даже когда они вполне сыты и напоены.

Исследователи предлагали мышам разное питьё, одновременно наблюдая за активностью «нейронов воздержания». Было зафиксировано незначительное снижение активности, когда мыши пили воду или горьковатые напитки, и гораздо более сильное, если мыши получали вкусные жидкости, например, с ванильным ароматом. Как предполагают эксперты, нейронная сеть устроена так, что приятный вкус заставляет мозг хотеть ещё больше.

В 2019 г. журнал Science сообщил о результатах исследования на похожую тему. Его авторы,

менения, которые происходят в головном мозге при ожирении. Они сравнили поведение нейронных сетей в мозгу живых мышей с обычным и избыточным весом сразу после приёма пищи: в качестве таковой животным давали богатую калориями сладкую воду. Мозг мышей без ожирения реагировал на сахар повышением активности нейронных сетей: клетки словно подавали сигнал «хватит» и запрещали требовать продолжения банкета.

Однако по мере того как мыши получали всё больше сахара, они начинали набирать лишний вес – и нейронные сети в их мозгу становились все менее активными, говорится в исследовании. К 12-й неделе перемены диеты клетки реагировали на сладкий напиток примерно на 80% менее активно.

Впрочем, это исследование не уточняет, какие именно изменения привели к потере активности нейронных сетей: более сладкая диета или же непосредственно набор веса, отмечает невролог из Университета Мичигана Рэнди Сили, который не принимал участия в работе Стубера.

ет тесто для сахарного печенья, объясняет эксперт, который, впрочем, допускает, что нейронная активность также могла быть важным фактором.

В надежде помочь людям, страдающим ожирением, учёные многие годы изучают механизмы, которые регулируют чувство сытости и голода.

В человеческом мозгу работает система «пищевого вознаграждения», которая поощряет нас к потреблению богатой калориями еды. Оно способно перебороть поступающие в мозг сигналы о насыщении, в результате чего нам намного труднее справиться с соблазном продолжать пиршество. Поскольку потребление вкусной еды приносит нам огромное удовольствие, предвкушение таких приятных ощущений становится важнейшим фактором, определяющим диету.

При этом учёные доказали, что людям бывает особенно трудно отказаться от фастфуда, богатого жиром и сахаром, таких продуктов, как шоколад, мороженое, чипсы или печенье. У некоторых людей мозговые центры, стимулирующие потребление еды,

делённым видом еды: попадая на море, начинаем покупать рыбу и морепродукты, а в кинотеатре едим попкорн.

Система «пищевого вознаграждения» помогает найти нужную пищу и поощряет потребление. Её появление связано с далёким прошлым человечества, в котором люди были охотниками-собирающими. Чтобы выжить, было необходимо как можно быстрее найти калорийную пищу – и съесть как можно больше. В тех условиях переизбыток помогал людям пережить времена, когда пищи не было вовсе. Однако в современном обществе обусловленное эволюцией стремление к жирной и сладкой пище приводит к риску ожирения.

Тем более, что производить не слишком полезные, но питательные продукты намного дешевле, чем диетические.

Скоро Новый год и отказаться себе в удовольствии поесть что-то вкусное не каждый сможет, так что все диеты оставим на потом...

Юлия ИНИНА.

По материалам
The Conversation.

Гипотезы

Восприимчивые к вирусу

Американские учёные выявили – больные раком, ВИЧ-инфекцией и другие люди с ослабленной иммунной системой, заразившись SARS-CoV-2, способны быть заразными дольше других. Вирус в их организмах может дольше сохранять жизнеспособность из-за приёма сильных иммуносупрессивных препаратов во время курса лечения.

Люди с подавленным иммунитетом при инфицировании новым вирусом остаются заразными до 2 месяцев. Исследователи изучили 78 образцов, которые взяли у 20 человек с ослабленным иммунитетом, заболевших COVID-19. Из них 15 получали активное лечение или химиотерапию. У 11 человек инфекция протекала в тяжёлой форме. Учёные также взяли у 5 человек контрольные образцы биоматериала из носоглотки и поместили в культуру клеток.

Как оказалось, пациенты с ослабленным иммунитетом после лечебных процедур, например, химиотерапии, трансплантации гемопоэтических стволовых клеток или при получении клеточной терапии, могут освобождаться от жизнеспособного SARS-CoV-2 в течение как минимум 2 месяцев. Исследователи предположили, что на это влияет приём сильных иммуносупрессивных препаратов во время лечения. При том, согласно действующим рекомендациям по мерам предосторожности при COVID-19 Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC), заболевшие COVID-19 заразны 10 дней. Поэтому рекомендации по мерам предосторожности следует пересмотреть для людей с ослабленным иммунитетом.

Инга КАТАРИНА.

По материалам
New England Journal of Medicine.

Ну и ну!

Тем не менее, если верить индийским учёным, в скором будущем человечество сменит гнев на милость, начав активно разводить данных малопривлекательных насекомых. Согласно последним исследованиям, тараканы способны давать молоко, которое, по мнению учёных, может спасти развивающиеся страны от голода.

Исследователи из Института биологии Индии заявили, что тараканы разновидности *Diploptera punctata* – единственный известный вид насекомых, который выкармливает своё потомство молоком, содержащим кристаллы белка.

Обнаружилось, что тараканье молоко более чем в четыре раза питательнее распространённого коровьего. И если в последнем содержится 120 килокалорий, то в первом – 700!

Предполагается, что на основе этого молока будет создана пищевая добавка и необычный продукт будет предложен в качестве еды беднейшим государствам Африки.

Где живут дойные тараканы

В естественной среде обитания тараканы, производящие молоко, встречаются в Океании, на Дальнем Востоке и в азиатской части планеты. При этом *Diploptera punctata* является одним из немногих видов тараканов, которые считаются живородящими, вскармливающими потомство собственным молоком. При этом белковые кристаллы из тараканьего молока не только невероятно питательны, но и богаты полезными микроэлементами и хорошо

Таракан лучше коровы



усваиваются организмами живых существ, включая человека. Молоко это сегодня уже настолько востребовано, что учёные пытаются искусственным методом синтезировать его аналог.

Однако потребители, особенно из богатых стран, безусловно, предпочтут не искусственный аналог, а натуральное тараканье молоко, учитывая его невероятно полезные для организма качества. Вопрос лишь в том, где взять достаточное количество данного продукта.

Оказывается, в ряде стран об этом уже позаботились, организовав многочисленные тараканьи фермы, штудировав учебную

литературу по таракановодству. Примечательно, что только одна тараканья ферма в китайской провинции Сычуань в год разводит более 6 млрд тараканов. Разводить тараканов крайне выгодно. Это самые неприхотливые, к тому же всеядные насекомые. В отличие от домашних животных они не болеют. А спрос на них в азиатских странах достаточно устойчив.

Правда, до недавнего открытия индийских учёных главным рынком для продажи тараканов с ферм были фармацевтические и косметические фирмы. Медики Китая уверены, что лекарства, приготовленные из тараканов,

являются одними из самых эффективных средств от рака.

Увеличить надой

Несмотря на все плюсы использования молока тараканов, интересно было бы понять, насколько продуктивными могут быть надои у насекомых? Учёные рассчитали и этот показатель. В частности, для получения стограммового стакана тараканьего молока требуется подоить около тысячи насекомых. При этом необходимо учесть затраты на их выращивание, содержание и дойку. В итоге

продукт получается невероятно дорогим, вряд ли им удастся накормить голодное население Африки. Но они предусмотрели и этот фактор: научились синтезировать белок, выделяемый тараканами. Данный процесс достаточно недорогой, а продукт на выходе получается таким же питательным – даже малые дозы способны обеспечить человека необходимыми микроэлементами и калориями.

Леонид БЕНЦКИЙ.

По материалам Food is Medicine.



В уходящем году, одним из важнейших событий которого стало 75-летие Победы в Великой Отечественной войне, мы часто вспоминали о соотечественниках, героически сражавшихся на фронтах и самоотверженно трудившихся в тылу. Вместе с тем весомый вклад в победу был сделан благодаря помощи союзников по антигитлеровской коалиции, в первую очередь, США. С началом войны укрепились медицинские связи СССР со странами, противостоящими нацистскому блоку. Оттуда поступали так необходимые нам медикаменты и медицинское оборудование. Как не менее важные следует оценивать и личные связи между учёными-медиками Советского Союза и США. И главную роль в их установлении сыграл профессор кафедры факультетской хирургии 1-го Московского ордена Ленина медицинского института (1-й МОЛМИ) доктор медицинских наук Владимир Лебедеко (1894-1946). Несправедливо, что это имя почти неизвестно в истории медицины...

В 1943-1946 гг. Владимир Владимирович возглавлял представительство советского Красного Креста в США. Назначение на высокий пост, вероятно, связано с тем, что тогда во главе советского здравоохранения стояли его коллеги-хирурги 1-го МОЛМИ. Председателем исполкома Союза обществ Красного Креста (СОКК) и Красного Полумесяца СССР (КП СССР) был хирург С. Колесников, совмещавший эту должность с работой в Наркомздраве СССР в качестве первого заместителя наркома. Но, возможно, гораздо большее значение имело личное знакомство героя нашего очерка с академиком Н. Бурденко и патронаж со стороны последнего. Ведь с 1919 г. вся научная и преподавательская деятельность В. Лебедеко протекала совместно и под руководством будущего академика, почти два десятилетия тот являлся его ближайшим помощником.

До назначения на эту фактически дипломатическую должность Владимир Владимирович имел репутацию известного специалиста в области нейрохирургии и нейрофизиологии, в 1942 г. удостоился звания заслуженный деятель науки РСФСР. Научные интересы он сочетал со службой главным хирургом в одной из крупнейших больниц Москвы, был депутатом трудящихся одного из райсовета города.

В Новый Свет В. Лебедеко прибыл 25 марта 1943 г. с задачей координировать на месте сбор и направление помощи в СССР по линиям американского Красного Креста, Ленд-Лиза и благотворительного «Общества помощи России в войне». Сам же он видел смысл своей миссии в поддержке «престижа советского учёного, престижа Родины». С ходу окупился в кипучую жизнь медицинских кругов США: уже в первый месяц сделал 4 доклада – два на заседаниях врачебных обществ и по одному на съезде невропатологов и на заседании Академии наук. Именно эта активность, по его собственному мнению, позволила достичь результата – получить допуск в учреждения с закрытыми или полузакрытыми дверями.

Публичная деятельность В. Лебедеко не ограничивалась выступлениями перед медицинским сообществом союзников. В июне 1943 г. на страницах журнала Американской медицинской ассоциации (Journal of the American Medical Association) вышла короткая заметка советского посланца о подготовке медицинского персонала в СССР до и во время Великой Отечественной войны. В период войны в США наблюдался взрыв интереса к Советскому Союзу и его народам. Поэтому работе представителя СОКК и КП СССР в США посвящала публикации не только специализированная медицинская пресса, но и, например, влиятельная общеполитическая газета New York Times.

Уже в апреле Владимир Владимирович побывал во многих различных лечебных и научных учреждениях. Посещение американских военных госпиталей имело не только ознакомительную функцию. Представителю СОКК и КП СССР и сотрудникам Правительственной закупочной комиссии необходимо было проверить то, что предлагают США приобрести Советскому Союзу по программе

в Вашингтоне, где сообщили о его включении в состав советской делегации Администрации помощи и восстановления Объединённых Наций (ЮНРРА). Эта организация разворачивала свою деятельность в районах, освобождённых от присутствия держав гитлеровской коалиции.

Миссия СОКК и КП СССР в США не ограничивалась только непрерывными командировками её главы. Безостановочно шла работа по отправке в Советский Союз меди-

противились, получая одобрение и поддержку государственных структур.

Летом 1946 г. В. Лебедеко завершил свою работу в США, но очень скоро после возвращения в СССР скоропостижно скончался. Произошло это 15 октября.

Московский профессор, плодотворно трудившийся представителем СОКК и КП СССР в США более 3 лет, был врачом по призванию, но дипломатом поневоле. Судя по его отчётам в Москву, он

В. Лебедеко срочно вылетел в Монтевидео.

Майкл (Михаил) Шимкин в 1940-е годы занимал различные посты в Службе общественного здоровья США, в своих опубликованных мемуарах оставил очень интересные и живые свидетельства пребывания В. Лебедеко в США: он встретил «выглядящего озабоченным солидного человека с растрёпанными волосами в очках с роговой оправой, одетого в тяжёлый костюм и массивные бо-

Имена и судьбы

Врач по призыванию, дипломат поневоле

У наведённого моста между медиками СССР и США во время войны был создатель, сегодня, увы, позабытый...

Ленд-Лиза. В итоге выяснилось: рекомендуемый реестр включает много ненужного медицинского имущества, а с другой стороны, не имеет того, что отражает желания советских списков.

Как хирург В. Лебедеко особенно пристально осматривал хирургический инструментарий американского производства. Он оценил его качество словами: «Далеко, и очень, от совершенства». Нелестная характеристика легко объяснима: США только в 1940-е годы начали осваивать собственное производство инструментов для оперативного вмешательства. До войны американские врачи пользовались исключительно импортными, в частности, немецкими и шведскими приспособлениями и устройствами.

Вскоре заявило о себе Американско-советское медицинское общество по обмену медицинской информацией, увидело свет издание журнала о советской медицине, что соответствовало одной из задач, поставленных перед В. Лебедеко, – пропаганда принципов советского здравоохранения и советской медицины в США. Успеху этого начинания способствовал громадный интерес к СССР в 1942-1943 гг. Американское медицинское сообщество было заинтриговано высокими цифрами возврата бойцов в строй после ранения в СССР, и этот факт заставлял задуматься и поучиться этому. В первом выпуске Американского обзора советской медицины (American Review of Soviet Medicine), который вышел в октябре сорок третьего, авторами публикаций выступили столпы современной военно-полевой хирургии Н. Бурденко, А. Вишневский и другие.

В августе 1943 г. В. Лебедеко посетил Чикаго и Детройт для встречи с представителями общественных организаций, оказывающих помощь Советскому Союзу. Аудиторию этих собраний составляли не только американцы, но и русские, украинские, польские, чешские, югославские и прочие эмигранты. Появление советского врача и учёного в зале и на трибуне вызвали исключительно положительную реакцию со стороны аудитории. В конце одного из митингов буквально в течение 10 минут было собрано около 2 тыс. долл. на подарки Красной Армии. На этих встречах и собраниях руководитель советской медицинской миссии достигал своей главной цели – добивался перелома настроений в отношении к стране от ненависти к симпатии.

Однажды В. Лебедеко срочно вызвали в советское посольство

цинского оборудования и медикаментов, медицинской литературы. Руководитель курировал пребывание командированных в США советских врачей, настраивал научные контакты с американскими коллегами.

К началу последнего года Второй мировой войны В. Лебедеко выделил три основных направления работы миссии: налаживание культурных связей между СССР и США; оказание материальной помощи Советскому Союзу со стороны общественных организаций; получение и передача научно-технической информации. Любопытно, что именно межгосударственный культурный обмен врач и учёный поставил на первое место. Под ними подразумевались запущенные при его участии процессы взаимодействия с университетами, национальным исследовательским советом, научными медицинскими обществами и больницами. Трудно переоценить значение подобных связей, благодаря которым миссия СОКК и КП СССР в США проводила пропагандистскую работу путём знакомства врачей США с организацией советской медицины и её достижениями.

К концу войны объёмы помощи США Советскому Союзу в рамках Ленд-Лиза и по линии американского Красного Креста стали уменьшаться, но возросло значение доступа к передовым разработкам американской медицинской науки. Здесь также использовался канал связи с научными организациями, но были установлены и прямые отношения с фирмами-производителями медицинского оборудования.

С победной точкой в разгроме фашистской Германии сотрудничество между советскими и американскими учёными-медиками перешло от стадии знакомства к этапу интенсивного обмена информацией, образцами материалов и апробирования новых методик. Получение секретных данных о научных медицинских исследованиях в США было ещё одной негласной задачей представителя СОКК и КП СССР в США. Тогда медицинские круги в США разделились на два лагеря. Часть врачей хотела установить широкий обмен секретными материалами, особенно касательно профилактической медицины. Другие этому



тяготился своей работой. Уже в августе 1943 г. В. Лебедеко просил председателя исполкома вернуть его обратно в Москву, а потом настаивал на этом в каждом отчёте. В переписке с Москвой он постоянно указывал, что работа представителем СОКК и КП СССР за рубежом в большой мере дипломатическая, нежели медицинская. Его же место – это место врача. А с учётом плохого знания английского языка, он, дескать, не подходит для занимаемой должности.

Жизнь за рубежом никогда не была удовольствием для Владимира Владимировича. В своём очередном докладе в январе 1944 г. в исполком СОКК и КП СССР он отменил: «Покинув Родину почти год тому назад, свою работу, которой отдал почти 25 лет своей жизни и в которой, как кажется, не был бесполезным, в настоящее время оказался совершенно выброшенным за борт». А в одном из писем в Москву, датированным тем же годом, «медицинский дипломат» с сожалением заключал, что он, мол, теперь по условиям работы не имеет возможности в какой-либо мере являться в хирургические клиники, ни как посетитель и, тем более, как хирург.

Вместе с тем его врачебная практика в США не прекратилась. О том, что в Вашингтоне проживает профессор-хирург из Москвы было широко всем известно, к помощи соотечественника часто прибегали представители советской колонии как США, так и Южной Америки. Когда в октябре 1944 г. советскому послу в Уругвае С. Орлову понадобилась медицинская консультация,

на него произвёл большое впечатление рассказ В. Лебедеко о его работе нейрохирургом в Ленинграде в первые месяцы блокады. При этих воспоминаниях, как повествует автор, руки у рассказчика начинали дрожать...

Владимир Владимирович практически не говорил по-английски, поэтому общение происходило на русском. Они много беседовали о войне, музыке, обменивались впечатлениями об Америке. Со слов Майкла, В. Лебедеко выражал недовольство бюрократией, как советской, так и американской. Несмотря на свой официальный дипломатический статус, он не выставлял напоказ свои коммунистические взгляды и не занимался политической пропагандой. «Корректный, деловой и всё более флегматичный» В. Лебедеко, по свидетельству М. Шимкина, проявлял эмоции только во время приступов стенокардии. При этом он был озабочен судьбой жены и дочери и будущим отношением к ним государства после возвращения семьи на Родину.

Руководитель советской медицинской миссии воспринимался как безусловный авторитет и в советском посольстве в США, и среди представителей американской медицинской общественности. Даже корреспондент русской эмигрантской газеты «Русский голос», негативно настроенный к СССР, писал: «Трудно передать прекрасную и глубокую речь профессора Лебедеко, так как она не была записана мною. Она произвела глубокое впечатление на слушателей».

После его смерти редакторы журнала «Американский обзор советской медицины» отмечали, что В. Лебедеко «помог построить мост между медиками СССР и США». История его работы в США – это история хирурга и учёного, который оказался в другой стране и вынужден был заниматься нелюбимым делом. Однако благодаря своему личному обаянию, честности и профессионализму он сумел не только организовать поставки помощи медикаментов и медицинского оборудования Советскому Союзу, но и поднять авторитет советской медицины в США.

Павел РАТМАНОВ,
профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения
Дальневосточного государственного
медицинского университета,
доктор медицинских наук,
член Российского общества
историков медицины.

Хабаровск.

– Зинаида Михайловна, часто вспоминаю дни, когда мы с вами работали на форумах. Не могут не оставить следа в юных душах ваши выступления. Вы не только талантливо читаете стихи, но и поёте. У вас тоже, как и у участников форума, талант проявился в раннем возрасте?

– Да, я решила стать артисткой, когда мне было лет 5-6. А дело было так: случайно прочитала дневники своей тёти, цирковой артистки, которая приехала к нам погостить. Её откровения для меня открыли новый неведомый мир. Я совсем маленькой посмотрела кинофильм «Человек с ружьём». Это было моим первым знакомством с кинематографом. В памяти – кинотеатр, где я увидела мировой киношедевр. Зал был переполнен. Моё детское воображение было потрясено увиденным на экране.

– Реализовать мечту удаётся не каждому. Дорога в искусстве не усыпана только розами. Как вы начинали восхождение на Олимп?

– Ни о каком пути на Олимп я и думать не думала. Окончила 7 классов и поехала из своей родной Махачкалы в Москву, поступила в железнодорожный планово-финансовый техникум, но через полгода вернулась домой, и меня приняли в сельхозтехникум. Но и его покинула. Меня не оставляли в покое мысли о кино и театре. Поехала в Москву. Сначала меня приняли во ВГИК «условно», то есть без стипендии и общежития. Мне повезло: Тамара Макарова, которая была в приёмной комиссии, сказала мне: «Приезжай в будущем году. Герасимов будет набирать курс». Я её послушалась, и всё получилось.

– Сергея Аполлинариевича вы называете своим крёстным отцом в искусстве. Именно он ввёл вас в мир кино?

– Это так. Уже после первого курса я сыграла роль в кино. В то время ООН задумала международный проект: киноальманах «Роза ветров» о борьбе женщин за мир. Он состоял из новелл о женщинах разных стран. О русской девушке доверили снять моему мастеру, и он не побоялся доверить мне роль в новелле, которую назвал «Надежда» по имени героини. Съёмки проходили в Сталинграде, я играла передовую работницу, призывающую своего не слишком сознательного любимого бросить всё и поехать на целину. Свои горячие воззвания я произносила на волжском причале, перекивая ветер и шум волн. Думаю, получилось неплохо...

– У вас много ярких интересных ролей, но советские люди полюбили и запомнили вас в роли Натальи Мелеховой в экранизации романа Михаила Шолохова «Тихий Дон». В прессе писали: «Зинаида Кириенко наделила Наталью Мелехову мощным



Общаться с известными людьми не так-то просто. Мне помогло то обстоятельство, что с народной артисткой РСФСР Зинаидой Кириенко я работал на протяжении 5 лет на Московском международном форуме «Одарённые дети – будущее России»: она – председателем жюри в номинации «Театральная», я – председателем жюри в «Союзе юных журналистов» и «Литературном салоне». В кулуарах форума мы с Зинаидой Михайловной много беседовали. Тогда и родилась мысль написать о ней материал для рубрики «Автограф для «МГ». Предложил. Она сразу же согласилась. Написала собственноручно пожелания медикам России.

Зинаида КИРИЕНКО:

Умею радоваться жизни и люблю радовать

драматическим темпераментом, сильными чувствами, нежеланием мириться с унижением и предательством. Казалось, что только в этой молодой актрисе и могла ожить героиня Шолохова...

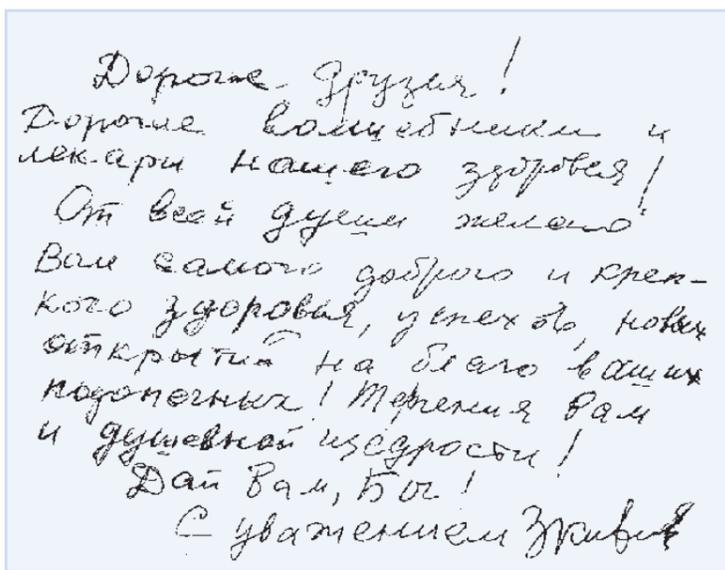
– Мастер мне сказал ещё на съёмках «Надежды» о том, что в роли Натальи видит только меня. Её образ мне близок: Наталья – женщина ранимая и в то же время сильная. Мой успех в этой картине – это заслуга Герасимова. Он был и остался моим первым учителем, главным творческим наставником. Сердцем большого художника он тонко чувствовал и мягко, тактично вкладывал в нас все те «можно», «нужно», «нельзя», которые осваивает актёр в своём творческом поиске. Учил думать сосредоточенно, самозабвенно, честно, никогда не боялся похвалить.

– Через 5-6 лет по окончании ВГИКа вы были уже одной из самых популярных актрис, стали сниматься и у других режиссёров. С кем было интересно работать?

– Я старалась выбирать сценарии, которые позволили бы мне жить на экране страстно и ярко. Интересно было работать в фильме Юлия Солнцева «Поэмы о море», в нём я сыграла Катерину, а в драме Наума Трахтенберга «Сорока-воровка» – крепостную актрису князя Скалинского – Аннети. Для меня было событием приглашение в кинодраму Сергея Бондарчука «Судьба человека».

– 60-е годы были для вас непростыми...

– Я не люблю вспоминать то время: тяжело. Тогда не захотела идти наперекор самой себе и платить за роли своими чувствами. Много лет спустя узнала фамилию чиновника, который мне перекрыл кислород,



но его я никогда не назову. Бог ему судья.

– Но тяжёлые времена имеют свойство заканчиваться... И через 8 лет вы вернулись к своему зрителю...

– Ну от зрителя я никогда не уходила. Все эти годы без кино я играла в Театре киноактёра – Катерину в «Грозе» А.Островского и Александру Перегонец в спектакле «Они были актёрами». Запрет высокопоставленного чиновника давать мне кинороли нарушил Евгений Матвеев. Считаю его вторым крёстным отцом в кино. Он пригласил меня на главную роль Ефросиньи Дерюгиной в картину «Любовь земная». Здесь я как будто обрела второе дыхание. Спустя 3 года снялась в продолжении фильма «Любовь земная» – «Судьба». За исполнение роли Е.Дерюгиной в этих картинах в 1979 г. была удостоена Государственной премии СССР и звания Народной артистки РСФСР. Люблю роли матери Сани Григорьевы в детском приключенческом фильме

Евгения Карелова «Два капитана», Рамазановой в детективе Альберта Мкртчяна «Лекарство против страха».

– Многие актёры «потерялись» в перестроечное время. Хорошее кино перестали снимать...

– И меня не миновала эта участь. Отечественный кинематограф развалился, и большое количество выдающихся актёров оказались попросту ненужными. Но я вновь вернулась на экран в 1996 г., и вновь в картине Евгения Матвеева. В мелодраме «Любить по-русски»-2 сыграла женщину-прокурора Зинаиду Георгиевну Широкову. Сценарист так назвал героиню не случайно: это мои настоящие фамилия, имя и отчество. Отец Георгий Константинович Широков встретил в Дагестане Александру Петровну Иванову, которая была моложе его на девять лет. Когда мама ждала ребёнка (меня), прочитала роман «Аида» и заявила, что у неё обязательно родится дочь, которая станет актрисой. На-

звать меня она решила Аидой. 9 июля 1933 г. в семье Широковых действительно родилась дочь. Однако когда подошло время её регистрировать, мама заболела, и в ЗАГС отправился отец. Ему имя Аида показалось чересчур сложным, нерусским, и он зарегистрировал дочь как Зинаиду. Папа и мама оказались слишком разными людьми. Когда мне не исполнилось и трёх лет, они развелись. Этот развод впоследствии спас нашу семью: в 1939 г. отца арестовали. Что с ним было дальше, никто не знает. Позже мама вышла замуж за Михаила Игнатьевича Кириенко, так что фамилия и отчество у меня от отчима.

– Ваша личная жизнь была счастливее, чем у матери?

– С Валерием Тарасевским я познакомилась в Грозном во время съёмок фильма «Казачи». Для массовок пригласили спортсменов. Среди них был Валерий – красавец, великолепно сложен, с тёплым взглядом удивительных глаз. Спустя два месяца после знакомства мы сыграли свадьбу, а после съёмок уехали в Москву, где мне от студии дали комнату. Валерий оказался для меня надёжной опорой: он сыновей и вырастил. Валерий стал тем стержнем, который скреплял нашу семью. Больно осознавать, что со мной больше нет его: он умер в 2003 г.

– Кем стали сыновья?

– Тимур окончил институт военных переводчиков. Максим учился в институте по менеджменту-аудиту. У Максима – сын и дочь, у Тимура – два сына и дочка, так что я пять раз бабушка.

– Вы совсем не похожи на бабушку. Выглядите прекрасно. Есть секрет молодости?

– Когда я гуляла с первым внуком Лёшенькой, знакомые были убеждены, что это мой сын... Я долго не могла сказать внуку: «Иди к бабушке!». Потом привыкла. Мне по-прежнему удаётся сохранять силу духа, оптимизм, благодаря герасимовской школе: ни за что нельзя сдаваться, хотя и случаются минуты слабости, отчаяния. Я умею радоваться жизни и люблю радовать других. Стараюсь ко всему относиться с юмором. Ем всё, что нравится, но стараюсь не переедать. Люблю попить чайку из самовара, полежать, расслабившись, почитать...

Беседу вёл
Влад КРАСНОЯРСКИЙ.

Следующий номер «МГ»
выйдет 13.01.2021.

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

Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

Редакционная коллегия: И.БАБАЯН (ответственный секретарь), В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, А.ПАПЫРИН (зам. главного редактора, редактор сайта), Г.ПАПЫРИНА, К.ЩЕГЛОВ.

Дежурный член редколлегии – А.ПАПЫРИН.

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.

Е-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).

«МГ» в Интернете: 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 № 2673

Тираж 17 110 экз.

Распространяется

по подписке

в Российской Федерации

и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»: Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; 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».

Подписные индексы в Объединённом каталоге «Пресса России»: 50075 – помесечная, 32289 – полугодовая, 42797 – годовая.