

# Медицинская

1 марта 2023 г.  
среда  
№ 8 (8077)

# Газета®



130 лет

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

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

Проект по организации скрининга колоректального рака набирает обороты.

Стр. 4

Причины конфронтации «врач-пациент» и мирные способы её устранения.

Стр. 6

Исполнилось 150 лет со дня рождения легенды отечественной педиатрии Г.Сперанского.

Стр. 10-11

Работают мастера

## Удалили гигантский миоматозный узел

### Сургутские врачи справились со сложной задачей



В гинекологическое отделение Сургутской городской клинической больницы на оперативное лечение поступила 47-летняя пациентка, основной жалобой которой было отсутствие менструаций в течение 2 лет.

Оказалось, избыточная масса тела женщины – 120 кг не давала возможности обратить внимание на непомерное увеличение размера её живота. И только тщательные исследования помогли установить диагноз.

«При осмотре мы выявили, что опухоль имеет гигантские размеры, практически заполняет собой всю брюшную полость и исходит из органов малого таза, – сообщила заведующая гинекологическим отделением акушер-гинеколог высшей категории Гульнара Духина. – Интероперационно увидели матку, увеличенную за счёт гигантского миоматозного узла, общий вес которого оказался 4100 г».

Размеры образования не давали возможности производить операционное вмешательство малоинвазивным лапароскопическим доступом. Было

выполнено нижнесрединное чревосечение. Операция длилась около двух часов.

Специалисты отмечают, что послеоперационный период протекает без осложнений. Пациентка находится в удовлетворительном состоянии и скоро будет выписана домой. После завершения реабилитационного периода женщина сможет вернуться к привычному образу жизни.

Алёна ЖУКОВА  
спец. корр. «МГ».

Сургут.

Акценты

## Не цифры в отчётах, а видимые результаты

Президент России Владимир Путин заявил, что при реализации национальных проектов, особенно при модернизации первичного звена здравоохранения, «не нужна штурмовщина и погоня за объёмами в ущерб качеству возводимых объектов».

В послании Федеральному Собранию он напомнил, что на недавнем Совете по науке и образованию шла речь о необходимости чётко расставить приоритеты, сконцентрировать ресурсы на получении конкретных, принципиально значимых научных результатов, прежде всего в тех сферах, где у нас есть хорошие заделы и которые имеют критическое значение для жизни страны, включая медицину, сельское хозяйство, промышленность. При этом дополнительные финансовые ресурсы должны работать с высокой отдачей и результативностью.

«Это особенно важно для модернизации первичного звена здравоохранения – такая масштабная программа стартовала у нас в 2021 г. Прошу Правительство и руководителей регионов не забывать: главный критерий – не цифры в отчётах, а конкретные, видимые, ощутимые изменения в доступности и качестве медицинской помощи», – сказал президент.

Он также поручил Правительству скорректировать нормативную базу для организации закупок

санитарных автомобилей с комплектом диагностического оборудования. Они позволяют проводить диспансеризацию, профилактический осмотр непосредственно на предприятиях, в школах, учреждениях, в отдалённых населённых пунктах.

Глава государства выразил слова признательности в адрес врачей, фельдшеров, санинструкторов, медсестёр, спасающих раненых в ходе специальной военной операции. Он также отметил работу специалистов, которые оказывали помощь в начале пандемии в Италии и при недавнем землетрясении в Турции и Сирии.

В.Путин предложил создать специальный государственный фонд, задачей которого станет адресная, персональная помощь семьям погибших бойцов и ветеранам специальной военной операции. Он будет координировать предоставление социальной, медицинской, психологической поддержки, решать вопросы санаторно-курортного лечения и реабилитации, помогать в образовании, спорте, трудоустройстве, предпринимательстве, в повышении квалификации, в получении новой профессии. «Отдельная важная задача фонда – организация долговременного ухода на дому, высокотехнологичное протезирование для всех, кто в этом нуждается», – отметил глава государства.

Сергей ФЁДОРОВ.

Опыт

## Сотая трансплантация костного мозга

Сотую аутологичную трансплантацию стволовых кроветворных клеток успешно провели специалисты отделения гематологии Иркутской областной клинической больницы.

Специалисты называют десятки заболеваний, при которых используется трансплантация костного мозга: лейкозы, злокачественные лимфомы, апластическая анемия, врождённые иммунодефициты и на-

рушения метаболизма. При лейкозах трансплантация костного мозга даёт последний шанс на жизнь пациенту с заболеванием крови.

– Трансплантация костного мозга – очень тяжёлая и трудоёмкая процедура. Существуют риски, связанные с инфекционными осложнениями. Поэтому в отделении гематологии ОКБ все манипуляции выполняют в специальном стерильном блоке в одноместных палатах с ламинарным потоком воздуха. Это отделение одно-

из самых современных и оснащённых в Сибирском федеральном округе, – отметил глава областного Минздрава Алексей Шелехов.

Кроме ста аутологичных трансплантаций, в отделении гематологии Иркутской областной больницы с 2021 г. выполнили шесть аллогенных трансплантаций. Этот вид трансплантации стволовых клеток гематологи называют высшим пилотажем. Пациенту пересаживают подходящие донорские клетки от родственников или доноров из числа Национального регистра доноров костного мозга.

Игорь НАУМОВ.

Иркутская область.

СИТУАЦИЯ

### Сергей ГОТЬЕ

Директор НИИЦ трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова, главный специалист-трансплантолог Минздрава России, академик РАН:

Только в России реализуется система пожизненного обеспечения государством лекарственными средствами тех пациентов, которые являются носителями донорских органов.



Стр. 5



## Новости

## Главные врачи получили новые автомобили

Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко и губернатор Липецкой области Игорь Артамонов вручили ключи от 42 новых автомобилей «Лада Тревел» и «Лада Гранта» главным врачам районных и центральных районных больниц области, сообщили в пресс-службе министерства.

– Приятно, что транспорт, который планировали передать медикам в этом году, вручаем уже в феврале. В Липецкой области быстро провели контрактацию. Благодаря своевременной работе помощь придёт раньше и для медиков, и для пациентов, – сказал М.Мурашко.

На пополнение автопарка было выделено более 34 млн руб. из федерального и областного бюджетов в рамках реализации федерального проекта модернизации первичного звена здравоохранения Липецкой области.

До конца 2023 г. по программе модернизации первичного звена здравоохранения в Липецкую область поступят 14 полноприводных автомобилей «УАЗ». С учётом переданных сегодня машин автопарк больниц за год обновится на 56 автомобилей.

Министр вместе с губернатором области также посетил ряд медицинских учреждений в Липецке. Он отметил успехи региона: своевременное выполнение задач нацпроекта, снижение младенческой смертности, высокую степень цифровой зрелости. Кроме того, липецкая медицина стала более пациентоцентричной. В том числе благодаря электронному документообороту врачи стали меньше времени уделять заполнению бумаг и больше работать непосредственно с пациентом.

Сергей ФЁДОРОВ.

Липецкая область.

«Молекулярные ножницы»  
вылечат гепатит В

Новый метод позволяет полностью избавиться заражённые клетки печени от вируса гепатита В с помощью технологии CRISPR/Cas9 («молекулярных ножниц»), за разработку которой в 2020 г. была вручена Нобелевская премия по химии. Эта уникальная технология позволяет редактировать определённый фрагмент ДНК и исправлять в нём генетические мутации. Она нацелена на замкнутую кольцевую ДНК вируса, которую не способны обнаружить обычные препараты.

Инструмент точно распознаёт определённые генетические последовательности, на которые его специально «нацеливают» учёные, и разрезает их, тем самым не давая ДНК вирусов работать. Учёные подтвердили эффективность этого подхода в опыте с культурой клеток печени, поражённых вирусом гепатита В. Они полностью избавились от присутствия обоих типов вирусной ДНК, что позволяет избежать рецидива заболевания.

– Уже сейчас наш коллектив разработал новый, эффективный способ доставки CRISPR/Cas9 в клетки печени, при котором система будет попадать только в поражённые вирусом клетки. Кроме того, нам предстоит большое количество клинических испытаний, чтобы однозначно убедиться в безопасности такого лечения для человека, – заявил заведующий лабораторией генетических технологий в создании лекарственных средств Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Дмитрий Костюшев.

Юрий ДАНИЛОВ.

Перед операцией  
нарастили печень

У 59-летней жительнице села Туринская Слобода Свердловской области Галины Зубковой, в ходе колоноскопии два года назад врачи обнаружили злокачественную опухоль прямой кишки. Женщина перенесла две операции и более десятка курсов химиотерапии, однако это не помогло избавиться от метастазов в печени. После удаления поражённых сегментов объём планируемого остатка здоровой левой доли составил бы всего 29%, а этого недостаточно для работы печени.

– Когда у пациента остаются здоровыми всего два сегмента печени, их объёма не хватает для нормального функционирования органа после радикальной резекции. Зачастую такие пациенты считаются неоперабельными. Но за счёт гипертрофии, вызванной эмболизацией ветви воротной вены, через какое-то время мы получаем достаточный объём здоровых сегментов печени у пациента и можем успешно провести операцию, – говорит заведующий отделением абдоминальной онкологии и хирургии Свердловской областной клинической больницы № 1 Олег Орлов.

Малоинвазивное вмешательство, выполненное врачом отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения больницы Василием Шерстобитовым, позволило увеличить объём здоровой части печени до 40%. После этого О.Орлов вместе с врачами Русланом Алиевым и Романом Камаловым при участии анестезиолога-реаниматолога Дмитрия Левита успешно выполнили операцию по радикальному удалению поражённых метастазами сегментов печени.

Это вторая подобная операция, выполненная в отделении абдоминальной онкологии и хирургии СОКБ № 1. Два года назад из больницы была выписана первая пациентка, прооперированная по такой технологии. За неё в 2021 г. свердловские врачи были удостоены региональной премии «Медицинский Олимп» в номинации «Технология года».

Елена ОСТАПОВА.

Екатеринбург.

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

## Инициатива

Помощь  
подшефному городу

Гуманитарный груз общим весом около 20 тонн отправили омичи в ЛНР

Сбор гуманитарной помощи проходил по инициативе местного отделения партии «Единая Россия» и Общероссийского народного фронта. В течение месяца руководители омских промышленных, сельскохозяйственных и строительных предприятий, депутаты и представители органов власти, профсоюзов и других общественных организаций приносили продукты, оборудование, тёплые вещи, детские принадлежности, медикаменты, средства гигиены в пункты сбора.

Общими усилиями было собрано почти 20 тонн груза. Фура была загружена продуктами, канцелярскими принадлежностями, медикаментами, спортивным инвентарём, строительными инструментами, крепёжными изделиями, печками-буржуйками, газовыми горелками, бензиновыми генераторами. Также в составе груза письма с детскими стихами и рисунками, поздравительными открытками. Гостинцы от сибиряков военнослужащие получили в День защитника Отечества.

Часть продовольствия и медикаменты предназначены для Стахановской районной больницы Луганской Народной Республики. Там находятся раненые добровольцы, бойцы народной милиции, местные жители. Кроме того, по инициативе мэра Омска Сергея Шелеста был объявлен сбор книг, их передадут в библиотеки Стаханова. В школы поступит спортивный инвентарь, канцелярские принадлежности. Часть груза пойдёт в воинские части, которые базируются в Луганске, Запорожской и Херсонской областях.

Первая фура из города на Иртыше ушла в зону специальной военной операции в марте прошлого года. Нынешняя февральская уже девятая по счёту. В комплектации участвуют все муниципальные образования региона, штаб «Мы вместе», Народный фронт, огромное количество предприятий. Были собраны тысячи посылок – от совсем небольших до огромных



подарков, которые сделаны сельхозтоваропроизводителями во главе с Любинским молочным консервным заводом, – 10 тыс. банок сгущёнки. Ребята с передовой говорят: «Лучше омского сгущённого молока ничего нет». Птицефабрика «Иртышская» подарила два УАЗа, генераторы отправили при помощи компании «Транснефть»...

В Стаханов за время СВО отправлено уже около 300 тонн гуманитарной помощи. Этот город является подшефным для Омской области. В нём в результате массированных ракетных ударов украинских войск были повреждены сотни жилых домов и социальные объекты, инженерная инфраструктура, а также магистральный водовод.

По словам первого заместителя министра региональной политики и массовых коммуникаций области Анастасии Терпуговой, помощь, оказываемая городу Стаханов, – комплексная, всесторонняя. Речь идёт о восстановлении больниц, школ, детских садов, многоквартирных домов, коммуникаций. В Стаханове работают аварийные бригады, сформированные из омичей. «Проживающие в городе Стаханов относятся к нам, как старшим братьям. Смотрят на Россию, как на защитницу, на тех, кто пришёл

и освобождает их», – добавила она.

Помощь подшефному городу стремятся оказать различные ведомства и общественные объединения. Так, на днях состоялся телефонный разговор председателя Омской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ Сергея Быструшкина с председателем Стахановской

городской организации профсоюза работников здравоохранения ЛНР Ольгой Сиротой. С.Быструшкин в первую очередь заинтересовался, какая помощь необходима медикам Стаханова. Ольга Григорьевна попросила оказать юридическую поддержку в переходе профорганизации на законодательство России. Сергей Васильевич сразу же поручил правому инструктору обкома профсоюза Татьяне Тымченко обеспечить подшефную организацию всем спектром необходимой правовой помощи.

С.Быструшкин сообщил своей коллеге, что омский обком профсоюза принял решение отправить подарки с кондитерскими изделиями больным детям, находящимся в педиатрическом отделении Стахановской городской больницы.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,  
соб. корр. «МГ».

Омск.

## Грани

Большой талант  
маленького пациента

Пациент Национального медицинского исследовательского центра травматологии и ортопедии им. Г.А.Илизарова Марк Дядюра из Ставропольского края открыл в клинике выставку работ в эксклюзивном стиле. Сам мастер говорит, что в его творчестве намешаны разные техники: и аниме, и скетчинг. Но важно, что 11-летний мальчик уверен, что если бы его нога была здоровой, то он вряд ли бы раскрыл в себе талант художника.

Марк родился в 2011 г. с большим укорочением бедренной кости. Врачи диагностировали врождённую гипоплазию бедра. Разница нижних конечностей составляла 8 см, а к 3-м годам – уже 16 см.

– Когда Марк родился, колено левой ноги было на месте тазобедренного сустава. Но укорочение бедра – не единственная проблема. Тазобедренный сустав недоразви-

тый с недостаточной подвижностью. В клиниках других городов нам предлагали только ампутацию или перекрыть бедро под протез. Помочь нам ходить на своих ногах, согласились только врачи центра им. Г.А.Илизарова, – рассказывает мама пациента.

Длительное многоэтапное лечение началось для Марка в 2015 г. В общей сложности мальчик провёл в стенах клиники 2,5 года с домашними каникулами между госпитализациями. За это время была проделана колоссальная работа командой докторов НМИЦ им. Г.А.Илизарова под руководством заведующего отделением № 11 доктора медицинских наук Михаила Тепленького.

С помощью уникальных методик ставропольскому пациенту провели ряд реконструктивных вмешательств и несколько этапов удлинения конечности. В результате удалось создать точку опоры для тазобедренного

сустава, благодаря чему Марк может сидеть и ходить. А также удлинили бедро на 18 см. Сейчас идёт очередной этап лечения – удлинение голени аппаратом Илизарова.

– Я как человек, который всю жизнь ходит на костылях, могу сказать, когда тебе разрешают двигаться с одной тростью, это уже совсем другое чувство, – делится своими чувствами Марк. – Я 5 лет после первого этапа лечения ходил на костылях. После 4-й госпитализации перешёл на трость. А перед этой госпитализацией 4 месяца вообще проходил без опоры.

Центр им. Г.А.Илизарова стал для семьи Марка вторым домом. Они с мамой сразу решили, что едут не лечиться в Курган, а жить. В клинике мальчик пошёл в первый класс, здесь он наработал свой опыт в скетчинге и других творческих направлениях. Голосом Марка в тандеме с другой маленькой пациенткой Валерией Камалеевой озвучен анимационный фильм «Даша и волшебник» о докторе Илизарове, над которым работала дружная команда сотрудников клиники и пациентов.

Владимир ЧЕРНОВ.

Курган.



Тенденции

# Дополнительные средства на обновление реабилитационного оборудования

Правительство РФ направит в регионы ещё более 1,7 млрд руб. на обновление реабилитационного оборудования в медучреждениях. В 2023 г. 43 медорганизации федерального уровня в регионах получат средства на развитие системы медицинской реабилитации. Об этом было объявлено на заседании правительства по итогам послания Президента Федеральному Собранию.

Деньги пойдут на оснащение профильных отделений современным оборудованием, которое позволит обеспечить качественное

восстановительное лечение граждан, в том числе амбулаторно и в условиях дневного стационара.

– Средства необходимо использовать эффективно и в полном объёме, чтобы у наших медработников было всё, что им нужно, для оказания восстановительного лечения людям, перенёвшим серьёзные заболевания, сложные операции и травмы, – отметил глава правительства Михаил Мишустин.

Ранее в этом году региональным учреждениям здравоохранения на эти цели уже было направлено 8 млрд руб. Работа ведётся в

рамках федерального проекта «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация».

Кроме того, по поручению Президента правительство выделило около 1,5 млрд руб. на проведение профилактического медосмотра детей в новых регионах России. Более 220 тыс. детей, живущих в ДНР, ЛНР, а также в Херсонской и Запорожской областях, смогут пройти профилактические осмотры и получить рекомендации педиатров. Медицинские работники уже приступили к работе в новых субъектах РФ. Всего в этом году для прове-

дения углублённых обследований туда направятся 35 медицинских бригад с врачами-специалистами из Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей.

– Это позволит своевременно выявлять различные заболевания на ранней стадии, при необходимости назначить дальнейшее лечение, – подчеркнул глава правительства, поручив министру здравоохранения Михаилу Мурашко внимательно следить за проведением этой работы.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

Ориентиры

# Ведущие специалисты выступили перед медиками Донбасса

Главные специалисты Минздрава России, ведущие эксперты с мировым именем, провели открытые лекции по организации медико-санитарной помощи, кардиологии и онкологии для сотрудников медицинских организаций Донецкой, Луганской народных республик, Запорожской и Херсонской областей, обучающихся и сотрудников Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького и Луганского государственного медицинского университета им. Святителя Луки.

Лекцию на тему «Острый коронарный синдром» провёл руководитель НИИЦ кардиологии им. Е.И. Чазова, главный специалист кардиолог Минздрава России, академик РАН Сергей Бойцов. Лекцию на тему «Современные тенденции развития онкологической службы в Российской Федерации и мире»

прочитал руководитель НИИЦ радиологии, главный специалист онколог Минздрава России, академик РАН Андрей Каприн. На тему «Основные процессы в первичной медико-санитарной помощи» выступила директор НИИЦ терапии и профилактической медицины, главный специалист по терапии и

общей врачебной практике Минздрава России, академик РАН Оксана Драпкина.

Минздрав России продолжит проведение лекций, семинаров и мастер-классов как для специалистов клинической практики, так и для организаторов здравоохранения, а также студентов-медиков. Это позволит познакомить участников с клиническими и организационными подходами и ускорить интеграцию новых российских регионов в общую систему здравоохранения, вовлечь медиков и студентов в профессиональный диалог, сообщили в министерстве.

Павел БАЛАГИН.

Ситуация

# Перечень рецептурных лекарств для дистанционной продажи

Эксперимент по онлайн-продаже рецептурных лекарственных препаратов стартует с 1 марта в Белгородской, Московской областях и Москве.

В конце февраля был утверждён перечень рецептурных препаратов, разрешённых для дистанционной продажи в рамках пилотного проекта. Соответствующий приказ Минздрава России зарегистрирован Минюстом. Перечень препаратов, разрешённых для дистанционной продажи, сформирован на основании критериев, утверждённых Правительством РФ. В него не вошли препараты, которые необходимо принимать только под наблюдением врача, препараты предметно-количественного учёта, сильнодействующие, наркотические или психотропные препараты, а также препараты на основе этилового спирта.

– Это позволит повысить доступность лекарств для всех категорий граждан, в том числе маломобильных. В перечень препаратов, разрешённых для дистанционной продажи, вошли 904 международных непатентованных наименований, это препараты самых разных терапевтических групп. В рамках этого пилотного проекта будет отработано взаимодействие между всеми участниками процесса – врачами, аптечными организациями и пациентами. При этом важно помнить, что рецептурные препараты требуют особого внимания и строгого соблюдения как правил хранения

и отпуска, так и предписанной врачом схемы приёма, – заявил министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко.

Кроме того, теперь аптечным организациям станет проще получать и переоформлять разрешения на дистанционную продажу безрецептурных препаратов. Аптечные организации смогут подавать заявления на получение таких разрешений в Росздравнадзор через портал госуслуг и получать уведомления об их готовности. При подаче заявлений больше не нужно указывать ОГРН и ИНН – эти данные будут автоматически подгружаться на портал. Разрешение организации смогут получить в личном кабинете в виде электронного документа со ссылкой на запись в специальном реестре. Аптека не нужно будет переоформлять разрешения после каких-либо изменений в их деятельности. В таких случаях достаточно направить заявление в Росздравнадзор о внесении необходимых сведений в реестр выданных разрешений и приложить подтверждающие документы.

Дистанционная продажа лекарств осуществляется в рамках госпрограммы «Развитие здравоохранения». Работать в таком формате могут организации, которые имеют лицензию на фармацевтическую деятельность и соответствующее разрешение от Росздравнадзора.

Владимир ЧЕРНОВ.

Проекты

Более 95 тыс. новорождённых прошли в этом году тестирование в рамках расширенного неонатального скрининга.

# Расширенный неонатальный скрининг: первые итоги

Расширенный неонатальный скрининг стартовал с начала этого года. По результатам исследования около 1 тыс. новорождённых отнесены к группе риска наследственных заболеваний. В этих случаях требуется проведение подтверждающей диагностики.

У 13 младенцев в рамках скрининга и подтверждающей диагностики выявлены и подтверждены врождённые и наследственные заболевания. У 2 детей дополнительные исследования подтвердили спинальную мышечную атрофию (СМА), у 4 – первичный иммунодефицит. Ещё у 7 младенцев выявлены наследственные болезни обмена.

Расширенный неонатальный скрининг проводится во всех субъектах Российской Федерации и позволяет диагностировать ряд врождённых и (или) наследственных заболеваний, метаболических нарушений в самом начале их развития и своевременно назначать лечение, ещё до проявления клинических симптомов заболевания.

Сергей ЯКОВЛЕВ.

Однако

# Ограничить затраты на лизинг

Эффективнее расходовать средства обязательного медицинского страхования позволит ограничение затрат на лизинг медоборудования.

Ранее газета «Коммерсант» сообщила, что частные клиники просят отменить введённые Минздравом России ограничения на покрытие лизинговых платежей медицинского оборудования за счёт средств ОМС.

Ограничение затрат на аренду (лизинг) позволит более эффективно расходовать средства ОМС, повысит устойчивость системы обязательного медицинского страхования, улучшит доступность и качество медицинской помощи, сообщили в пресс-службе министерства. Оснащение медицинских организаций в регионах, в том числе дорогостоящим медицинским оборудованием, является полномочием органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, реализуемым за счёт средств региональных бюджетов.

Отмечается, что страховое обеспечение по ОМС – исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по её оплате медицинской организации за счёт средств ОМС. «Следовательно, за счёт средств обязательного медицинского страхования оплачивается лечение заболевания или травмы, профилактические мероприятия. Также покрываются такие важные расходы как своевременная оплата труда медработников, закупка лекарств, расходных материалов, оплата коммунальных платежей медорганизации», – напомнили в пресс-службе Минздрава.

Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в РФ» и программа государственной гарантии бесплатного оказания гражданам медпомощи устанавливают предельный объём расходов на приобретение, в том числе досрочный выкуп, предмета лизинга за счёт средств ОМС. Если у медицинской организации в течение 3 месяцев нет просроченной кредиторской задолженности за счёт средств ОМС, в структуру тарифа закладываются расходы на лизинг или покупку предмета лизинга в размере до 1 млн руб. в год на один предмет лизинга. При наличии у медорганизации такой задолженности расходы на лизинг или приобретение предмета лизинга включаются в размере, не превышающем 100 тыс. руб. в год на один предмет лизинга.

Фёдор АЛЕКСАНДРОВ.

Особый случай

# Хирургический «челлендж»

Кардиохирурги Челябинской областной клинической больницы провели 10-ю трансплантацию сердца. 60-летний сварщик попал на операционный стол уже с очевидными признаками сердечной недостаточности. Оказалось, что к моменту трансплантации Рустам Галин успел перенести несколько серьёзных вмешательств на сердце после обширного инфаркта.

В 2018 г. в одной из федеральных клиник ему была выполнена пластика клапана, пластика левого желудочка, трансмиокардиальная лазерная реваскуляризация, а через год – стентирование коронарных артерий.

Тем не менее заболевание прогрессировало, сократительная способность снизилась, фракция выброса упала до 22%, появились одышка в покое в горизонтальном положении, отёки нижних конечностей. В июле 2022 г. Рустаму в федеральном кардиоцентре выполнили радиочастотную абляцию, после которой врачи посоветовали встать в лист ожидания на пересадку органа.

– Трансплантация была уже не первой для него операцией на сердце, поэтому пришлось сердце сначала выделять из спаек, – говорит заведующий отделением кардиохирургии ЧОКБ Михаил Нуждин. – Это уже представляет само по себе хирургический «челлендж»: выделить орган, не повредив. И не навредить пациенту до трансплантации, чтобы основной этап пересадки прошёл безопасно. Потребовалась слаженная работа хирургов, анестезиологов, реаниматологов, операционных сестёр, анестезистов, всех, кто работал в эти часы за операционным столом».

Из-за спаек почти вдвое увеличилось время операции. Анестезиологам пришлось использовать дополнительные компоненты крови. Усложнило ситуацию и состояние донорского сердца. Его пришлось дольше обычного промывать специальным раствором, который защищает миокард от осложнений при пересадке.

Пациент прошел курс необходимой медикаментозной терапии, ему проведены обследования, в том числе биопсия. Подтверждены ожидаемые положительные результаты.

Наталья МАЛУХИНА,  
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Криминал

# Попался на взятке

В Следственном комитете РФ по Омской области возбудили уголовное дело на директора казённого учреждения «Дирекция по обслуживанию государственной системы здравоохранения Омской области». Чиновника подозревают в получении взятки. Вместе с ним под уголовное преследование попал и один из предпринимателей, который и «носил» незаконное вознаграждение.

Как считают следователи, в октябре 2022 г. на парковке у одного из омских торговых центров, чиновник получил от бизнесмена взятку в 350 тыс. руб., «продав» тому по завышенной стоимости свой старый автомобиль Mercedes, 1995 г. выпуска, который в дальнейшем был просто утилизирован. Это вознаграждение, по версии следствия, предназначалось за содействие в заключении государственных контрактов. А продажа старенького автомобиля стала прикрытием взятки.

Сейчас и чиновник, и бизнесмен задержаны, им предъявлено обвинение.

Дмитрий ДЕНИСОВ.



– Мы больны этой идеей, больны неизлечимо. Надеемся «заразить» и вас тоже, – вот так образно объяснил цель своего визита в Новосибирск главный колопроктолог Минздрава России, научный руководитель НМИЦ колопроктологии им. А.Н.Рыжих, академик РАН Юрий Шельгин, обращаясь к врачебному сообществу. Вместе с коллегами из НМИЦ колопроктологии и НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина главный специалист Минздрава посещает российские регионы и приглашает их присоединиться к проекту по организации скрининга колоректального рака (КРР).

В настоящее время пилотный проект скрининга КРР проводится в 7 субъектах Российской Федерации: Хабаровском крае, Оренбургской, Сахалинской, Свердловской, Тверской, Московской и Воронежской областях. Кроме того, по собственной инициативе и весьма успешно работу по ранней диагностике колоректального рака организовали в Республике Башкортостан и Комсомольске-на-Амуре, эти территории показывают хорошие достижения.

Скрининг предполагает выявление людей, относящихся к группе риска по развитию колоректального рака. Академик Ю.Шельгин и его коллеги представили убедительные доводы в пользу такой формы работы по раннему выявлению и, соответственно, лечению злокачественных опухолей толстой и прямой кишок. Главный колопроктолог Минздрава России охарактеризовал сегодняшнюю ситуацию с заболеваемостью язвенным колитом и болезнью Крона, а также раком толстой и прямой кишок, как имеющую масштабы пандемии.

– Ежегодно в мире заболевают колоректальным раком 2 млн человек и без малого 1 млн погибает от этой формы опухоли. По смертности колоректальный рак вышел на второе ранговое место. Одногодичная летальность – 13%. Прогноз роста заболеваемости до 2030 г. драматичный – на 60%. В Российской Федерации в 2021 г. было зарегистрировано 55 тыс. новых случаев заболевания, без малого 14 тыс. больных умерло. При этом в нашей стране очень

## Проекты

# Скрининг как способ преодолеть смущение

Деликатность проблемы мешает человеку обратиться к врачу



высокий показатель одногодичной летальности – 22%. То, что каждый пятый больной умирает в течение года после постановки диагноза, говорит о поздней диагностике. Опухоль выявляется на тех стадиях, когда больной уже инкурабелен, – подчеркнул Ю.Шельгин.

В значительной степени высокая запущенность объясняется тем, что дискомфорт в кишечнике и прямой кишке – деликатная проблема, о которой многие люди стесняются говорить даже с врачом. Диспансеризация явно не отвечает задаче раннего выявления КРР, это надо признать. Вот почему колопроктологи и онкологи считают необходимым внедрить в стране программу скринингового обследования на колоректальный рак. Начать предлагают с организованных коллективов, чтобы охват аудитории информацией и врачебным вниманием был максимальным. Как это выглядит? Группа специалистов выезжает на

крупное предприятие и проводит с сотрудниками беседу, во время которой врачи рассказывают об опасности колоректального рака и преимуществах ранней диагностики болезни. Каждому из слушателей предлагают заполнить анкету, по ответам на вопросы которой можно определить степень риска КРР для данного человека и предложить ему правильный маршрут. Если риск низкий, достаточно периодически проходить диспансеризацию. При умеренном или высоком риске человеку предлагают сделать анализ кала на скрытую кровь, а при положительном результате исследования пройти диагностическую колоноскопию. Разумеется, всё это должно быть заведено в систему ОМС.

По словам академика Ю.Шельгина, в пилотных регионах уже открыты центры скрининговой колоноскопии, оснащенные эндоскопическим оборудованием высокого класса. Здесь прово-

дятся диагностика КРР и при необходимости сразу выполняются малотравматичные хирургические вмешательства по удалению полипов или аденоматозных доброкачественных образований. Последнее чрезвычайно важно, поскольку, напоминает эксперт, львиная доля раков проходит через стадию доброкачественных эпителиальных образований.

Ю.Шельгин подчеркнул, снижение заболеваемости КРР и смертности от этого заболевания – задача не только колопроктологов и онкологов, им необходима вовлечённость и помощь врачей первичного звена. Чтобы скрининг был эффективным, очень важна правильная организация процесса: необходимо определить в регионе конкретные поликлиники, где человек может сделать анализ кала на скрытую кровь, наладить через «первичку» систему приглашения пациентов из группы высокого риска на колоноскопию. Это не говоря о том, что сами центры скрининга КРР требуются оснастить оборудованием, а эндоскопистов обучить выполнению миниинвазивных вмешательств, которые не так просты, как может показаться.

– Я поражён промежуточными результатами пилотного проекта по скринингу КРР. Положительный тест на скрытую кровь получен в 10% случаев. 90% из этого числа людей согласились пройти колоноскопию, и у 52% выявлены какие-либо изменения в толстой кишке – доброкачественные новообразования, воспалительные заболевания, рак, – привёл данные научный руководитель НМИЦ колопроктологии.

Хорошо организованный скрининг колоректального рака, по

словам академика Ю.Шельгина, способен снизить заболеваемость КРР, по разным расчётам, от 30-70%, а смертности – на 65-88%, то есть весьма заметно. Надо учитывать и тот факт, что онкоскрининг и вовремя начатое лечение существенно снижают финансовые расходы государства на каждый клинический случай.

Презентация проекта прошла в Новосибирской областной клинической больнице. Главным врачом больницы, главным хирургом и главным колопроктологом региона Анатолий Юданов напомнил, что структура колопроктологической службы в этом учреждении создавалась с учётом рекомендаций коллег из НМИЦ им. А.Н.Рыжих. Много лет назад, вдохновившись научными идеями и клиническим опытом НМИЦ колопроктологии, в Новосибирской ОКБ был организован консультативный центр по воспалительным заболеваниям кишечника, центр биологически активной терапии ВЗК, областной центр стомированных больных. И теперь, по словам А.Юданова, клиники готовы объединить усилия в профилактике и раннем выявлении колоректального рака, который становится серьёзной угрозой человеческой популяции.

Главный онколог Новосибирской области Сергей Фурсов также поддержал предложение столичных экспертов: «Скрининг колоректального рака за рубежом – образец правильного подхода. Наконец-то эта идея добралась до нашей страны и до Новосибирска. Надеемся, нам удастся наладить раннюю диагностику и профилактику КРР».

В свою очередь, министр здравоохранения Новосибирской области Константин Хальзов в разговоре с корреспондентом «МГ» отметил: сам по себе скрининг колоректального рака имеет огромное значение, поэтому, безусловно, не поддержать эту идею нельзя. В то же время в региональном Минздраве рассматривают возможность расширить доступность центров скрининговой эндоскопии и для других категорий пациентов, чтобы обеспечить своевременное выявление не только КРР, но также новообразований пищевода и желудка.

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

## Перемены

# Первые уверенные шаги

Новый центр ФМБА России по заготовке плазмы крови открыт в Кирове

В предыдущем номере «МГ» мы рассказали об утверждении разработанной ФМБА России Концепции увеличения заготовки плазмы крови для производства лекарственных препаратов. Вскоре стало известно о первых шагах успешной реализации этой концепции.

Руководитель ФМБА России Вероника Скворцова и губернатор Кировской области Александр Соколов открыли современный плазмацентр в Кирове мощностью свыше 30 тыс. л плазмы крови в год. Плазмацентр введён в эксплуатацию в рамках реализации первого этапа Концепции увеличения заготовки плазмы крови для производства лекарственных препаратов, разработанной Федеральным медико-биологическим агентством по поручению Президента и Правительства Российской Федерации, утверждённой 9 февраля 2023 г. председателем Правительства России Михаилом Мишустиним.

Кировский плазмацентр оснащён современным оборудованием, рассчитан на посещение 160 доноров в день и стал первым в России, расположенным на объектах гражданской инфраструктуры.

«Перед нами стоит важнейшая задача обеспечить полную самодостаточность нашей страны и целевой кровью, и компонентами крови, включая плазму, которая используется не только в клинических, но и производственных целях для создания отечественных препаратов крови. Мы обеспечиваем себя всеми компонентами крови, но перед нами стоит задача избавиться от импортозависимости. В 2019 г. лишь 10% препаратов крови производилось внутри страны. Президент и Правительство России поручили нам комплексно решить эту проблему и выйти на полную самодостаточность в базовых препаратах крови к 2024 г. Для этого нужно существенно нарастить объёмы заготовки плазмы. С 2021 г. мы в 3 раза увеличили объёмы и вышли на 90 т. В этом году нам предстоит выйти на 300 т, в 10 раз увеличив объёмы по сравнению с 2021 г. Это чрезвычайно амбициозная задача, решить которую нам поможет модернизация системы плазмацентров и открытие новых», – рассказала о реализации концепции глава ФМБА России В.Скворцова.

«Появление нового плазмацентра – это ещё один кирпичик в создании мощного

медицинского кластера в Российской Федерации на территории Кировской области», – заявил губернатор региона А.Соколов. Он поблагодарил В.Скворцову за содействие в перспективном развитии здравоохранения региона.

Опыт открытия модульных плазмацентров значительно сократит время на ввод в строй подобных объектов, что, в свою очередь, обеспечит необходимые темпы увеличения заготовки плазмы и снизит стоимость заготовки каждого литра, позволит обеспечить граждан жизненно важными лекарственными средствами – альбуминами и иммуноглобулинами, в том числе специфическими.

«Эта задача решается разными организационными и управленческими подходами. Прежде всего, мы перевели плазмацентры на двухсменную работу, пересчитали штатное расписание и увеличили число работников сети плазмацентров ФМБА России, в которую входят 14 учреждений, из них 8 находятся в Кировской области. Фактически Киров – это столица службы крови нашей страны. В целом за последние два года число доноров в России увеличилось на 95 тыс. человек, а количество донаций – на 115 тыс.», – рассказала о модернизации сети плазмацентров службы крови руководитель ФМБА России.

Открывая новый плазмацентр, В.Скворцова и А.Соколов отметили важную роль молодёжных и волонтерских организаций, которые помогают в пропаганде донорства, таких как ВОД «Волонтёры-медики», «Российский Красный Крест», «Молодёжка ОНФ» и др.

«Сомнений нет, Россия будет самодостаточной и все препараты крови, которые нам нужны, мы будем производить самостоятельно», – заявила в заключение руководитель ФМБА России.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

## Особый случай

# Одна операция — две жизни

Сложнейшую экстренную операцию выполнили специалисты Сургутского центра охраны материнства и детства с помощью сосудистых хирургов из окружной клинической больницы.

Пациентку со сроком беременности 26 недель доставили из региона экстренно с тянущими болями внизу живота. В приёмном отделении у неё диагностировали признаки вращающейся плаценты и внутрибрюшного кровотечения.

Срочно был созван консилиум, на котором врачи акушер-гинекологи, анестезиологи-реаниматологи и трансфузиологи обсудили план спасения пациентки. Усложняли и без того непростую ситуацию десять неудачных попыток ЭКО в анамнезе. И на этот раз долгожданное материнство могло обернуться трагедией.

По словам специалистов, во время операции диагностировано прорастание плаценты через стенку матки и в параметрий, а также разрыв подлежащих сосудов; в брюшной полости обнаружено около литра крови.

«Расширенная операционная бригада высококлассных специалистов 5 часов боролась за жизни матери и ребёнка, – рассказывает президент Центра охраны материнства и детства Лариса Белоцерковцева. – Операция прошла успешно. Врачи помогли появиться на свет малышке весом 1 кг 50 г. Женщину выписали из акушерского стационара на 9-е сутки после хирургического вмешательства, малыш проходит лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии и набирает вес».

Елена ЛЬВОВА.



В начале двухтысячных резонансное «дело двадцатой больницы» практически поставило крест на развитии отечественной трансплантологии. К счастью, по прошествии многих лет отношение общества к данной теме изменилось. Свидетельство тому – ежегодное увеличение показателей оказания данного вида медицинской помощи, расширение применяемых методик и их распространение в регионах страны.

Об этом рассказал на пресс-конференции директор Национального медицинского исследовательского центра трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова, главный специалист-трансплантолог Минздрава здравоохранения РФ академик РАН Сергей ГОТЬЕ.

Сегодня действуют 66 центров трансплантации в 36 субъектах Федерации. Наиболее бурно развивающейся в России является трансплантация печени, сейчас этой методикой владеет уже 30 центров в 22 регионах. При этом отечественная программа трансплантации печени у детей является одной из ведущих в мире. Главный трансплантолог Минздрава отмечает: сегодня национальная потреб-

и развиваться, но и на членов семьи, которые всю жизнь посвящают лечению ребёнка, часто не видя возможности изменения ситуации. Теперь такая перспектива появилась, мы расширяем эту практику и принимаем пациентов из всех регионов России».

### Отдыхать и учиться

Следующим этапом после трансплантации любого важного

изображены 12-летняя пациентка и её мама, ставшая для дочери донором правой доли печени. Фотография хранится у доктора ещё и потому, что это была вторая в истории российской трансплантации операция по использованию живого родственного донора правой доли печени.

Затем девочка выросла, вышла замуж и, к великой радости не только близких, но и хирур-

### Экспансия на восток

В разгар пандемии, в 2020 г., активность оказания медицинской помощи в трансплантологии снизилась, как и во всех других отраслях. Но уже в 2021 г. отмечается рост числа трансплантаций, выполняемых на территории Российской Федерации. А в прошедшем году показатели составили 2,5 тыс. операций. В целом же с 2007 по 2022 г. ежегодное число трансплантаций у нас выросло втрое, а трансплантация сердца в 16 раз.

Причём, по словам С.Готье, это свидетельство интенсивности работы не только в центральных регионах страны. В частности, отмечен закономерный процесс экспансии трансплантологических методик с запада на восток.

Так, в конце 2022 г. успешно заработала программа трансплантации почки в Хабаровске, возобновившаяся после многих лет запрета на оказание данного вида помощи.

Появились и другие новые программы, например, печень стали пересаживать во Владивостоке, сердце – в Иркутске и в филиале НМИЦ трансплантологии в Волжском. Давно освоили различные методики пересадки органов в Челябинской областной клинической больнице.

Несмотря на то что флагманом по-прежнему является центр им. В.И.Шумакова (в прошедшем году там проведено почти 700 трансплантаций – это треть всех выполненных в стране, но на 15 меньше, чем в 2021 г.), количественный рост показателей произошёл не благодаря активности Москвы, а за счёт регионов, среди которых лидерами являются Республика Татарстан и Кемеровская область.

Тем не менее по ежегодным показателям пересадки сердца Шумаковский центр значительно опережает любую из ведущих клиник США, и такая производительность является уникальной в мировой практике.

Почему так важна активность регионов? В федеративном государстве каждый регион в рамках общего плана и единых протоколов обязан развивать собственную трансплантационную программу. Именно на региональном уровне происходит выявление пациентов, которые нуждаются в трансплантации, постановка их на учёт в листе ожидания и организация необходимой помощи.

Выбор и подготовка реципиента – это обязанность того лечебного учреждения, где будет выполняться операция.

При этом каждый случай трансплантации, равно как и изъятия донорского органа фиксируется в системе учёта, которая доступна для анализа.

### С заботой о донорах

Большим подспорьем в деятельности медиков является программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, в частности трансплантологической. Недавно

### Ситуация

# Расширяя границы

## Новые возможности трансплантологической помощи

принято решение об оплате обследования родственных доноров в лечебных учреждениях за счёт ОМС. Теперь каждый здоровый человек, желающий стать донором почки или части печени, сможет бесплатно пройти такое обследование.

Налажена и государственная система учёта, которая фактически является регистром трансплантационной активности в стране. Сейчас рассматривается вопрос о включении в эту электронную базу и листов ожидания, чтобы информация о нуждающихся в пересадке органов была доступна соответствующим службам и лечебным учреждениям.

А самое главное – только в России реализуется система пожизненного обеспечения государством лекарственными средствами, иммунодепрессантами тех пациентов, которые являются носителями донорских органов.

### Не только «моторчик»

К появившимся в последнее время новым возможностям С.Готье относит уменьшение возраста детей, нуждающихся в трансплантации сердца.

Получение сердечного трансплантата для таких маленьких пациентов достаточно проблематично, поэтому государство пошло на беспрецедентный шаг, и сегодня имплантация искусственного левого желудочка детям вошла в программу оказания высокотехнологичной помощи.

Таким образом, маленькие пациенты, которым в данный момент нереально пересадить сердце по антропометрическим причинам, получают возможность обзавестись своеобразным моторчиком – искусственным левым желудочком. А когда рост и вес ребёнка увеличатся до нужных параметров, его ставят в лист ожидания трансплантации сердца и затем выполняют необходимое вмешательство.

Именно по такой схеме сегодня оказывается помощь детям с терминальной стадией сердечной недостаточности.

«Следующим шагом на этом пути будет внедрение отечественного левого желудочка для детей, – говорит директор Шумаковского центра. – Это разработка наших медиков совместно с инженерами, которая позволит ещё больше сократить возраст, антропометрические размеры и параметры реципиента, для того чтобы такой спасительный механизм можно было имплантировать юным пациентам как можно раньше».



ность Российской Федерации в данном вопросе полностью удовлетворена.

Параллельно развиваются такие хирургические методики, как лапароскопическая резекция печени для получения печёночных трансплантатов от живых родственных доноров. К слову, отечественные специалисты имеют наибольший опыт в мире по использованию лапароскопической техники для этих целей.

Важную роль в оказании неотложной помощи пациентам играет возможность их экстренной транспортировки на большие расстояния. Из разных уголков страны доставляют в Москву пациентов в коматозном состоянии, возникшем вследствие тяжёлой печёночной недостаточности. И в НМИЦ трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова их жизни спасают благодаря экстренным трансплантациям.

Отмечается в стране и огромная потребность в пересадке почки, число таких операций растёт и в столице, и в регионах.

«Мы пришли к возможности абсолютно универсально оказывать помощь маленьким пациентам, – говорит С.Готье. – Как правило, в раннем возрасте потребность в трансплантации почки обусловлена различными аномалиями развития ребёнка ещё во внутриутробном периоде. А после его рождения ряд аномалий вызывает быстро прогрессирующую почечную недостаточность. И чем раньше ребёнок будет прооперирован и у него восстановится функция почки, тем более благоприятным будет его состояние здоровья в дальнейшем. Это очень положительно действует не только на самого ребёнка, получившего возможность нормально жить

органа является реабилитация пациента. Она особенно важна, если человек находится в трудоспособном возрасте и готов активно участвовать в дальнейшей жизни.

Поэтому для людей, перенёвших пересадку почки, печени, сердца или лёгких, специалисты Шумаковского центра при поддержке профессиональных реабилитологов и пациентских организаций организуют игры, соревнования по плаванию и другими видами спортивной активности.

В ряде учреждений, включая центр им. В.И.Шумакова, функционирует школа «Учим-знаем», созданная в содружестве с известным педагогом академиком Евгением Ямбургом и рядом общественных деятелей, озобоченных психологической реабилитацией детей, которые подолгу находятся в стационаре, в четырёх стенах.

Такая программа, утверждает С.Готье, полностью изменила больничную рутину, ранее сопровождавшую существование ребёнка и матери (или бабушки) в палате. Когда они оставались один на один друг с другом, причём в такой непростой ситуации, эмоциональное напряжение оказывалось очень велико.

Такие занятия дают возможность не отставать от учёбы, развиваться, узнавать новое. И, конечно же, в какой-то степени отвлекаться от мыслей о болезни.

Что же касается будущего детей, прошедших через такие сложные операции, то одним из примеров может быть история, рассказанная главным трансплантологом страны на пресс-конференции.

Он показал фотографию 25-летней давности, на которой

гов, в начале февраля 2023 г. родила ребёнка.

«Это говорит о том, что человек, смертельно больной с детства и лишённый возможности полноценного развития, вполне может продолжать нормальную жизнь, быть активным членом общества», – подчёркивает С.Готье.

Комментируя данную ситуацию, он добавляет: родственное донорство почки или части печени для маленького ребёнка, у которого нет возможности длительно ожидать посмертного органа, является совершенно исключительным вариантом, огромным шансом для своевременного оказания помощи. Вся трансплантация печени детям малых антропометрических размеров (их в год выполняется примерно около 200) – это родственное донорство. Конечно, если у ребёнка нет родственного донора, то рассматриваются вопросы пересадки части посмертного органа.

Проводятся родственные трансплантации и для взрослых, но, к сожалению, такой ресурс является достаточно ограниченным.

### Свести к минимуму

Только шестая часть из всех пересадок почек в стране выполняется с привлечением родственных доноров. Поэтому, по словам С.Готье, по-прежнему будет развиваться посмертное донорство для трансплантации взрослым, которым требуется не фрагмент печени, а, например, целая печень. Полученные от посмертного донора пожилого возраста почки обычно используют для пожилых реципиентов, по принципу old to old.

И самый яркий аргумент в пользу посмертного донорства: невозможность пересадки сердца от любого родственного донора.

В завершении пресс-конференции главный специалист-трансплантолог Минздрава России Сергей Готье сделал неординарный прогноз на ближайшие 10-15 лет. Он считает, что, помимо дальнейшего развития технологий, должно произойти сокращение потребности в трансплантации за счёт совершенствования видов лечения, профилактики, здорового образа жизни.

Алёна ЖУКОВА, корр. «МГ». Москва.





– Алексей Вениаминович, есть предложение исключить из всех нормативных актов формулировку «медицинская услуга» и заменить её фразой «медицинская помощь». Как вы считаете, такая замена действительно принципиальна? И станет ли она началом каких-то серьёзных перемен в статусе медработников, в отношении общества и государства к ним?

– У меня отношение к этой идее неоднозначное. С одной стороны, хочется думать, что, работая врачом, ты занимаешься гораздо более благородным делом, чем оказание услуг подобно стрижке ногтей или автосервису. С другой стороны, единицей измерения любой деятельности в финансово-экономическом мире является товар, работа или услуга. Понятия «помощь» в терминологии экономистов и финансистов нет. Следовательно, нужно придумать иной бухгалтерский эквивалент понятия «медуслуга», чтобы считать объёмы выполненной медицинской работы и тарифицировать эту работу. Финансисты готовы его предложить? Вот в чём вопрос. Или разработать другой вариант – для экономических аспектов медицины остаётся «услуга», для правовой сферы появляется термин «помощь». Медицинская организация оказывает услугу, а медработники – помощь.

Что касается морального климата внутри медицинской среды, отношения общества к врачам, отношения государства к здравоохранению, уверен, замена формулировок на них не повлияет. Во всяком случае, быстрого эффекта ждать не стоит, настолько глубоко мы интегрировались в систему общественных отношений, где медицина – это сфера услуг и работа врача оценивается по закону о защите прав потребителей. Я плохо представляю механизм, с помощью которого можно немедленно изменить искажённое представление социума о значении нашей профессии, а само врачебное сообщество избавить от ощущения униженности.

– Но ведь начинать с чего-то надо, иначе здравоохранение скоро окончательно уйдёт в кадровое пике. Главный хирург Минздрава России уже говорит о нарастающем дефиците хирургов.

– Я бы не стал сосредотачиваться только на замене слова «услуга» на слово «помощь», а предпринял усилия ещё и к тому, чтобы результаты врачебной работы, которые трудно спрогнозировать, и неизбежные риски медицинских вмешательств были выведены из сферы внимания Следственного комитета, а непредумышленные ятрогенные инциденты не рассматривались через призму Уголовного кодекса.

Что касается убыли хирургов, мне думаю, что она приобретёт критические масштабы. Хирурги – те же поэты. Ведь поэзию тоже понимают и ценят далеко не все, но творческие люди продолжают писать стихи, потому что не могут не писать. Так же и с нашей специальностью: хирург оперирует в любых условиях, потому что не может не оперировать. Слишком существенна эмоциональная подпитка, которую мы получаем от своей работы, радость, доставляемая каждым случаем спасённой жизни, восстановленного здоровья пациента. Именно поэтому, несмотря на все сложности, риски и даже опасности этой профессии приток молодёжи не иссякает. Как ни удивительно это кому-то покажется, но сегодня хирург – единственная специальность, которая не дефицитна в нашем стационаре.

– Итак, что мы имеем: отношение общества к системе здравоохранения и медработникам деградирует на глазах.



Наши интервью

## В условиях «постоянного чересчур»

Хирурги, конечно, сродни поэтам, но всё равно их надо беречь

**Система правового обеспечения медицинской деятельности в России выстраивается-выстраивается и никак не выстроится. Идеи подбрасываются одна за другой, а центр принятия окончательных решений не определён: должны ли это быть Государственная Дума, Министерство здравоохранения или профессиональные объединения врачей. А пока нет единого механизма, каждое лечебное учреждение, оказавшись в конфликте с пациентом и в поле зрения следователей, выгребает само как умеет.**

**Острота этого вопроса обусловлена тем, что отношение общества к медицине и медработникам стало вконец неподобающим, да и государством врач не защищён от нападков, напротив, Следственный комитет РФ наращивает объёмы расследований ятрогенных преступлений.**

**Врач всем обязан, пациент заказывает услугу – доктор исполняет. Как вы думаете, само медицинское сообщество может и должно ли сделать какие-то шаги, которые позволят изменить такое отношение социума к себе?**

– Простого ответа на этот вопрос нет. Проблема в том, что общественные отношения вообще во всех направлениях сегодня складываются неправильно. Чем дальше от крупных городов, тем у людей спокойнее на душе, я вижу это, регулярно бывая в районах российского Севера. Нерв мегаполиса напряжён до предела, и все мы, сами не замечая того, эту напряжённость продуцируем. Согласитесь, каждый из нас постоянно находится в состоянии обороны и готовности к нападению, именно так мы реагируем на слова, поступки и реакции на нас со стороны других людей, хотя у тех и в мыслях не было обидеть персонально нас, просто они тоже «на взводе». Это похоже на замкнутый круг: меня кто-то обидел ни за что ни про что, теперь я обижу кого-нибудь. Внутренняя готовность к конфликту на каждом шагу, где мы так или иначе пересекаемся с другими людьми: в магазине, транспорте, на парковке, в работе.

Мы обсуждали это с сотрудниками приёмного покоя нашей больницы – теми, кто работает в точке самой высокой эмоциональной напряжённости. Ежедневно через «приёмник» проходит до ста больных и пострадавших, каждого из них сопровождает группа поддержки из числа родственников и друзей в состоянии тревоги и повышенной требовательности. И вот наши сотрудники, которым за рабочую смену наговорили много неприятных слов, после рабочего дня выходят из больницы и, заходя по пути домой в магазин, на почту, в МФЦ или ещё куда-то, невольно выдают в обратную сторону весь тот негатив, который в их душе накопился за день. Происходит круговорот взаимного неприятия в социуме. Таким образом, конфликт

глубже, чем просто отношения между медицинским сообществом и Минздравом, врачами и пациентами. И простого рецепта от этого социального недуга нет.

Мне видится правильной следующая модель взаимоотношений медицинского сообщества и социума: «храм, священник и прихожанин». Священник должен верить в важность своей миссии, прихожанин

месте, все диагнозы ставятся по аналогии, другого варианта нет. В мои времена ещё были субординатура и интернатура, теперь их формально нет, ну и что? Если у молодого врача в поликлинике большая практика, он уже через полгода-год станет хорошим специалистом и не будет бояться пациентов. Чем интенсивнее и тяжелее работа, тем быстрее приобретается опыт.

А нынешние студенты, кстати, мне очень нравятся. Я преподаю на 6-м курсе медуниверситета цикл «хирургия» и вижу: ребята

Ну и я традиционно надеюсь, что после первичного звена настанет черёд неотложных стационаров и в части повышения заработной платы.

– Так называемые гибкие навыки насколько важны для врача? Юристы предупреждают, что в целях самосохранения реакция врача в случае назревающего конфликта с пациентом или его родственниками должна быть более спокойной и грамотной.

– Не знаю, есть ли такая специальная образовательная програм-

Больницы скорой медицинской помощи – особая зона, здесь всё по максимуму. Врачи начинают спасать и лечить буквально с колёс, как только пациента доставляет «неотложка», с этим связаны объективно более высокие риски неудач. Эмоциональные нагрузки персонала БСМП превышают предел возможного, в том числе из-за того, что родственники экстренных больных перепуганы и потому несдержанны в своих требованиях к медикам. На этом фоне постоянного чересчур-напряжения скоромощные медики как никто другой ждут, когда же система их правовой защиты будет сформирована.

О том, какой именно она должна быть, а также о причинах конфронтации «врач – пациент» и мирных способах её устранения мы беседуем с главным врачом Новосибирской больницы скорой медицинской помощи № 2 Алексеем ПОДЁРГИНЫМ.

целестремлённые, все к этому времени уже точно знают, в какую специализацию пойдут. Не согласен с расхожим мнением, будто уровень знаний современного выпускника медуниверситета очень низкий, это не так.

Возвращаясь к теме строительства «храмов», хочу заметить справедливости ради, что стационары – я имею в виду городские больницы вроде нашей – всегда шли третьим эшелонном после высокотехнологичных федеральных центров и первичного звена при распределении средств государства на обновление зданий, оборудования, на зарплаты врачей. Между тем хочу напомнить, что стационары гораздо более затратные учреждения в сравнении с поликлиниками.

И уж если продолжать аналогию с храмами, то именно в неотложных стационарах люди балансируют между жизнью и смертью, медики в критической, рискованной ситуации стремятся склонить весы в сторону жизни. Нерв отношений напряжён до предела, а значит, храм должен быть безупречен, сомнений в этом не должно быть ни у «священника», ни у «прихожанина».

– У вас как руководителя нет опасения, что надбавки к зарплате врачам первичного звена станут стимулом для врачей стационаров перейти в поликлиники?

– Такое опасения у меня, пожалуй, нет. Что держит врача в стационаре? Не только заработная плата. Удовлетворение от того, что делаешь: здесь, в отличие от поликлиники, ты видишь результаты своей работы. Хирург идёт домой сильно уставший и эмоционально потрясённый, но с искренним чувством выполненного долга, а это сильнейший мотиватор. Врач стационара не захочет работать в поликлинике, потому что там такого чувства у него не будет. Да, изредка кто-то уходит, но потом большинство возвращается. Вроде как ушёл за спокойствием, а выясняется, что это не то спокойствие, которого хотелось.

ма в медуниверситете, но молодые врачи, которые приходят на работу в нашу больницу, все как один настроены на то, чтобы вести беседы с пациентами. Единицы считают, что дело хирурга – работать руками, а не разговоры разговаривать. Я напоминаю своим коллегам при каждом удобном случае, что умение разговаривать с больным и искреннее сопереживание ему – важнейший компонент врачебной профессии, без него она немислима.

Хотя, честно говоря, иной раз удивляешься тому, насколько глубоко и прочно в некоторых людях сидит недоверие к врачам. Буквально на днях ко мне приходила родственница пациента, который много лет страдает тяжёлым заболеванием, и хотя доктора делают всё возможное, прогноз неясный. Вместе с заведующей отделением мы постарались понятно и деликатно рассказать посетительнице о болезни и лечении, о состоянии данного пациента. А когда в итоге спросили нашу собеседницу, всё ли ей понятно, ответ был таким: «Понятно, что красиво говорить вы научились». Видимо, в нашем врачебном мастерстве у неё уверенности нет, но хотя бы за то, что поговорили с ней, похвалила.

– Можно ли сказать, что БСМП – чуткий барометр правильности решений по организации здравоохранения? Принято считать, что недоработка первичного звена приводит к росту доли экстренных хирургических вмешательств, острых инфарктов и инсультов, соответственно, отражается на показателях осложнений и летальности.

– На самом деле не совсем так. Трудно представить, как гнойные хирургические заболевания можно выявить заранее и пролечить в поликлинике либо прооперировать в плановом порядке. Они возникают остро, латентного периода, как правило, нет. К тем хирургическим заболеваниям, которые можно диагностировать и наблюдать в поликлинике, а также оперировать в плановом



порядке, относятся холецистит и грыжи, вот, пожалуй, и всё. Таким образом, за счёт повышения эффективности поликлинической службы соотношения плановой и экстренной хирургической помощи вряд ли существенно изменится в сторону первой.

По моему мнению, это не самый критичный показатель работы стационаров, ведь для нас, по большому счёту, нет разницы – оперировать больного с холециститом или грыжей в экстренном порядке или в плановом: оперативные технологии одни и те же, показатели осложнений близкие. Гораздо большее значение это имеет для самого пациента, так как касается его планов на жизнь, сроков утраты трудоспособности и т.п.

Что касается роли поликлиник, значительно важнее терапевтическое, а не хирургическое направление их работы: кардиология, пульмонология, эндокринология. В вопросе вы упомянули про инфаркты и инсульты, так вот, это как раз те разделы, где скрупулёзно подобранная терапия избавляет от необходимости направлять больного в стационар. Плановая госпитализация при терапевтических заболеваниях – нонсенс, такого в принципе не должно быть. И экстренная тоже должна снижаться. Если человек принимает правильно назначенные поликлиническим врачом препараты от гипертонии или сахарного диабета, он не попадёт в стационар с гипертоническим кризом, инфарктом, инсультом или диабетической комой. Вот на чём нужно сосредоточить внимание.

**– В конце разговора вернёмся к его началу – о правовом обеспечении медицинской деятельности в России. Кто-то предлагает узаконить обязательное страхование профессиональной ответственности, кто-то говорит о необходимости медицинских третейских судов, звучат предложения передать право аттестовать врачей и лишать их права практики врачам ассоциациям. Какой вариант вы считаете оптимальным?**

– Комбинацию из всех трёх предложений плюс кое-что ещё. Первое: обязательное требование ко всем врачам – быть членом профессиональной ассоциации. К профессиональной деятельности медработника должна допускать ассоциация, и допуск может получить тот, кто вступил в это профессиональное объединение.

Второе: декриминализация «врачебной ошибки», осложненной при оказании медицинской помощи, реализации рисков хирургического вмешательства, если у врача не было злого умысла причинить вред пациенту.

Третье: страхование профессиональной ответственности должно стать обязательным. И не просто обязательным, а персональным, личным. Разумеется, при этом врач должен стать субъектом права, сегодня он им не является. В настоящее время страхуются медицинские организации целиком, а все иски пациентов подаются к лечебным учреждениям, что, на мой взгляд, неправильно. Причём страховку для врача следует сделать прогрессивной, как в ОСАГО: нарушил «правила» – стоимость страхового полиса на следующий год повышается, вплоть до отказа страховать данного клиента. А если нет страховки, не имеешь права заниматься медицинской деятельностью. Наличие личной страховки должно стать обязательным условием при приёме врача на работу.

В принципе, мы уже идём в сторону такой модели, но делаем это слишком медленно. Пора шагнуть шире и решительнее.

Елена БУШ,  
обозреватель  
«МГ».

## К Международному дню детей, больных раком, состоялась пресс-конференция ведущих российских детских онкологов-гематологов.

Впервые он был проведён в 2001 г. Международной организацией детского рака, представляющей ныне 186 организаций в 95 странах на 5 континентах. Её партнёром является европейское подразделение Международного общества детской онкологии, включающее более 2 тыс. профессионалов из 35 европейских стран, в том числе из России.

Ежегодно диагноз рака ставится более чем 400 тыс. детей и подростков до 20 лет, причём вероятность их выживания зависит от страны проживания: в большинстве богатых стран она достигает 80%, а в странах с низким и средним уровнем доходов – в 4 раза ниже (20%). При этом самыми частыми у детей являются злокачественные заболевания крови, среди которых преобладают варианты острого лейкоза (31%). Опухоли головного мозга занимают второе место (24%), за ними следуют лимфомы (11%).

Открывая пресс-конференцию, научный руководитель НИИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва академик РАН Александр Румянцев отметил, что в нашей стране использован лучший международный опыт. В советский период гематологические онкологические заболевания лечились в многопрофильных детских больницах. В 1991 г. в Москве был создан НИИ детской гематологии, где были внедрены международные протоколы лечения, а в 2011-м – центр им. Дмитрия Рогачёва, объединивший детских онкологов и гематологов. В 2009 г. возникло Национальное общество детских гематологов и онкологов (НОДГО). Разработанные под эгидой этого общества клинические рекомендации были использованы для расчёта тарифов лечения в системе ОМС. В 2022 г. было проведено 930 трансплантаций костного мозга у детей в 6 центрах. Сейчас создаётся 5 новых центров (Казань, Воронеж, Уфа, Ростов-на-Дону и Краснодар). Поставлена задача довести ежегодное число трансплантаций костного мозга до 1,5 тыс. В настоящее время, по данным благотворительного фонда «Подари жизнь», потребность в трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток в РФ по взрослому удовлетворяется только на 30%, по детям – на 70%. Нет федерального регистра доноров костного мозга.

В руководимом А.Румянцевым центре применяется CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-Cells, или T-клетки с химерным антигенным рецептором) – технология, которая заключается в извлечении T-лимфоцитов из организма пациента посредством афереза. Затем проводится их модификация, и

## Пресс-конференция

# Охотники за знаниями

## Детские онкологи лечат и учат



Участники пресс-конференции

они вводятся больному обратно, чтобы распознавать, атаковать и разрушать лейкоэмические клетки при остром лимфобластном лейкозе. Сейчас в Госдуме готовятся поправки к закону о клеточных технологиях для выведения этого метода лечения на российский рынок.

Что касается лекарственной терапии, то, по словам академика, удалось решить две задачи. Во-первых, легализовать использование любых препаратов off-label по решению консилиума. Во-вторых, продлить лечение у педиатров до достижения больными 19-летнего возраста. Обеспечение лекарствами облегчается путём параллельного импорта и реализации проекта «Круг добра» (государственный внебюджетный фонд поддержки более 20 тыс. детей с тяжёлыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями). «Круг добра» закупает не только лекарства, но и раздвижные протезы для детей с опухолями костей, повязки, медицинское оборудование и т.д.

Ранняя диагностика опухолей стала возможной, в том числе, благодаря расширению программы неонатального скрининга с 5 до 36 генетических заболеваний. Среди них – первичные иммунодефициты, которые могут привести к развитию опухолей в пожилом возрасте. «Любое новое знание немедленно используется в нашей практике», – отметил А.Румянцев.

В прошлом году в РФ 84% детей были излечены от рака, что позволило приблизиться по этому показателю к уровню развитых стран. Впрочем, отсутствие национальных регистров не позволяет оценить достоверность приводимой статистики. «Наша задача – сделать доступной высокотехнологичную помощь в каждом регионе», –

подчеркнул академик. Для этого создана «пирамида», на вершине которой – главный детский онколог-гематолог Минздрава России (эту должность занимает генеральный директор НИИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва профессор Галина Новичкова), под ним – главные внештатные детские онкологи в округах и т.д.

Как отметила на пресс-конференции главный детский онколог Департамента здравоохранения Москвы, детский онколог-гематолог отделения онкологии и гематологии Морозовской детской городской клинической больницы Ольга Тиганова, рак у детей стали диагностировать чаще, причём 20% случаев выявляется при диспансеризации. У педиатров появилась возможность лечить больных до достижения ими возраста 21 год.

Выступившая в формате онлайн главный детский онколог Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, заведующая детским онкологическим отделением НИИЦ онкологии им. Н.Н.Петрова Светлана Кулева рассказала о территориальной программе бесплатной медицинской помощи каждому ребёнку с онкозаболеванием, которую в городе оказывают 4 федеральных онкоцентра. Облучение опухолей головного мозга с помощью протонного пучка осуществляется в частном Медицинском институте им. Березина Сергея по квотам, оплачиваемым государством (400 больных ежегодно).

На пресс-конференции были затронуты вопросы профилактики детских онкологических заболеваний. Заместитель директора по научной и образовательной работе НИИ детской онкологии

и гематологии НИИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина Кирилл Киргизов упомянул, что в Республике Беларусь третье место среди онкологических заболеваний у детей занимает рак щитовидной железы – прямое следствие Чернобыльской аварии. Вредные привычки родителей (такие, как курение и употребление алкоголя) также способствуют возникновению злокачественных новообразований у детей.

Тему продолжил заведующий отделением клинической онкологии НИИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва Денис Качанов. Вирусный гепатит В способствует возникновению рака печени. У 10-15% детей выявляется предрасположенность к возникновению опухолей. Почти половина (45%) случаев опухоли у детей представлена эмбриональными и солидными опухолями, развивающимися на фоне наследственной предрасположенности. Их лечение осуществляется мультидисциплинарной командой.

Риск-адаптированная терапия осуществляется благодаря молекулярному профилированию. Как сказал главный врач этого центра Дмитрий Литвинов, «с определёнными оговорками мы оптимистично смотрим в будущее».

Отвечая на вопросы из зала, А.Румянцев отметил, что педиатр – это не только врач, но и психолог, и социальный работник. В центре организована госпитальная школа, ставшая основой федерального проекта «Учимзнаем» – создание образовательной среды в медицинских стационарах для длительно болеющих детей. Госпитальные школы работают в больницах и хосписах в 45 регионах России.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,  
корр. «МГ».

Москва.

## Работают мастера

# Избавили от десоциализации

Хирурги-урологи РНИМУ им. Н.И.Пирогова восстановили сморщенный мочевого пузырь у пациентки, используя участок тонкой кишки

**На протяжении двух лет пациентка Раиса Т., 28 лет, страдала от воспалительных процессов мочеполовой системы. Лечение, которое ей проводили в других медицинских учреждениях, не помогало, постоянные сильные боли внизу живота очень беспокоили её.**

В Российский геронтологический научно-клинический центр (РГНКЦ) Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова пациентка попала с диагнозом «микроцистис», или сморщенный мочевой пузырь. Это катастрофи-

ческий и необратимый процесс, который является кульминацией различных хронических заболеваний мочевого пузыря, чаще всего цистита. В тканях мочевого пузыря образуются склеротические рубцы, снижается эластичность его стенок и уменьшается его ёмкость. Как следствие – частое мочеиспускание, недержание мочи, необходимость использования абсорбирующего белья и рефлюкс мочи в почки.

Заброс мочи в верхние мочевыводящие пути привёл к гидронефрозу и хроническому пиелонефриту. Если вовремя не провести операцию, это может привести к необратимым последствиям к утрате функции почек.

Вначале врачи центра пытались найти причины резкого снижения ёмкости мочевого пузыря, включая неврологические заболевания и специфические поражения. Использовали консервативные и малоинвазивные методы лечения.

Хирурги отделения урологии РГНКЦ пришли к выводу, что все консервативные виды лечения не приводят к выздоровлению. Нормой ёмкости мочевого пузыря считается 300 мл, а у пациентки уже были критические цифры – 40-60 мл.

После проведённого консилиума специалисты РГНКЦ приняли решение провести операцию по восста-

новлению органа. Хирурги под руководством заведующего отделением урологии центра, уролога, онколога, доктора медицинских наук, профессора Григория Кривобородова провели реконструкцию мочевого пузыря с использованием участка тонкой кишки. Они выполнили аутоматическую цистопластику.

Со временем вновь образованный резервуар обеспечивает накопление значимого объёма мочи, а его опорожнение пациентка сможет выполнять самостоятельно посредством катетеризации через мочеиспускательный канал с периодичностью 4-6 раз в сутки.

Благодаря такой восстановительной операции примерно через 3-6 месяцев пациентки полностью восстанавливаются, возвращаются к трудовой деятельности с хорошим качеством жизни.

Ольга ТУР.





# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 8 (2368)

**Закрытая травма груди (ЗТГ)** – термин, объединяющий все повреждения в этой анатомической области без нарушения целостности кожных покровов (на всю их толщину). В рамках настоящих клинических рекомендаций (КР) ЗТГ включает острые повреждения грудной стенки и органов грудной полости. Здесь не рассматриваются осложнения и последствия ЗТГ, в частности следующие состояния: пневмония, эмпиема плевры, острый медиастинит, острый перикардит, сепсис и другие инфекционно-воспалительные осложнения ЗТГ, травматический шок, респираторный дистресс-синдром, подкожная эмфизема, травматическая эмболия. С очевидностью не рассматриваются в данных КР повреждения груди с нарушенной целостностью кожных покровов (на всю их толщину): открытая травма груди, торакальные и торакоабдоминальные ранения.

В рамках ЗТГ выделяются и рассмотрены в настоящей КР изолированные и множественные травмы груди. Изолированной называется травма груди, при которой имеется одно повреждение. Множественной называется травма, при которой имеется несколько повреждений в пределах груди как анатомической области тела. Одновременное повреждение груди с другими анатомическими областями тела (голова, шея, живот, таз, позвоночник, конечности) определяется как сочетанная травма груди – не рассматривается в данных КР. Комбинированные повреждения, возникающие вследствие воздействия нескольких этиологически разнородных травмирующих факторов (механических, термических, химических, лучевых), также не являются предметом рассмотрения данных КР.

Состояния, образующие группу ЗТГ:

- Поверхностные (закрытые) повреждения грудной клетки включают ушиб грудной клетки, ушиб молочной железы. Клинически примыкают к ним растяжение и перенапряжение связочного аппарата рёбер и грудины, подкожные повреждения мышц и сухожилий передней и задней грудной стенки (за исключением мышц и сухожилий подмышечной впадины и пояса верхних конечностей).

- Перелом ребра (закрытый) – это нарушение целостности костной или хрящевой части ребра. Множественные переломы рёбер – это нарушение целостности костной или хрящевой части двух и более рёбер. Флотирующие (окончатые, створчатые) переломы рёбер (синоним: рёберный клапан, западающая грудная клетка, патологически подвижная грудная клетка, парадоксальное движение грудной стенки) – это переломы, при которых фрагменты нескольких рёбер оказываются не соединёнными с костным каркасом грудной клетки, удерживаются благодаря уцелевшей коже и мягким тканям (так называемое «рёберное окно или створка») и парадоксальным образом участвуют в дыхательных движениях грудной клетки: западают при вдохе (снижение внутригрудного давления) и выбухают при выдохе (повышение внутригрудного давления).

- Перелом грудины (закрытый) – это нарушение целостности костной ткани грудины.
- Травматическая асфиксия – своеобразный симптомокомплекс, развивающийся при внезапном сдавлении груди (например, при прижатии автомобилем к стене).

- Пневмоторакс при ЗТГ – скопление воздуха в плевральной полости.

- Гемоторакс при ЗТГ – скопление крови в плевральной полости.

- Свернувшийся гемоторакс при ЗТГ – скопление в плевральной полости свёртков крови.

- Гемопневмоторакс при ЗТГ – скопление крови и воздуха в плевральной полости.

- Другие закрытые травмы лёгких, травма крупных бронхов, травма грудного отдела трахеи.

Ушиб лёгких является частой и потенциально смертельной травмой грудной клетки, определяется как разрушение лёгких с альвеолярным кровотоком, которое обычно возникает в результате тупой травмы грудной клетки без разрыва паренхимы лёгкого.

Повреждение (разрыв) лёгкого – это повреждение паренхиматозной ткани лёгкого. Разрыв лёгкого обычно вызывается проникающими ранениями, но непроникающие ранения и закрытые травмы груди также могут вызвать разрыв лёгкого.

Разрывы грудного отдела трахеи и крупных бронхов относятся к наиболее тяжёлым видам травмы грудной клетки с летальным исходом.

- Травма кровеносных (крупных) сосудов груди при закрытой травме – это повреждение грудной аорты и её плечеголовных ветвей (плечеголового ствола, левой подключичной и сонной артерий), верхней и внутригрудного отдела нижней полой вен, безымянной, непарной и подключичных вен, которые в острой ситуации проявляются профузным внутриплевральным кровотечением, напряжённой гематомой средостения и/или тампонадой сердца, а в хронической – формированием посттравматической ложной аневризмы.

- Травма сердца при ЗТГ – это повреждение сердечных структур (миокарда, эндокарда, эпикарда, папиллярных мышц, хорд,

# Закрытая травма грудной клетки

## Клинические рекомендации

фиброзного кольца и створок клапанов) от лёгкого ушиба до явного отрыва/разрыва, что проявляется нарушениями деятельности сердечно-сосудистой системы от умеренной гемодинамической нестабильности до кардиогенного шока и асистолии.

- Закрытое повреждение диафрагмы – это разрыв (нарушение целостности на всю толщину диафрагмы) в мышечной и/или сухожильной её части без повреждения целостности грудной или брюшной стенок, с повреждением органов брюшной и грудной полости или без них.

- Травма пищевода при ЗТГ – нарушение целостности стенки пищевода в грудном отделе, обусловленное воздействием физических, химических, механических факторов, и развитие патологических процессов в органе и окружающих его тканях.

- Закрытая травма грудного лимфатического протока – нарушение целостности стенки грудного лимфатического протока или его крупных ветвей и коллатералей, обусловленное воздействием физических, химических, механических факторов, и развитие в нём патологических процессов в окружающих его органах и тканях. Травматический хилоторакс при ЗТГ – скопление хилуса в полости плевры, наиболее частое и типичное проявление, возникающее в результате надрыва или разрыва грудного протока либо впадающих в него крупных лимфатических стволов грудной полости.

- У детей встречается закрытая травма тимуса – не рассматривается в данных КР.

### Этиология и патогенез

**Закрытая травма груди в целом.** ЗТГ возникает вследствие дорожно-транспортных происшествий, ударов, падений с высоты и других причин (прямое повреждающее действие на органы, обеспечивающие жизнедеятельность, – системы дыхания и кровообращения). Тяжесть состояния пациента определяется не столько повреждением органов и структур грудной клетки, сколько нарушениями жизненно важных функций, вызванными общими патофизиологическими механизмами.

**Боль.** В патогенезе повреждений груди значительную роль играет ноцицептивная импульсация с обширных рецепторных полей париетальной и висцеральной плевры.

**Острая сердечно-лёгочная недостаточность.** При острой травме происходит уменьшение показателей работы сердца из-за уменьшения объёма циркулирующей крови (кровотечение), непосредственного действия травмы на сердце (ушиб сердца, гемоперикард), изменения периферического сопротивления сосудов малого круга (гемоторакс, пневмоторакс, внутрилёгочная гематома) или сосудов большого круга (нейро-эндокринная реакция на боль). При восстановлении гемодинамики острый период травмы заканчивается, и начинается период

ранних осложнений (не рассматривается в настоящей КР). Наиболее опасным его проявлением является острый респираторный дистресс-синдром («шоковое лёгкое»). Ведущую роль в его патогенезе играет увеличение проницаемости капилляров малого круга при снижении перфузии лёгких. Застою в малом круге способствует и дисфункция миокарда, прогрессирующая по мере развития дистресс-синдрома, что приводит к острой сердечно-лёгочной недостаточности.

**Острая сердечная недостаточность.** Основную роль в развитии острой сердечной недостаточности при травме играет увеличение венозного возврата при затруднённом оттоке крови из малого круга кровообращения, что ведёт к увеличению давления в лёгочных венах и капиллярах (пассивная лёгочная гипертензия), а в дальнейшем и в артериолах (активная лёгочная гипертензия). Это создаёт условия для пропотевания крови с развитием интерстициального, а затем и альвеолярного отёка лёгких.

**Тампонада сердца.** Повреждение сердца и перикарда может сопровождаться скоплением крови в полости перикарда с

**Шок** (относится к жизнеугрожающим последствиям ЗТГ и не рассматривается в данных КР) – один из ключевых патологических механизмов при травме. Шоковые состояния, независимо от их причин, в финальной стадии проявляются одинаково. Наблюдаются нарушение реологических свойств крови, её секвестрация в капиллярах, гиповолемиа с синдромом «малого выброса», ишемия тканей с фатальными нарушениями метаболизма.

**Полиорганная недостаточность.** Прогрессирование описанных патологических процессов сердечно-лёгочной системы опосредованно через гипоксию и гипоксемию запускает развитие полиорганной недостаточности: надпочечниковой, печёночно-почечной и других (не рассматриваются в настоящих КР).

**Переломы рёбер**

Переломы рёбер возникают в результате ударов, падений на выступающие предметы, а также вследствие сдавления грудной клетки.

Патология характеризуется определёнными морфологическими особенностями.

развитием тампонады сердца (сдавление сердца скапливающейся кровью).

**Острая дыхательная недостаточность.** Несмотря на различия патогенеза, любое уменьшение объёма (и, соответственно, увеличение внутриплеврального давления) запускает общий патофизиологический механизм: коллапс лёгкого – повышение давления в его капиллярах – централизация кровотока малого круга (шунтирование) – несоответствие перфузии и вентиляции (невозможность обеспечить адекватный газообмен даже с помощью ИВЛ из-за тяжёлых нарушений циркуляторного звена газообмена).

Первичная острая дыхательная недостаточность при травме обусловлена нарушением каркасности грудной клетки, пневмотораксом, гемотораксом или нарушением проходимости дыхательных путей: аспирационный синдром, бронхоспазм, повреждение бронхов, их обструкция инородным телом (последствия проникновения инородных тел в органы грудной полости не рассматриваются в настоящих КР). Наиболее важную роль в патогенезе острой дыхательной недостаточности играет повышение давления в плевральной полости (вне зависимости от его этиологии) – пневмо/гемоторакс, большая гематома средостения или внутрилёгочная, или экстраплевральная, дислокация органов брюшной полости в плевральную при разрыве диафрагмы и т.д. Гиперкапническая дыхательная недостаточность возникает при гиповентиляции, увеличении функционального объёма мёртвого пространства, увеличении продукции углекислоты. Гипоксическая дыхательная недостаточность развивается при нарушении диффузионной способности альвеол и при шунтировании крови в лёгких.

Вторичная дыхательная недостаточность связана с развившимися после травмы патологическими состояниями сердечно-лёгочной системы: кардиогенный отёк лёгких, эмболия лёгочной артерии, респираторный дистресс-синдром, тяжёлые пневмонии (не рассматриваются в настоящих КР).

**Бронхообструктивный синдром.** Ключевыми моментами патогенеза являются отёк, дискинезия и закупорка бронхоиол мокротой. Дыхательная мускулатура выполняет колоссальную, но неэффективную работу, расходуя огромное количество кислорода, нарастают гипоксия, респираторный ацидоз, метаболический алкалоз. Нарушение дренажа при бронхообструктивном синдроме проходит три стадии: компенсированная бронхорея (растут и продуцируются и выведение мокроты), декомпенсированная бронхорея (продукция мокроты растёт, а мукоцилиарный механизм не справляется с её транспортом) и обструкция (реологические свойства мокроты изменяются настолько, что возникают рефлюкс и блокада дыхательных путей). Обтурация бронха приводит к спадению (ателектазу) соответствующей части лёгкого.

В 1-е сутки с момента травмы макроскопически в зоне перелома рёбер отмечаются образование межотломковой гематомы, отёк и имбибиция кровью окружающих тканей. Микроскопически выявляются множественные лимфоидные и гистиоцитарные клеточные элементы на фоне небольшого количества неоформленного межклеточного вещества.

На 2-е сутки в зоне перелома происходят изменения в межотломковой гематоме, является мягкой тёмно-красно-коричневая масса без чётких границ. На отломках рёбер определяются характерные изменения: «задир» и отслойка надкостницы на 2-4 мм с каждого края; формирование поднадкостничной гематомы, за счёт чего происходит смещение и сжатие губчатого вещества ребра на глубину до 4-6 мм, в основном на позвоночном конце. При микроскопии в зоне перелома выявляются множество малодифференцированных соединительнотканых клеток, которые образуют тяжёлоподобные структуры неправильной формы. В периостальной зоне наблюдаются утолщение и потеря чёткой структуры надкостницы с выраженным капиллярным стазом и полнокровием вен в местах её отслойки. Через 5 суток после травмы при продолжающемся движении отломков рёбер в зоне перелома появляются характерные пластические деформации поверхности трения костей. Это так называемый «натир» – участок уплотнённой костной ткани. На месте межотломковой гематомы наблюдается рост грануляционной ткани с единичными фибробластическими клетками. По линии демаркации межотломковой гематомы появляется лейко-лимфоцитарный вал с пазушным рассасыванием повреждённых участков компактной костной ткани за местом «натира» со стороны эндоста. На 14-е сутки наблюдается дальнейшая интенсивная резорбция костной ткани с формированием чёткой «резорбционной борозды» сразу за участком уплотнения («натира») на поверхности компактной пластинки прикраевого участка отломка ребра. Это свидетельствует об отслойке участка «натира», который в последующем частично рассасывается и является основой для образования первичной костной мозоли. При морфологическом исследовании зон перелома рёбер спустя 21 сутки чётко определяются костные балки, частично заполняющие межотломковую щель. То есть на 1, 2, 5-е сутки после травмы каких-либо морфологически значимых изменений в зоне перелома, направленных на его стабилизацию, не выявляется. При сохраняющемся дыхании более 5 суток отмечается задержка образования первичной костной мозоли и усиленная резорбция костной ткани в месте перелома. Сохраняющаяся нестабильность грудной клетки вызывает «задир» и отслойку надкостницы на 4-6 мм с образованием поднадкостничной гематомы, что влечёт



за собой нарушение микроциркуляции в приграничных участках перелома ребра. В результате этого в прикраевой зоне перелома практически прекращается питание кости, а предшествующий контакт отломков в этой зоне сопровождается её уплотнением и некрозом костной ткани с последующим активным пазушным рассасыванием.

Сравнение участков тканей вокруг изолированных переломов рёбер с тканями вокруг фрагментированных переломов показывает, что активация остеобластов, свидетельствующая о пролиферации клеточных элементов в них, происходит на 7-9 суток позже, чем при единичных переломах. Это обусловлено тем, что при сохранении движения фрагментов рёбер происходит дополнительное повреждение новообразованных балочных структур, а поэтому последние при формировании плотной костной мозоли претерпевают двойную перестройку под влиянием нагрузок в зоне перелома.

Флотирющие переломы рёбер (рёберный клапан) – особая и нечасто встречающаяся ситуация, при которой выявляют множественные (2 и более) переломы двух и более рёбер, включая хондрокостальные сочленения, что приводит к отделению части грудной стенки от остального скелета (нарушение каркаса). При дыхании наблюдается парадоксальное по отношению к остальной грудной клетке движение повреждённого участка: «рёберная створка» западает при вдохе (снижение внутригрудного давления) и выбухает при выдохе (повышение внутригрудного давления). Рёберный клапан при множественных переломах может развиться не сразу после травмы, а через 1-3 суток.

Парадоксальное движение грудной клетки приводит к неполному расправлению лёгкого на стороне повреждения. Примечательно, что на вдохе из-за западения флотирющего участка внутрилёгочное давление воздуха на стороне повреждения выше, а на выдохе из-за выбухания «рёберной створки» ниже, чем в лёгком на здоровой стороне.

В связи с этим при дыхании происходит частичное перекачивание воздуха из лёгкого на поражённой стороне в лёгкое на здоровой, а при выдохе – наоборот.

Такое маятникообразное движение воздуха в лёгких приводит к увеличению «мёртвого» пространства и способствует нарастанию гипоксии. Кроме того, разное давление в здоровой и повреждённой половинах грудной клетки, изменяющееся в процессе дыхания, обуславливает смещение органов средостения (в том числе сердца и крупных сосудов) маятникообразного характера, что также обуславливает развитие сердечно-сосудистых нарушений.

В результате этого более чем в половине случаев развивается острая дыхательная недостаточность, связанная, в том числе, и с контузией лёгких и тяжёлыми повреждениями средостения, что требует вентиляционной поддержки. Лишь небольшой процент пострадавших с патологической подвижностью грудной стенки может не

иметь других сопутствующих повреждений и сохранять удовлетворительное состояние на фоне обезболивающей терапии и дыхательной гимнастики.

Закрытая травма грудной клетки часто сопровождается переломом VII-X рёбер на участках, расположенных между задней подмышечной и лопаточной линиями. Это объясняется тем, что в этой области грудная клетка наиболее широкая. Особенно тяжело протекает травма груди с нарушением рёберного каркаса, двойными переломами рёбер, получившими название окончатых или створчатых, образуются «рёберные клапаны».

Опасные для жизни расстройства внешнего дыхания возникают при переломе 6 и более рёбер с одной стороны, когда жизненная ёмкость лёгких на стороне поражения уменьшается на 30-40%.

Наиболее тяжёлые нарушения возникают при развитии парадоксального дыхания, когда повреждённый участок грудной стенки теряет прочную связь с её неповреждённым отделом и во время вдоха происходит западение участка грудной клетки в месте образования рёберного клапана в связи с возникновением отрицательного давления в плевральной полости. При выдохе же отмечается выбухание участка грудной клетки в месте перелома в связи с повышением давления в плевральной полости. Чем больше размер рёберного клапана и чем он мобильнее, тем тяжелее состояние пациента. Также западение флотирющего участка при вдохе способствует попаданию воздуха, насыщенного углекислым газом, из повреждённого лёгкого в неповреждённое, что обуславливает вентиляционный компонент дыхательной недостаточности. Уменьшение объёма плевральной полости при западении грудной стенки и пневмоторакс на стороне повреждения способствуют увеличению внутрилёгочного венозно-артериального шунтирования крови.

По локализации переломов рёбер различают передний (билатеральный), передне-боковой и задне-боковой рёберные клапаны. При образовании переднего билатерального клапана, в котором участвует грудина с рёберными хрящами, кроме дыхательных расстройств возникает сердечно-сосудистые нарушения.

Тяжело переносят пациенты и передне-боковой рёберный клапан. Задне-боковой рёберный клапан протекает легче, так как фиксируется мощным мышечным каркасом спины и горизонтальным положением тела пациента. Множественные переломы рёбер часто сопровождаются повреждением лёгких с развитием гемопневмоторакса, ушибами сердца и лёгких.

#### Перелом грудины

Перелом грудины является последствием прямой травмы и встречается при тяжёлых травмах грудной клетки, т.к. эта кость обычно ломается только при значительном воздействии. Перелом грудины возникает в основном при дорожно-транспортных про-

исшествиях, когда грудная клетка водителя ударяется о руль или травмируется ремнём безопасности.

#### Травматическая асфиксия

Течение травм груди имеет ряд специфических особенностей, связанных с анатомо-физиологическим строением этой части тела. Жизненно важные органы и крупные кровеносные сосуды груди заключены в костный каркас (грудина, ребра, позвоночник), который имеет защитную функцию, но может и сам вызывать их повреждения.

При внезапном сдавлении груди (например, при прижатии автомобилем к стене) возникает травматическая асфиксия. В условиях рефлекторного спазма голосовой щели резко повышается внутригрудное давление и наступает затруднение оттока крови по системе верхней полой вены из верхней половины тела в правые отделы сердца. Это приводит к выраженному застою крови в венозной сети головы, шеи и надплечья, сопровождающемуся разрывом капилляров, мелких сосудов и образованием мелкоочечных кровоизлияний в мягких тканях, в том числе в коже и слизистых, субконъюнктивально (характерно для травматической асфиксии, что под плотным участком одежды, например бюстгалтером, внутрикожных кровоизлияний нет).

Травматическая асфиксия в первые часы и дни после травмы сопровождается развитием тяжёлого состояния и острой дыхательной недостаточности.

#### Пневмоторакс

В плевральной полости в норме существует отрицательное давление, обеспечивающее расправление лёгких. Поэтому при закрытых травмах груди с повреждением лёгкого или бронха воздух поступает в плевральную полость и лёгкое спадается (возникает закрытый или напряжённый пневмоторакс).

Воздух попадает в плевральную полость при повреждении висцеральной плевры, лёгочной паренхимы и воздухоносных путей отломками рёбер и/или значительным резким повышением давления в трахеобронхиальной системе в результате высокоэнергетического механического воздействия на грудную стенку при рефлекторном смыкании голосовых связок.

При закрытом пневмотораксе лёгкое частично или полностью спадается, лёгочно- и/или бронхоплевральное сообщение отсутствует.

При открытом внутреннем пневмотораксе лёгкое частично или полностью спадается, но существует функционирующее лёгочно- и/или бронхоплевральное сообщение, через которое вдыхаемый воздух осуществляет маятникообразные движения между здоровым лёгким и плевральной полостью как «мёртвым пространством». Возникают гиперкапния, гипоксемия и острая вентиляционная дыхательная, а позже и острая сердечно-сосудистая недостаточность.

При клапанном (напряжённом) пневмотораксе повреждённые ткани лёгкого и/или

бронхов выполняют роль вентиля, препятствующего выходу вдыхаемого воздуха из плевральной полости, что приводит к быстрому нарастанию давления в плевральной полости и жизнеугрожающим нарастающим острой вентиляционной дыхательной и острой сердечно-сосудистой недостаточности за счёт коллабироваия лёгкого, смещения средостения в противоположную сторону, уменьшения объёма здорового лёгкого, сдавления и перегиба магистральных сосудов средостения, прежде всего полых вен с дефицитом венозного притока крови к сердцу.

#### Гемоторакс

Закрытое повреждение паренхимы лёгких сопровождается скоплением крови в плевральной полости (гемоторакс). При повреждении крупных сосудов груди или артерий грудной стенки, которые являются ветвями аорты и подключичной артерии, возникает продолжающееся внутриплевральное кровотечение.

Свернувшийся гемоторакс. Кровотечение в плевральную полость может возникнуть практически при любом повреждении тканей грудной стенки или внутригрудных структур. Кровь, попадающая в плевральную полость, подвергается движению диафрагмы и лёгкого, что приводит к дефибрированию крови с выпадением фибрина и образованием свёртков. В течение нескольких часов после прекращения кровотечения начинается лизис существующих тромбов плевральными ферментами. Однако когда произошло моментное излитие большого количества крови или вследствие посттравматического нарушения функции париетальной плевры, высокой общей коагуляционной активности крови, повышенной активности коагулирующих факторов в содержимом плевральной полости, обусловленных поступлением тромбопластина из повреждённых тканей, лизис сгустка неполон, образование свернувшегося гемоторакса (СГТ) неизбежно. Фибрин и скопившиеся в полости сгустки плевры организуются с последующей адгезией к плевральным листкам. К 7-му дню наблюдается ангиобластическая и фибробластическая пролиферация, что приводит к образованию массивных фиброзных наслоений как вокруг спавшегося лёгкого, так и на листках изменённой париетальной плевры. Исходами свернувшегося гемоторакса являются полная спонтанная реабсорбция в течение нескольких недель, прогрессирующее до фибротракса и развития ригидного лёгкого или инфицирование с возникновением эмпиемы плевры.

Свернувшийся гемоторакс формируется в течение 1-2 суток после остановки кровотечения в плевральную полость при закрытой травме груди. Образованием сгустков в нижних или задне-нижних отделах плевральной полости способствуют поздняя диагностика и позднее устранение гемоторакса, неадекватное дренирование и длительное нерасправление лёгкого.

*(Продолжение следует.)*

*(Окончание.)*

*Начало в № 7 от 22.02.2023.)*

Не рекомендуется проведение открытой репозиции и накостного остеосинтеза пациентам с переломами пяточной кости со смещением при наличии пузырей, фликтен, выраженного отёка нижних конечностей, нарушениях целостности кожных покровов, а также относящихся к красной зоне по шкале ABCDEF. Таким пациентам рекомендуется закрытая малоинвазивная репозиция при отсутствии абсолютных противопоказаний к операции.

Оперативное лечение пациентам, относящимся к жёлтой и красной зонам по шкале ABCDEF, должно быть отложено до заживления кожных покровов и спадения отёка мягких тканей. При выраженном отёке мягких тканей открытое оперативное вмешательство целесообразно отложить на 7-21-е сутки до спадения посттравматического отёка и заживления кожных покровов. Появление морщинистости кожи – признак, позволяющий судить о готовности мягких тканей к операции. Если заживление кожных покровов превышает эти сроки, целесообразно поднимать вопрос о консервативном лечении перелома.

Рекомендовано в послеоперационном периоде всем пациентам с переломами пяточной кости, которым выполнялось оперативное лечение, проводить рентгенографию стопы в прямой, боковой и при необходимости в дополнительных проекциях с целью контроля эффективности оперативного лечения.

**Антибактериальная профилактика.** Рекомендуется у всех пациентов с переломами пяточной кости, которым выполнялось оперативное лечение, и пациентам с открытыми переломами пяточной кости независимо от выбора метода лечения,

# Перелом пяточной кости

## Клинические рекомендации

проводить антибактериальную профилактику с целью снижения риска инфекционных осложнений.

Рекомендовано проведение ПАП (периоперационная антибиотикопрофилактика) в течение 24 часов всем пациентам с переломом пяточной кости, которым проводилось оперативное лечение, для купирования риска инфекционных осложнений.

**Обезболивание.** Специальные алгоритмы для обезболивания при переломах пяточной кости не разработаны и в литературе не описаны.

Рекомендовано обезболивание НПВП в соответствии с утверждёнными порядками их применения, соответствующими дозировками и сведениями аллергоанамнеза пациента всем пациентам с переломами пяточной кости с целью купирования болевого синдрома.

**Диетотерапия.** Рекомендовано назначение общей восстановительной диеты всем пациентам, которым поставлен диагноз перелом пяточной кости, за исключением пациентов с сопутствующими заболеваниями терапевтического профиля, требующими коррекции диеты, с целью восстановления организма после травмы и дополнительного стимулирования консолидации перелома.

Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных

на использовании природных лечебных факторов.

Рекомендуется проведение медицинской реабилитации у всех пациентов, получающих лечение по поводу переломов пяточной кости, с целью восстановления после травмы и расширения двигательной активности.

После операции проводится назначение реабилитационной терапии, направленной на раннюю разработку движений в смежных суставах, активизация пациента в пределах отделения, обучение ходьбе с помощью дополнительной опоры (костыли, ходунки) и своевременная смена режима нагрузок на этапах восстановительного лечения.

**Профилактика.** Специальная профилактика для переломов пяточной кости не разработана. Актуальны мероприятия по снижению травматизма, соблюдению техники безопасности в быту и на производстве. Диспансерное наблюдение при переломах пяточной кости не регламентировано.

Рекомендуется проведение ортопедических осмотров в срок 1-2 месяца, 6 месяцев и 1 год с момента получения травмы либо выполнения оперативного вмешательства всем пациентам с переломами пяточной кости с целью динамического контроля за восстановлением пациента и своевременной смены нагрузок.

Физикальные осмотры рекомендуется дополнять контрольной рентгенографией стопы в боковой и прямой проекциях.

#### Организация оказания медицинской помощи

*Показания для госпитализации в медицинскую организацию:*

1. Выраженный болевой синдром, выраженный посттравматический отёк и другие изменения мягких тканей, угроза развития сдавления мягких тканей, необходимость дообследования и оперативного лечения.

*Показания к выписке пациента из медицинской организации:*

1. Регрессирование болевого синдрома, гладко протекающий послеоперационный период, активизация пациента и начало медицинской реабилитации.

**Денис ДАВЫДОВ,**  
начальник операционного отделения  
Центра травматологии и ортопедии  
Главного военного клинического госпиталя  
им. Н.Н.Бурденко Минобороны России,  
доктор медицинских наук.

**Алексей ДЗЮБА,**  
травматолог-ортопед  
НМИЦ травматологии и ортопедии  
им. Н.Н.Приорова.

**Всеволод КАЛЕНСКИЙ,**  
врач травматолог-ортопед  
НИИ скорой помощи  
им. Н.В.Склифосовского,  
кандидат медицинских наук.



## Выбор профессиональной стези

Георгий Несторович родился в ночь с 19 на 20 февраля (по новому стилю) 1873 г. Примечательно, что имеются разночтения – в одних источниках дата рождения отмечена как 19 февраля, в других – 20-е. Объяснение весьма банально: в XIX веке разница старого и нового стиля была 12 дней – 7 (19) февраля, а в XX веке – между старым и новым стилем отличие составляет уже 13 дней – получается 7 (20) февраля. Из книги А.Овчинникова известно, что отец Г.Сперанского служил военным врачом. Благодаря дружбе в школьные годы с братьями Николаем и Всеволодом – сыновьями знаменитого детского врача, основоположника отечественной клинической педиатрии профессора Нила Фёдоровича Филатова и тесному общению с ним выбор будущей профессии пал на медицину. В 1893 г. Г.Сперанский поступил на медицинский факультет Московского университета, по окончании которого в 1898 г. женился на племяннице Н.Филатова Елизавете Петровне, ставшей ему верной супругой, другом и помощницей. В том же году Г.Сперанский поступил в клинику ординатору на кафедру детских болезней университета на базе детской Хлудовской больницы, которую возглавлял Н.Филатов. Георгий Несторович подчёркивал, что влияние Нила Фёдоровича сказалось на всей его жизни, научной деятельности, на отношении к больному и ученикам. Работа в клинике детских болезней Н.Филатова дала большой профессиональный опыт для молодого врача, унаследовавшего славные традиции отечественной педиатрии у своего великого учителя. Именно под влиянием Н.Филатова у Г.Сперанского сформировалось «увлечение специальностью, клиническое мышление и любовь к маленьким пациентам». Эти качества он сохранил в течение всей своей продолжительной профессиональной деятельности.

Прекрасные знания Г.Сперанским иностранных языков (немецкий, английский и французский) оказались полезными в изучении работы зарубежных коллег. В 1904 г. Георгий Несторович отправился в первую научную командировку в Берлин, где прослушал курс лекций по педиатрии, а затем в Вену и Будапешт с целью знакомства с деятельностью местных педиатрических клиник.

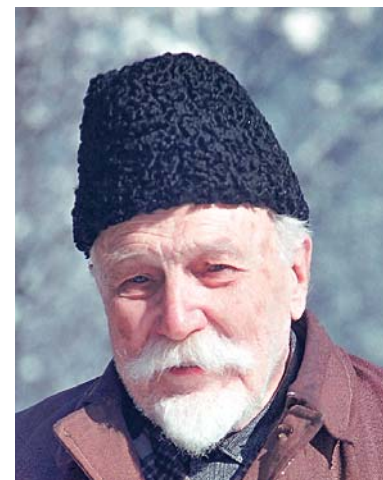
Придавая большое значение работе детского врача в родо-вспомогательном учреждении, Г.Сперанский в 1906 г. принял при-

В феврале исполнилось 150 лет со дня рождения легенды отечественной педиатрии – Георгия Сперанского. Память об этом выдающемся педиатре хранят архивные документы, научные труды учёного, воспоминания коллег и, конечно, его внука, Алексея Адриановича Овчинникова – сына младшей дочери Г.Сперанского Натальи Георгиевны.

А.Овчинников – достойный внук своего знаменитого деда, продолжил медицинскую династию Сперанских. Он – доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, эндоскопист, специалист по диагностике заболеваний бронхолегочной системы и желудочно-кишечного тракта. Владея английским и немецким языками,

является членом правления Международной ассоциации бронхо-эзофагологов, членом-корреспондентом Американской бронхо-эзофагологической ассоциации, членом Европейского респираторного общества, сотрудником Американского колледжа врачей по пульмонологии и торакальной хирургии. Имеет звание кандидата в мастера спорта по горным лыжам.

Профессор А.Овчинников посвятил своему незабвенному деду замечательную книгу «Главный детский доктор». Перечитывая страницы посвящения, рассматривая семейные фотографии, документы, понимаешь, какой долгий, сложный, заслуживающий глубокого уважения жизненный и профессиональный путь прошёл Георгий Несторович – незаурядный человек, талантливый педиатр и учёный.



Г.Сперанский

цами районов. Кроме того, Георгий Несторович, будучи активным и деятельным человеком, организовал в годы Первой мировой войны в Александро-Маринском институте благородных девиц, где он работал школьным врачом, госпиталь для раненых.

После Февральской революции 1917 г. на заседании Московского общества борьбы с детской смертностью была избрана комиссия во главе со Г.Сперанским для решения вопроса по реорганизации Императорского Московского воспитательного дома, открытии курсов по подготовке детских медсестёр и воспитательниц, разработке мероприятий по снижению детской смертности. Однако Октябрьская революция изменила все планы.

Книга профессора А.Овчинникова и откровенные, интересные беседы с ним проливают свет на малоизвестные страницы семейной жизни Г.Сперанского.

## Малоизвестные страницы жизни

Осенью 1918 г. грозивший Москве голод заставил семью Сперанских, имевших к тому времени четырёх детей, уехать в Одессу к брату Елизаветы Петровны – известному офтальмологу Владимиру Филатову. В связи с отсутствием вакантной должности по специальности и финансовыми трудностями Георгий Несторович вынужден был работать препаратором на кафедре патологии в Одесском медицинском институте и даже подрабатывать сапожником. В конце 1919 г. Г.Сперанский переехал в Майкоп, где ему предложили возглавить школьно-санитарный подотдел здравотдела Майкопского ревкома, а в августе 1920 г. его избрали профессором кафедры детских болезней медицинского факультета Кубанского университета в Екатеринодаре (ныне Краснодар).

В тот период жизни в семье Сперанских произошли два тра-

## Память

# Легенда отечественной педиатрии

## К 150-летию со дня рождения Георгия Сперанского



Студенты медфакультета Московского университета (во 2-м ряду слева Г.Сперанский, 1897)

## Увлечения

В дореволюционной России у молодого частнопрактикующего доктора была финансовая возможность приобрести недвижимость, поэтому семья Сперанских по-

года там построили двухэтажный деревянный дом с верандой, недалеко от платформы Влахернская, мимо которой проходила поездка Савёловской ветки Ярославской железной дороги. На дачном участке Георгий Несторович занимался со своим старшим братом Михаилом Несторовичем садоводством и огородничеством, выращивая овощи, фрукты и ягоды. Со временем у них образовался прекрасный сад, где росли яблони, слива, вишня, малина, смородина.

Г.Сперанский, научившись в юности на даче у Филатовых в Кунцево играть в теннис, стал отличным теннисистом-любителем, поэтому вскоре после окончания строительства дома рядом сделал замечательный теннисный корт, который существует и в настоящее время и на котором играют современные любители этого вида спорта.

Зимой Георгий Несторович любил кататься на лыжах в окрестностях дачи. Вместе со старшим братом Михаилом они часто по выходным отправлялись на лыжные прогулки. По сей день на даче стоят лыжи Г.Сперанского, привезённые им из Финляндии в 1910 г.

На дачу, ставшую любимым местом времяпрепровождения всей семьи, нередко навещались гости Сперанских, которые совершали прогулки по живописной местности, собирали грибы, купались, играли в теннис на корте.

У Г.Сперанского также была на даче мастерская с токарным станком, старинным верстаком, столярными инструментами, многие из которых он привёз из-за

границы. Георгий Несторович любил столарничать. В мастерской он чинил дачную мебель, рукоятки ножей, делал поделки-фигурки, плёл корзинки. А научил его этому ещё в молодости денщик отца.

## Человек деятельный

Возвращаясь к рассказу о профессиональной деятельности Г.Сперанского, хотелось бы напомнить, что в 1907 г. он открыл на улице Лесной первую в Москве консультацию для новорождённых и детей раннего возраста, в 1910 г. – первый в России небольшой стационар для детей до 2 лет. В 1912 г. на благотворительные средства он организовал в Пресненском районе Москвы, где проживали многодетные рабочие семьи, нуждавшиеся в бесплатной медицинской помощи, лечебницу, названную «Дом грудного ребёнка», в состав которой входили консультация, стационар для детей раннего возраста, молочная кухня и показательная выставка по уходу, воспитанию и вскармливанию грудного ребёнка. Когда началась Первая мировая война, Дом грудного ребёнка стал принимать детей-сирот и беженцев из оккупированных нем-



На велосипеде Георгий Несторович ездил в имение Трубецких «Узкое», где работал репетитором (1898)



В гостях у Сперанских Святослав Рихтер (в 1-м ряду справа, 1950-е годы)

глашение известного московского акушера Александра Николаевича Рахманова консультировать новорождённых. Среди сохранившихся документов в книге А.Овчинникова имеется справка от 6 сентября 1907 г. о назначении Г.Сперанского в качестве врача-консультанта по детским болезням в родильный дом им. А.А.Абрикосовой. Так он стал первым в России педиатром-неонатологом.

сле рождения третьего ребёнка решила иметь собственную дачу, которая сохранилась до наших дней и о которой нам любезно рассказал Алексей Адрианович. История дачи начинается с покупки в 1906 г. Сперанскими у графа Головина участка земли размером около двух гектаров в посёлке Деденёво на берегу реки Икши в Московской области. В течение



гических события: 16-летний сын Николай был расстрелян «красными», а старшая 19-летняя дочь Екатерина пропала, отправившись с рыбаками на поиски пропитания. Оказавшись без документов в Константинополе (ныне Стамбул), она случайно познакомилась с молодым офицером британского экспедиционного корпуса, который, влюбившись в неё, тайно, в трюме военного корабля, вывез её в Англию. Лишь два года спустя семья Сперанских получила радостную весть о том, что их старшая дочь жива, что она вышла замуж и у неё есть маленький сын. В 1923 г. во время заграничной командировки по изучению организации охраны материнства и младенчества (ОММ) в Германии и Англии Георгию Несторовичу удалось встретиться с Екатериной.

В 1921 г. его вызвала в Москву заведующая отделом ОММ Наркомздрава РСФСР Вера Лебедева для работы в отделе ОММ Наркомздрава и одновременно в Доме охраны младенца в качестве старшего врача 13-го отделения для тяжелобольных детей. По воспоминаниям коллег А.Баландер и М.Пуковской, в тот же период времени губздравоотдел Нижнего Новгорода при-



**Г.Сперанский (в середине) с Всеволодом Ниловичем и Владимиром Петровичем Филатовыми**



**Георгий Несторович и профессор И.Цимблер осматривают больного с врачами-курсантами ЦИУВ**

гласил Г.Сперанского на работу в качестве консультанта учреждений ОММ, а кафедра детских болезней медицинского факультета Нижегородского университета избрала его на должность профессора.

### Вдумчивый реформатор и организатор

По инициативе Г.Сперанского и при активном участии В.Лебедевой Дом охраны младенца путём слияния с Институтом акушерства реорганизуется в Государственный научный институт охраны материнства и младенчества, положение о котором было утверждено 10 ноября 1922 г. на заседании коллегии Наркомата здравоохранения. Профессор Г.Сперанский был назначен первым директором этого учреждения и руководителем терапевтического отделения, созданного из клинического отделения Дома охраны младенца. В 1925 г. он возглавил первую в стране кафедру патологии раннего детского возраста, сотрудники которой занимались проблемами детского питания, расстройствами пищеварения, острыми детскими инфекциями, разработкой профилактических мер по борьбе с детской смертностью.

В 1922 г. Георгий Несторович основал «Журнал по изучению раннего детского возраста», который через 12 лет, в 1934 г., стал издаваться под названием «Советская педиатрия», затем «Педиатрия», и был его бессменным главным редактором. С 1973 г. журнал носит имя Г.Сперанского.

В 1931 г. Георгий Несторович получил кафедру болезней детей раннего возраста в Центральном институте усовершенствования врачей (ЦИУВ). Покинув пост директора Института ОММ, он остался его научным руководителем и заведующим сектором лечебной помощи детям. В ЦИУВ Г.Сперанский

проводил большую работу по повышению квалификации врачей, подготовке по различным разделам педиатрии и воспитания детей. Среди многочисленных учеников Георгия Несторовича насчитывается 15 профессоров и около 40 кандидатов медицинских наук.

В 1930-е годы Г.Сперанский одним из первых высказался о необходимости изучения теоретических вопросов возрастной анатомии, физиологии, патологии, фармакологии и предложил включить в план научных работ, в педиатрическую практику объединение детей различных возрастов от 0 до 14 лет. Так, его кафедра болезней детей раннего возраста в ЦИУВ была переименована в 1939 г. в кафедру педиатрии, а Центральный институт ОММ в 1940 г. преобразован в Институт педиатрии.

В личном деле Г.Сперанского сохранилась характеристика, подписанная профессорами Ю.Домбровской, И.Цимблером, А.Доброхотовой, высоко ценивших научную деятельность учёного. Они отмечали, что Г.Сперанский создал оригинальную советскую педиатрическую школу, основанную на исследовании возрастных аспектов патогенеза, клинике и лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта, дыхательных путей, острых и хронических инфекций у детей. Под его руководством впервые разработаны новые подходы к вопросам воспитания детей раннего возраста, включая недоношенных, созданы новые формы организации детского здравоохранения.

### Страна оценила

В 1930-е годы Г.Сперанский уже являлся широко известным в стране, авторитетным учёным-педиатром. В своей автобиографии Георгий Несторович написал, что в 1934 г. он получил звание заслуженного деятеля науки,

в 1936 г. награждён значком «Отличнику здравоохранения», назначен председателем экспертной комиссии лечпрофпомощи детям при учёном совете Наркомздрава СССР и избран председателем правления Всесоюзного общества детских врачей, в 1939 г. – депутатом Московского горсовета трудящихся.

Будучи самым знаменитым и популярным в Москве детским врачом, Г.Сперанский был приглашён главным консультантом по педиатрии в Лечебно-санитарное управление Кремля (специальный орган правительственной медицины). Он являлся лечащим врачом дочери Сталина, детей членов Правительства страны и Политбюро компартии. Пользуясь своим авторитетом, положением, Георгий Несторович считал необходимым помочь своему любимому старшему брату, известному филологу-славяноведа, действительному члену Академии наук СССР Михаилу Несторовичу в связи с его арестом по подозрению в антисоветской деятельности по сфабрикованному, так называемому делу славистов. После обращения Георгия Несторовича к Сталину с просьбой разобраться, ссылку в Уфу брату заменили на домашний арест, под которым Михаил Несторович находился до последних дней своей жизни (1938).

В годы Великой Отечественной войны Г.Сперанский по направлению Наркомата здравоохранения был эвакуирован с семьёй в город Молотов (ныне Пермь), где с августа 1941 г. до ноября 1942 г. работал консультантом в железнодорожной больнице и других детских лечебно-профилактических учреждениях, занимаясь повышением квалификации местных педиатров. В Молотове он проводил исследования по поиску заменителей молока, созданию детских смесей для детей с дистрофией, разрабатывал меры профилактики дистрофии, написал клинический очерк «Гипотрофия детей раннего возраста. В помощь педиатру и участковому врачу», а также главу в руководстве по клинической фармакологии «Применение лекарственных средств у детей».

По возвращении из эвакуации в Москву он продолжил трудиться в Институте педиатрии и на кафедре педиатрии ЦИУВ, занимаясь лечебной, научной, педагогической и административной работой.

За свой безупречный труд по оказанию помощи детям в годы Великой Отечественной войны Г.Сперанский в 1942 г. удостоен ордена Ленина, в 1945 г. – ордена Трудового Красного Знамени. В 1943 г. его избрали членом-корреспондентом Академии наук СССР, а в 1945 г. – действительным членом Академии медицинских наук СССР. В 1947 г. он вновь награждён орденом Ленина в связи с 25-летним юбилеем Института педиатрии. Всего за годы своей профессиональной деятельности он получил четыре ордена Ленина



**Георгий Несторович с братом Михаилом на лыжной прогулке (1910-е годы)**



**На обходе в клинике**

и два ордена Трудового Красного Знамени.

### Трудился до последних дней

В послевоенный период (1948-1951 гг.) Г.Сперанского вновь назначили директором Института педиатрии АМН СССР. В личном деле Георгия Несторовича сохранилось письмо В.Лебедевой, в котором она обращалась к правительству с ходатайством о присвоении Г.Сперанскому звания Героя Социалистического Труда в связи с тем, что он «50 лет своей жизни отдал укреплению фронта



**С внуком Алёшей**

педиатрии, из которых 30 посвятил советской педиатрии». Этого звания он был удостоен лишь 10 лет спустя.

Г.Сперанский возглавлял Всесоюзное общество детских врачей в течение 24 лет и в возрасте 89 лет передал этот пост профессору Ю.Домбровской, оставаясь почётным председателем и членом правления до конца своих дней. Он утверждал, что «состоять членом общества – это честь, за которую надо бороться, которой надо до-

рожить», что заседания научного общества «расширяют кругозор врачей и пополняют их знания, позволяют им обмениваться мнениями, будят критическую мысль и стимулируют поиски новых знаний».

В 1951 г. Г.Сперанский обратился с заявлением к президенту АМН СССР академику Н.Аничкову с просьбой об освобождении по состоянию здоровья от занимаемой должности директора Института педиатрии. Пост руководителя института он покинул, но остался его научным консультантом. В 1958 г. его постигла тяжёлая утрата – умерла любимая супруга Елизавета Петровна. В 1962 г. Георгий Несторович ушёл на пенсию. В 1963 г. медицинская общественность поздравила главного детского доктора с 90-летним юбилеем. Жизнь великого отечественного учёного, посвятившего себя педиатрии, закончилась 14 января 1969 г. В том же году Г.Сперанскому посмертно было присвоено звание лауреата Ленинской премии за исключительную деятельность по значительному снижению младенческой смертности (с 270 до 25 на 1000 родившихся живыми).

Таким образом, жизнь и профессиональная деятельность корифея отечественной педиатрии Георгия Несторовича Сперанского прошла на стыке двух эпох – российской дореволюционной и советской. На его долю выпала сложнейшая миссия – быть нравственным и культурным мостом между до-

революционной и советской педиатрии, которой он передал лучшие традиции дореволюционной отечественной медицины.

Яркую, многолетнюю и многогранную жизнь Г.Сперанского точно описал его внук А.Овчинников: «Он родился и поступил в гимназию при Александре II, учился на медицинском факультете Московского университета во время царствования Александра III, получил диплом врача и стал работать детским доктором при Николае II. Революцию он встретил, будучи уже опытным педиатром и зрелым 44-летним человеком. Через месяц после смерти Ленина ему исполнился 51 год. Академиком он стал при Сталине, ко дню смерти которого ему уже минуло 80 лет. Золотую звезду Героя Социалистического Труда ему вручил Хрущёв, а когда генсеком стал Брежнев, деду было уже 93 года. Умер он в возрасте 96 лет, пережив трёх царей и четырёх коммунистических лидеров, четыре войны и две революции, репрессии 30-х годов и оттепель 60-х и вылечив за свою долгую жизнь бесчисленное множество детей разного возраста из различных социальных слоёв».

**Стелла ШЕР,**  
главный научный сотрудник  
НИИ педиатрии и охраны здоровья  
детей Научно-клинического  
центра № 2  
Российского научного центра  
хирургии им. Б.В.Петровского,  
доктор медицинских наук.

Фото из архива  
А.ОВЧИННИКОВА.



Перспективное  
сотрудничество

Коллектив Астраханского государственного медицинского университета принял делегацию из Китая, представляющую фирму из провинции Гуйчжоу Zhongben Education Consulting Co.

Господин Чжан Пэнью и госпожа Цзи Сяохуань посетили федеральный аккредитационный центр университета, в котором созданы все организационные, учебно-методические и материально-технические условия для повышения качества подготовки обучающихся университета в части освоения практических навыков и профессиональных компетенций. Также здесь проводится первичная и периодическая аккредитация специалистов, для реализации которой центр оснащён необходимым оборудованием. Руководитель центра, доцент, кандидат медицинских наук Руслан Фалчари продемонстрировал гостям новейшие образцы оборудования, используемого для обучения студентов.

Новую симуляционную клинику на базе научно-образовательного комплекса вуза представила ректор Астраханского ГМУ профессор Ольга Башкина и начальник Управления по лицензированию, аккредитации и контролю качества Елена Овсянникова.

– Симуляционная клиника – учебно-виртуальный комплекс коллективного доступа. На манипуляторах можно оттачивать навыки коллективной работы, что особенно важно для таких клинических областей, как хирургия, акушерство и гинекология, где от правильно выстроенного взаимодействия врачей и младшего сестринского персонала зависит успех операции, – отметила О. Башкина.

Иностранцы обучающиеся университета продемонстрировали гостям навыки работы на интерактивных тренажёрах клиники.

Гости также посетили стоматологические кафедры университета, где есть свой симуляционный центр.

Представителей Китая на кафедре анатомии встретили профессор по международной и межрегиональной деятельности, заведующая кафедрой, доктор медицинских наук Лариса Удочкина и начальник международного отдела кандидат филологических наук Елена Гагарина. Л. Удочкина провела интересную экскурсию по кафедре и анатомическому музею, представив новое инновационное оборудование, на котором обучают будущих медиков, и рассказала посетителям историю о происхождении некоторых музейных экспонатов и муляжей.

Господин Чжан Пэнью и госпожа Цзи Сяохуань высоко оценили образовательный потенциал университета и наметили конкретные планы на перспективное сотрудничество в сфере образования и науки.

## Марокко – Саратов

Генеральный партнёр Саратовского государственного медицинского университета – организация «РАКУС», которая занимается продвижением, популяризацией университета за рубежом и отбором на обучение иностранных студентов, представила Саратовский ГМУ руководителям департаментов Министерства высшего образования, научных исследований и инноваций, Министерства национального образования и спорта и Министерства иностранных дел Марокко.

На встрече стороны обсудили вопросы сотрудничества в области высшего образования, обменялись мнениями, а также рассмотрели предложения, представляющие взаимный интерес. Например, участие СГМУ и представителей системы образования Марокко в саммите «Россия – Африка», который пройдёт в июле 2023 г. в Санкт-Петербурге.

Профессорско-преподавательским составом СГМУ реализуется большое количество медицинских образовательных программ, в том числе и на иностранных языках. Особый интерес абитуриентов из Марокко вызывают программы на французском языке. Специализированная международная образовательная выставка «Обучение за рубежом – 2023», которая ежегодно проводится под патронажем короля Марокко Мухаммеда VI, в очередной раз это подтвердила. Её посетили как сотни абитуриентов, заинтересованных в получении высшего образования

дента Российского союза ректоров академик РАН Виктор Садовничего с генеральным секретарём Ассоциации арабских университетов профессором Султаном Абураби.

## Синергетический эффект

Четыре университета из России и Казахстана создали международный консорциум. В состав международного объединения, созданного по инициативе Казанского государственного медицинского университета им. С.В. Курашова, вошли Севе-

международному сотрудничеству Медицинского университета Караганды Виктор Риклефс и заместитель председателя правления по академической и воспитательной работе медицинского университета Семья Жанаргуль Смаилова рассказали об опыте коллективов своих университетов по разработке и внедрению интегрированных образовательных программ.

Казахстан в 2019/2020 учебном году перешёл на новые стандарты медицинского образования, включая реализацию интегрированных программ. В этой программе интернатура и магистратура введены

участие в конкурсе Университета Иннополис. Свой стартап они назвали SSC\_MED – Student Surgical Club.

– В отличие от свиной кожи тренажёр лучше имитирует кожу человека, на нём мы тренируем ребят. Он достаточно прочный, растягивается и долго не рвётся. Существует несколько вариантов с различными разрезами. Его можно использовать, чтобы шить не только руками, но и с помощью манипуляторов, в стойке и под микроскопом, – рассказал руководитель кружка эндовидеохирургии Тюменского ГМУ Егор Вириясов.

По словам А. Цыгельника, сейчас ведётся работа по расширению производства хирургических тренажёров, разработчики также организуют систему сбыта. Не забывают и о конкурентах. Чтобы выиграть борьбу за покупателя, студенты находятся в постоянном поиске идей по усовершенствованию своей продукции.

Трёхмерная система  
визуализации

В клинике оториноларингологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова выполнены первые операции с использованием системы трёхмерной визуализации.

В 2023 г. в клинику оториноларингологии поступила современная трёхмерная система визуализации для открытой хирургии с минимальным доступом, которая совмещает в себе плюсы микроскопа и классического видеозэндоскопа. Это позволяет обучающимся по программе ординатуры наблюдать за операцией с тем же качеством изображения, что и хирург, а для врача обеспечивает более комфортную работу во время операции. Так, 13 января пациенту с посттравматической перфорацией барабанной перепонки в клинике оториноларингологии впервые была выполнена тимпанопластика с установкой титанового протеза слуховых косточек в условиях трёхмерной визуализации.

Во время работы изображение операционного поля захватывается специальной стереокамерой и отправляется на 3D-монитор. Хирург смотрит на экран через специальные очки, при этом видит объёмное изображение подобно тому, как в кинотеатре смотрят 3D-фильмы. Система предоставляет неограниченный и увеличенный обзор операционного поля, а изображение характеризуется высокой глубиной резкости, оптимальным увеличением, хорошей контрастностью и отличной цветопередачей. Это, по словам врачей, не только позволяет контролировать мельчайшие детали зоны интереса оперирующей бригады, но и помогает погрузить в процесс остальных присутствующих в операционной.

Трёхмерная система визуализации для открытой хирургии с минимальным доступом впервые в России была протестирована на кафедре оториноларингологии Военно-медицинской академии около 3 лет назад и получила отличные отзывы хирургов. Теперь эта система будет использоваться для операций в клинике на постоянной основе.

Итак, операции с использованием трёхмерной визуализации несомненно начинают новую страницу в развитии лор-дисциплины, а также оптимизируют обучающий процесс, переводя формат из «за спиной хирурга» к «вместе с хирургом». Новое оборудование при оптимальной эргономии не только позволяет развивать пространственное мышление у обучающихся, но и в полной мере оценить многоуровневость, объём, глубину операционного поля за счёт 3D-изображения, что повышает качество оказания медицинской помощи.

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

## В медицинских вузах страны

Территория науки  
границ не имеет

в России, так и родные и близкие тех, кто уже учится в СГМУ. В настоящее время в университете обучается более 120 граждан Марокко.

– В университете мы постоянно создаём и совершенствуем комфортную языковую среду для эффективного обучения всех наших студентов, – заметил в беседе с корреспондентом «Медицинской газеты» ректор СГМУ профессор Андрей Ерёмин. – Многие африканские студенты изучают русский язык на подготовительном факультете и потом поступают в университет, другая часть студентов поступает на программу с билингвальным обучением на английском и русском языках по специальности «лечебное дело». Также уже второй год ведём обучение по специальности «фармация» на французском и русском языках, данное направление пользуется спросом у франкоговорящих студентов.

## В числе ведущих университетов

Сибирский государственный медицинский университет вступил в Федерацию российских и арабских университетов, в составе которой уже 70 ведущих университетов России и стран арабского мира.

Партнёрами СибГМУ по Африке стали университеты Алжира, Египта, Иордании, Ирака, Йемена, Ливии, ОАЭ, Саудовской Аравии, Сирии, Сомали и Палестины. Вступление в федерацию позволит Сибирскому ГМУ сформировать и укрепить партнёрские связи в области международного образования и рекрутинга. Учёные вуза получили теперь уникальную возможность проводить сетевые исследования и участвовать в программах академической мобильности, конференциях и форумах, организуемых федерацией.

– Вступление в международную федерацию, членами которой являются престижные арабские университеты, занимающие высокие позиции в международных рейтингах, является отличным шагом на пути к выстраиванию новых партнёрских отношений, а также эффективному позиционированию СибГМУ на международной академической арене. Быть частью крупнейшей международной федерации – отличный стимул к развитию, поиску новых исследовательских направлений, а также прекрасная мотивация для изучения и внедрения лучших образовательных практик наших партнёров у себя, – сообщила руководитель центра международного развития и партнёрства Екатерина Плешкова.

Меморандум о создании Федерации российских и арабских университетов был подписан 16 мая 2017 г. на встрече прези-



Стартап от команды студентов-изобретателей Тюменского ГМУ

ро-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Медицинский университет Караганды (Республика Казахстан), Медицинский университет Семей (Республика Казахстан).

На недавнем заседании совета консорциума по реализации проекта «Проектирование и внедрение интегрированной образовательной программы», прошедшем в онлайн-режиме, с докладами выступили первый проректор Казанского ГМУ Лайсан Мухарямова, проректор по стратегическому развитию и международному сотрудничеству медицинского университета Караганды Виктор Риклефс, начальник учебного управления Северо-Западного ГМУ им. И.И. Мечникова Захар Лопатин.

– Эта первая встреча является началом плодотворной совместной работы, – отметила Л. Мухарямова. – Наш консорциум позволит поделиться лучшими практиками каждого вуза и создаст синергетический эффект, который поможет максимально эффективно разрабатывать новые инновационные программы обучения. Казанский ГМУ в рамках Программы развития университета и реализации программы стратегического академического лидерства «Приоритет-2030» в 2023 г. приступил к реализации интегрированной программы для одной группы студентов 3-го курса, обучающихся на английском языке. Реализация программы основана на проблемно-ориентированном подходе, осуществляется по принципам «раннего клинического включения» и командной работы living and learning community (учимся и живём вместе), когда все студенты, включённые в проект, заселены в одно общежитие, им предоставлено специальное помещение для командной работы во внеучебное время, – подчеркнула Л. Мухарямова.

В ходе заседания проректор по стратегическому развитию и

в единую 6-летнюю программу базового обучения вместо действующей программы «5 (бакалавриат) + 2 (интернатура)». По окончании 6 лет выпускнику будет выдаваться диплом о высшем образовании MD/+MSc, что означает присуждение степени магистра и присвоение квалификации врача.

Участники заседания наметили планы работы консорциума, включая и создание учебников и учебно-методических материалов, организацию совместных конференций, академическую мобильность преподавателей.

## Новый тренажёр для хирургов

Специальный силиконовый тренажёр используют будущие хирурги Тюменского государственного медицинского университета для отработки практических навыков. Его разработали и изготовили студенты университета Андрей Цыгельник, Константин Яковенко и Гюндуз Мамедов.

– Занимаясь в хирургическом кружке, мы столкнулись с вопросом, на чём учиться выполнению хирургических швов. Обычно у студентов в ход идут свиная кожа, фрукты и другие подручные средства. Они неудобны и не могут в полной мере имитировать кожу человека. Вместо того, чтобы приспособливаться, мы создали свой тренажёр из материала, приближенного к нужным характеристикам. От товаров конкурентов наш «коврик» отличается составом и разрезами. Мы использовали двухкомпонентный силикон – материал прочный, но мягкий, – рассказал соавтор разработки, студент 4-го курса А. Цыгельник.

При проектировании своего тренажёра авторы консультировались с пластическими хирургами. Получившийся прототип опробовали и одобрили сокурсники разработчиков, а в июле 2022 г. тюменские студенты выиграли грант на развитие проекта, приняв



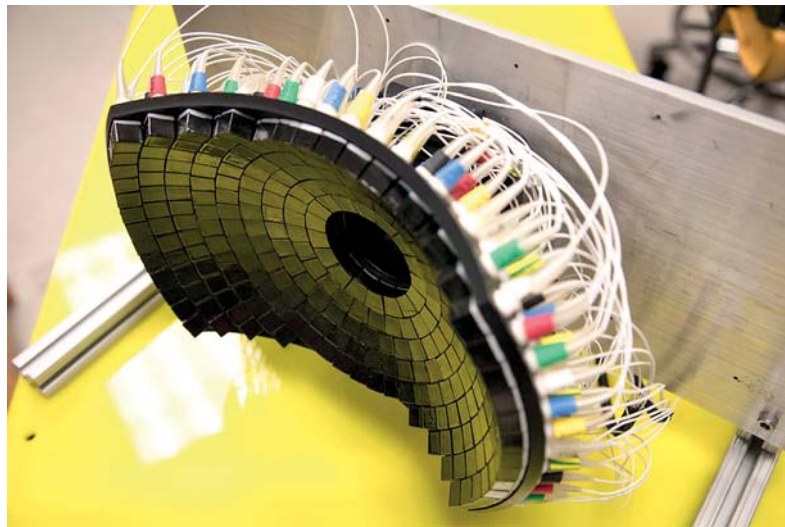
Исследования

# От Рауса до CART

В анналах истории сохранилось фото Френсиса Пейтона Рауса молодого сотрудника Рокфеллеровского института в Нью-Йорке с курицей на руках. Птицу породы плимутрок с чёрно-белыми полосками оперения принесли в институт владельцы птицефабрики в пригороде бурно растущего мегаполиса, потому что у неё обнаружилась большая опухоль. Наслышанные об успехах в области микробиологии испуганные предприниматели хотели узнать, не передаётся ли болезнь от несушки к несушке.

Никому неизвестный тогда П.Раус пытался выделить возбудителя опухоли, но не преуспел, пока не использовал фарфоровый фильтр с порами, не пропускавшими микробы. В конце 1910 г. одно из медицинских изданий опубликовало его статью, в которой говорилось о некоем фильтрующемся агенте, который не передаётся птицам. Много позже на Рауса ссылался Л.Зильбер, перед войной описавший вирус энцефалита, а после неё заговоривший о раковых вирусах. «Формула» американца противоречила взглядам Зильбера, ратовавшего за канцерогены, которые меняли «поведение» клеточных культур. В 1958 г. было показано, что вирус Рауса способен трансформировать клетки культур, после чего осталось только наградить американца Нобелевской премией...

Что общего между инфицированием клеток хламидией (*C. trachomatis*), вызывающей трахому глаз, беременностью и опухолью? Во всех трёх случаях речь идёт о реакции иммунной системы, ведущей к выводу мощного интерферона-гамма (белкового цитокина, подстёгивающего кинетику деления иммунных лимфоцитов). И эмбрион, и внутриклеточный паразит с опухолью активно сопротивляются иммунной атаке, что ведёт к истощению лимфоцитов, которые в норме активно реагируют на появ-



Ячистое устройство для воздействия на опухоль (например, печени) с помощью ультразвука

ление чужеродных неоантигенов. У хламидии, например, есть особый протеин GARD, который подобно гарде шпала или рапиры отражает удары чужого клинка. Неоантигеном может быть белок, отличающийся от нормального всего одной аминокислотой. Недавно журнал Science представил выявленную в Китае, Канаде и США мутацию в гене регулирующего фактора интерферона (IRF), приводящую к замене аминокислоты треонина на аргинин, в результате чего у семи членов семьи возникли комбинированный иммунодефицит (SI). Дефицит у мышей возникает в результате нарушения связи белка IRF с ДНК, что ведёт к нарушению развития иммунной системы.

В университетах Лейдена и Утрехта показали, что наруше-

ние функции противоопухолевых Т-лимфоцитов, применяемых в иммунотерапии, есть результат дефицита репарации ДНК. Нарушение проявляется уменьшением инфильтрации Т-клеток в опухоль, что снижает эффективность иммунотерапии.

В Гарварде оценили влияние двуцепочечных разрывов ДНК, что ведёт к ускоренному старению клеток. Учёные считают, что это подтверждение их «информационной» теории старения и что налаживание репарации может обратить старение вспять.

Сотрудники Гейдельбергского университета обратили внимание на автономную ритмическую активность в мозговой глиоме (из клеток глии – «клея» белого вещества). Она проявляется в периодических

«пиках» ионов кальция, поступление которых в клетки активирует в норме ферменты цитоплазмы. В глиоме мозга автономный ритм приводит к нарушению клеточных взаимодействий, что способствует инвазивному росту.

Тему ритмов генной активности, сопряжённых с полом и возрастом, продолжили в Политехе Лозанны. Авторы «прочитали» ритмично меняющийся уровень РНК 10-20 образцов тканей, полученных от 914 человек. Пол человека не влияет на ход клеточных «часов», а вот возраст увеличивает риск развития болезней, метаболических расстройств и рака. Известно, что у мышей выключение одного из генов циркадного ритма ведёт к преждевременному старению (прогерии).

Большие надежды, начиная с 1996 г., возлагались на генномодифицированные Т-лимфоциты (CART), с помощью которых получили длительные ремиссии у более чем 20 тыс. человек, страдавших болезнями крови. Одним из примеров является излечение в 2010 г. специалистами Пенсильванского университета мужчины, страдавшего лейкемией. Nature писал, что ремиссия у него продолжается более 10 лет, и он даже принял участие в полумарафоне. Журнал писал и о ибрутинибе, одобренном для лечения лейкемии.

С плотными, или соolidными образованиями особых достижений пока нет, чему есть несколько причин. Во-первых, это трудность инфильтрации Т-лимфоцитов в опухоль, что затрудняет их контакт с изменёнными клетками. Во-вторых, недостаточная продолжи-

тельность пребывания их в крови, а также персонификация (дело в том, что Т-клетки берут у пациента, после чего модифицируют и размножают).

В Университете Сингапура выявили роль ещё одного фермента, который необходим для активации ГМ-лимфоцитов. Речь идёт о двух киназах, которые переносят на белки энергоёмкие фосфатные группы. Первая из них – киназа лимфоцитарных клеток (LCK) – считалась главной мишенью воздействия на CART, однако в Сингапуре считают, что важнее FYN, которая фосфорилирует аминокислоту тирозин (Y). Фермент относится к семейству генов src, мутантную форму которых переносит в клетки вирус саркомы Рауса (CRM).

Неожиданное открытие сделали в Массачусетском технологическом институте. Там показали, что избыток интерферона-гамма ослабляет действие цитотоксических лимфоцитов (CTL) на опухолевые клетки в лёгких и в целом иммунный ответ. Известно, что этот мощный цитокин активирует Т-лимфоциты, и в частности CTL, причину чего, возможно, выяснили в Детском госпитале Мемфиса, штат Теннесси.

Известно, что клетки контактируют друг с другом с помощью синапсов. В Мемфисе показали, что малая эффективность CART связана с молекулярной неорганизованностью и даже хаотичностью формирования синапсов, образуемых белковым рецептором «терапевтического» лимфоцита (натурального киллера) с неоантигеном изменённой клетки. Авторы считают, что более точная «настройка» синапсов должна резко повысить эффективность противоопухолевых иммунных клеток, увеличивая их функциональность. Помогать настройке должны цитокины, и в частности интерферон-гамма, которого в этом случае будет требоваться намного меньше, что снизит побочность действия иммунотерапии (в виде того же цитокинового «шторма») и нежелательных воспалений).

Взгляд

На страну опять «накатывается» ковид, что лишний раз говорит о необходимости широкой иммунизации людей действенными вакцинами. Вполне возможно, что это сезонная вспышка (как грипп). Много говорят и о кори, а в далёкой Африке проводится иммунизация против вируса Эбола. У детей даже развитых стран часто выявляют RSV – респираторный синцитиальный вирус, поражающий слизистую дыхательных путей, вызывая «слияние» – образование синцития – клеток эпителия. Сходный синцитий, только иммунных клеток, вызывает и «подзабытый» ВИЧ, полевые испытания вакцины против которого вселяют надежду на успех.

Ковидная эпидемия совпала по времени с успехами продвинутой биотехнологии, которая давно использует вирусы для внесения в клетки, например с помощью бактериофагов в кишечную палочку (*E. coli*) генов человека, в частности инсулина для диабетиков. Широко применяются и нейротропные – «атакующие» нейроны – аденоассоциированные вирусы (AAV) для целей оптогенетики, позволяющей возбуждать нервные клетки с помощью лазерного луча.

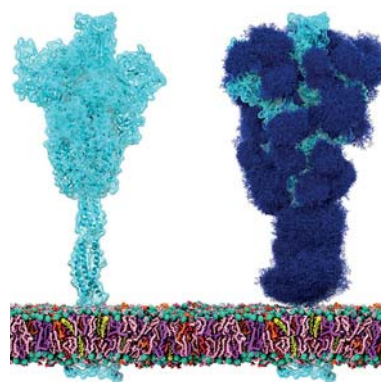
Аденовирусов много, поэтому некоторые из них инфицируют клетки эпителия, перенося при этом в своей полости небольшие гены, кодирующие протеины того же COVID. Разработки этого подхода начались на рубеже геномного миллениума, но затем, с прекращением первой вспышки коронавиральной инфекции, были приостановлены. Задели тем не менее остались, что и позволило довольно быстро создать AAV-

# Вакцины в помощь клеткам

вакцины, широко применявшиеся для частичного обуздания пандемии. В них используется ген спайкового (spike – шип) белка коронавируса (спайки, или шпильки, буквально усеивают поверхность вирусной частицы), который необходим ему для попадания в клетку.

Знакомство иммунных клеток с чужим протеином ведёт к включению иммунного ответа, в ходе которого В-лимфоциты начинают синтезировать защитные антитела, образуются клетки памяти и активные Т-лимфоциты. Последние убивают инфицированные вирусом клетки, что существенно снижает риск развития тяжёлого течения заболевания. Интересно, что тяжесть определяется выбором иммунных протеинов (цитоклинов и интерлейкинов), например интерферона-гамма, что может приводить даже к нежелательному «шторму». Чрезмерная иммунная реакция на вирус ведёт к лёгочным осложнениям, с которыми поначалу пытались бороться с помощью ИВЛ, но довольно быстро вынуждены были отказаться.

Идея с вакциной заключалась в выработке белковых антител против особого участка-домена (RBD – Receptor-Binding Domain), благодаря которому образуется функциональный интерфейс с протеином на поверхности клетки. Соединение RBD-шпильки вирусной оболочки с мембранным рецептором клетки активирует её эндцитоз, то есть «утягивание» COVID в цитоплазму, где он реплицируется в виде сотен новых частиц.



Спайк вируса (слева) и защитный синими гликанами

В начале 2000-х годов было сделано открытие, которое позволило создать первую РНК-вакцину, которая даёт на выходе те же нейтрализующие антитела, но без AAV. Переносчиком, или вектором ген-информации в виде молекулы РНК о спайке служит не вирус, а липосфера, или жировые наночастицы, давно и успешно используемые в косметике и парфюмерии. Использование РНК позволяет быстрее реагировать на появление новых вариантов вируса, например «модификации» того же омикрона.

В Университете Лиссабона задались вопросом продолжительности действенного иммунитета у испытуемых 12 лет и старше. Оказалось, что при вакцинации против вариантов омикрона стабильный ответ на применение гибридной вакцины поддерживается на момент публикации как минимум 8 месяцев. Можно надеяться, что такой же срок будет сохраняться

иммунная защита против вируса Эбола (EBOV), создаваемая вакциной Института здоровья в Вашингтонском пригороде Бетесда. Её полевые испытания проводятся в Уганде, о чём сообщил Lancet. Nature писал и об испытаниях вакцины против вируса Марбурга.

Журнал посвятил большой обзор разработке вакцин следующего поколения против ковида. Необходимость их связана с тем, что RBD вирусных шпилек чрезвычайно изменчив и к тому же «прикрыт» гликанами, т.е. сахарами, закрывающими его от иммунных антител. Один из предложенных подходов связан с генерацией антител против стебелька шпильки, аминокислотный состав которой намного стабильнее. Но помимо спайков у вируса имеются белки оболочки и нуклеокапсида, «одевающего» его РНК. В качестве вектора вирусных генов и протеинов предлагаются наночастицы, переносящие вирусную РНК в своей полости и белка на поверхности. Наночастицы обещают создание гибридных вакцин, которые будут успешнее «следовать» за меняющимся ковидом. Тем самым будет достигаться иммунная защита более широкого спектра действия.

Вакцины первого поколения были направлены в помощь В-клеткам, синтезирующим антитела против вирусных спайков. Но помимо них есть и Т-лимфоциты, которые не менее важны для эффективной защиты организма. Можно напомнить, что иммунный ответ начинается с мечниковских макрофагов, которые предъявляют антигены вирусом иммунным

Т-хелперам, помогающим активировать В и цитотоксические лимфоциты (CTL), а также натуральные киллеры (NK). Реакцию Т-клеток могут усиливать самореплицирующиеся РНК-вакцины, в которых РНК сочетается с геном фермента РНК-полимеразы. Это позволит уменьшить и удешевить производство наночастиц и снизить дозу вакцины, а также её побочный эффект.

В армейском Исследовательском институте, расположенном в Силвер-Спринге, штат Мэриленд, ген вирусного нуклеопротеина переносит с помощью ферритина, посредством которого в клетку переносится железо. Ферритин хорош тем, что путём самосборки образует сферические наночастицы, поверхность которых, подобно вирусу, усеяна спайками. Сочетание двух белков усиливает воздействие на Т-лимфоциты, поскольку железо поглощается всеми клетками организма. Сообщается также, что в мире уже создано 5 назальных вакцин (в том числе и в России), предупреждающих попадание COVID в кровь, обонятельные нейроны и эпителий дыхательных путей.

Подготовил Игорь ЛАЛАЯНЦ, кандидат биологических наук.

По материалам Cell, Cell Reports of Medicine, Immunity, Journal Experimental Medicine, Nature BioTechnology, Science, Science Immunology, Scientist, Lancet Infectious Diseases, Lancet Microbe, Nature.



**Учёные из Гарвардского и Нью-Йоркского университетов предупредили, что инфекции, которые передаются от животных людям, могут спровоцировать следующую пандемию. Они обвиняют власти США в неспособности отслеживать риски на собственной территории.**

Учитывая мрачные предупреждения, касающиеся изменения климата и ядерной угрозы, многие считают, что именно эти события в итоге уничтожат человечество. Но эксперты из Гарвардского и Нью-Йоркского университетов считают, что крупнейшей угрозой остаются зоонозные заболевания – патогены, которые передаются от животных людям.

По их мнению, Америка «принципиально к этому не готова», несмотря на недавнюю пандемию COVID-19, вспышки птичьего гриппа и вируса Марбург. Наиболее вероятными очагами возникновения эпидемий считаются Африка и Китай – там появились Эбола, Марбург, атипичная пневмония и COVID-19. Но, как утверждается в последнем исследовании, США, будучи одним из крупнейших в мире импортёров живого скота, также подвержены риску зоонозных вспышек с потенциалом пандемии. Ежегодно страна импортирует 200 млн голов на сумму 3 млрд долл. Для сравнения: в Китае этот показатель составляет 945 млн. Законодательство США изобилует «слепыми зонами», из-за которых болезни животных проникают в страну и незаметно распространяются на людей, что чревато потенциальными вспышками.

В опубликованной статье учёные обвиняют власти США в одержимости внешними угрозами, такими как биотерроризм и утечки из лабораторий, и неспособности адекватно отслеживать риски на собственной территории. Учёные призвали к пересмотру деятельности регулирующих органов, включая Министерство сельского хозяйства США.

Вирусы могут переходить от одного вида к другому, если находят на клетках похожие рецепторы, с которыми могут связываться и вызывать инфекции. Особому риску человека подвергают вирусы, которыми заражаются другие млекопитающие вроде свиней, чьи клеточные рецепторы весьма схожи с нашими.

Эксперты уже предупредили, что следующая вспышка зоонозной инфекции может произойти в Китае из-за обилия влажных кормов, Руанде или Бразилии,

где урбанизация и расширение сельского хозяйства вынуждают людей всё чаще контактировать с дикими животными. Но также они предупреждают, что рассадником новых опасных вирусов может стать и Техас – один из ведущих мировых производителей мяса.

утверждённая Национальным бюро стандартов в 2022 г. (NBS-22) в качестве руководящего принципа, рассматривает здоровье других живых существ не просто как нечто, оказывающее случайное влияние на здоровье человека, а как неотъемлемую его часть. Первым шагом в реализации такого

контроля безопасности, то есть они вполне могут занести в страну новые болезни. С дичью тоже всё непросто, поскольку перед употреблением её не подвергают санитарной обработке.

Появляется всё больше свидетельств того, что в США растёт количество случаев передачи

**Осторожно!**

## Признать ответственность за глобальные риски



Доктор Дженнифер Нуццо, эксперт в области здравоохранения из Университета Брауна в Род-Айленде, говорит, что высокая плотность содержания в штате мясных животных, да ещё и в антисанитарных условиях, повышает риск передачи заразы от животных людям.

Авторами статьи в журнале Science стали исследователь рынков диких животных в Гарварде Энн Линдер и доктор Дейл Джеймисон, эколог из Нью-Йоркского университета. Они призвали соответствующие структуры не только активнее устранять пробелы, но и полностью переосмыслить способы управления взаимодействием человека с животными. «Концепция «Единого здоровья»,

подхода станет создание общего процесса интеграции многочисленных учреждений с их неясными, а иногда и противоречивыми предписаниями в один эффективный и всеобъемлющий режим».

Как показывает статистика, в прошлом году в США на мясо пошли рекордные 10 млрд животных. Кроме того, существует и большой рынок дичи, где ежегодно выращивается около 40 млн животных.

Учёные предупреждают, что инфекции могут перейти от животных к людям на любом этапе цепочки поставок мяса, будь то место выращивания, скотобойня или место потребления. Риск заразиться от живого импортируемого скота выше, потому что его ввозят без проверки состояния здоровья и

инфекции от животных человеку. По словам учёных, во второй половине XX века здесь их было зарегистрировано больше, чем в любой другой стране мира. Не стоит забывать и о вспышке птичьего гриппа H5N1, которая вынудила фермеров забить около 58 млн кур.

Опасность несут в себе ещё и ярмарки: с 2011 г. в США зарегистрировано максимальное для планеты число случаев заражения от свиней. В 2012-м штамм свиного гриппа H3N2v подхватила 306 человек в 10 штатах. А в прошлом году в колорадской тюрьме был зафиксирован случай заражения птичьим гриппом H5N1. Учёные заявили, что нынешняя структура регулятивных органов не способна устранить эти пробелы и снизить риски для людей.

Это, в частности, относится к меховой индустрии, ведь до COVID-19 в некоторых штатах власти даже не знали о существовании пушных ферм. «В Мичигане из-за норки возник новый штамм вируса, а в Юте сотрудником Министерства здравоохранения было отказано в доступе на заражённую ферму, из-за чего они не смогли ни провести мероприятия по локализации, ни хотя бы взять пробы».

Для решения проблемы эксперты призывают полностью перестроить структуру регулятивных органов, добавляя при этом, что «США все ещё очень далеки от принятия столь решительных мер и признания ответственности за создание этих глобальных рисков».

**Ситуация**

## Золотодобыча и ртуть: защитим экосистему и здоровье шахтёров

**Благодаря проектам Программы ООН по окружающей среде (ЮНЕП) в 9 странах удалось сократить использование ртути в золотодобыче на 370 тонн. Теперь в ЮНЕП намерены внедрить эти программы ещё в 15 странах, чтобы защитить здоровье работников золотодобывающей промышленности, в которой заняты около 100 млн человек.**

«Золотодобыча – источник средств к существованию для ста миллионов человек, поэтому крайне важно наладить сотрудничество с правительствами, чтобы обеспечить горняков знаниями и инструментами, которые позволят полностью искоренить применение ртути», – говорит Людовик Берно, программный менеджер программы planetGOLD, осуществляемой под эгидой ЮНЕП.

Финансирование проекта обеспечивает поддерживаемое ООН Глобальное предприятие по окружающей среде. Цель инициативы, запущенной в 2019 г., в течение 6 лет сократить использование ртути на 512 тонн, улучшить состояние более 1,2 млн гектаров земли, снизить объём выбросов углекислого газа на показатель, эквивалентный 400 тыс. тонн, и оказать помощь 370 тыс. человек.

На долю кустарной и мелкоацштабной золотодобычи приходится 20% мирового годового производства золота, но в то же время именно этот сегмент отрасли является крупнейшим в мире техногенным источником выбросов ртути. В 80 странах мира в этом секторе работает около 20 млн человек, в том числе более 4 млн женщин и детей.

На Филиппинах традиционная добыча золота осуществляется более чем в половине провинций

страны. Она обеспечивает доход более 2 млн человек и составляет 80% от общего ежегодного объёма поставок золота в стране.

В золотодобыче ртуть применяют уже 3 тыс. лет для отделения золота от отложений или руды с использованием рудиментарных методов переработки. Накапливаясь в атмосфере, ртуть попадает в продукты питания, вызывает неврологические проблемы у шахтёров и разрушает экосистемы. «Золотодобыча – огромная часть нашей жизни, – говорит Демвер Сузара, председатель ассоциации горняков Филиппин. – Нам не нравится использовать ртуть, но у нас просто нет выбора».

Многие правительства действуют в этом направлении и внедряют стандарты Минаматской конвенции. Международное сообщество приняло этот документ под эгидой ЮНЕП в 2013 г. Конвенция названа в честь залива Минамата в Японии,

где в 50-60-е годы XX века произошло трагическое для здоровья людей промышленное загрязнение ртутью.

Целью договора является защита окружающей среды и здоровья человека от антропогенных выбросов и выбросов токсичных тяжёлых металлов. Он регулирует весь жизненный цикл ртути: поставку, торговлю, использование, выбросы, отходы, хранение и управление отходами и загрязнёнными участками. Новый международный закон вступил в силу 16 августа 2017 г., и к нему постоянно присоединяются новые страны.

Вместе с тем предпринимаемых усилий недостаточно, считают в ЮНЕП. В Кении, например, многие из работников мелких предприятий золотодобывающей промышленности – молодые люди, которые не могут найти другую работу и вынуждены трудиться в опасных для здоровья условиях.

**Ну и ну!**

### Забыл снять контактные линзы – лишился зрения

**Частично лишился зрения 21-летний житель штата Флорида, США, после того, как забыл снять контактные линзы перед сном.**

Майк Крамхольц вернулся домой после тяжёлого трудового дня и решил вздремнуть. Спустя 40 минут он проснулся и понял, что забыл снять контактные линзы. За это время его глаза воспалились, но он не придавал этому значения, так как часто засыпал в линзах, хотя и испытывал после этого дискомфорт.

Он обратился к врачу лишь на следующий день, когда боль усилилась. Молодому человеку выписали антибиотики и стероиды, однако лекарства не помогли. В результате повторного обследования выяснилось, что у него акантамёбный кератит – редкое инфекционное заболевание, при котором в роговицу глаза проникают амёбы Acanthamoeba.

Молодой человек прошёл курс фотодинамической терапии, а также перенёс операцию, в ходе которой хирурги отделили конъюнктиву глазного яблока и прикрепили её к роговице. Несмотря на это, правый глаз полностью перестал видеть. Кроме того, яркий свет стал вызывать болезненные ощущения, поэтому ему приходится постоянно носить солнцезащитные очки.

Шанс на возвращение зрения остаётся, но для этого нужна пересадка роговицы. По мнению врачей, в настоящее время операция невозможна, поскольку глаз слишком воспалён.

Такие случаи всё чаще возникают в связи с неправильным ношением линз. Недавно такой случай был в НИИ глазных болезней им. М.М.Краснова, но наши специалисты сумели спасти глаз без хирургического вмешательства и дальнейшей трансплантации.

**Ракурс**

### До финиша не так далеко

**Во Всемирной организации здравоохранения считают, что у правительств есть все инструменты для завершения пандемии коронавируса в 2023 г. Об этом на брифинге заявил генеральный директор ВОЗ Тедрос Гебрейесус.**

По его словам, число случаев заболевания и количество смертей от коронавируса снизилось во всём мире в феврале 2023 г. Однако их всё ещё достаточно много.

«У нас есть инструменты, позволяющие положить конец пандемии COVID-19 в этом году», – подчеркнул Гебрейесус.

Ранее пресс-секретарь ВОЗ Тарик Жазаревич заявил, что организация не прекращала изучать происхождение COVID-19 и продолжает запрашивать у Китая необходимые данные. Таким образом, он опроверг ранее появившуюся информацию в журнале Nature, согласно которой организация приостановила исследования происхождения вируса SARS-CoV-2, вызвавшего пандемию коронавируса.

Подготовила Юлия ИНИНА.

По материалам Daily Star, Lenta, Daily Mail, Science.



У истоков межобластного Центра нейрохирургии, тогда Горьковского, стояли Михаил Григорьев, Николай Звонков и Лев Хитрин. Я тоже имел к этому отношение. После московской аспирантуры по неврологии был взят директором Горьковского института травматологии и ортопедии профессором М.Григорьевым именно для его создания.

В октябре 1963 г. в новой больнице № 39 нам наконец дали 100 коек. Руководитель центра Н.Звонков ушёл в длительный творческий отпуск – завершить докторскую диссертацию. И его обязанности возложили на меня как единственного кандидата медицинских наук.

Десять молодых травматологов и хирургов, пожелавших стать нейрохирургами. Но нет ни знаний, ни умений. Следуя своей alma mater – Институту нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, я ввёл в ежедневную практику клинические разборы больных, на которых мои юные коллеги постигали основы топической диагностики очаговой патологии головного и спинного мозга. Саму диагностику постарался сделать максимально комплексной: были организованы рентгеновский кабинет с возможностью ангиографии, вентрикулографии и пневмоэнцефалографии, кабинеты нейроофтальмологии и отоневрологии, а также налажены электроэнцефалографические исследования.

Но наряду со знанием неврологии молодым врачам ещё больше была нужна нейрохирургическая техника. Сначала, беспечно о судьбах больных, направляя их на операции в Москву. А потом, ощутив порочную бесперспективность этого пути и поняв, что отвечаю и за становление нейрохирургов, стал приглашать высоких мастеров из Института им. Н.Н.Бурденко.

Это были замечательные уроки. К нам приезжали профессора Н.Волынкин и М.Салазкин, опытные кандидаты медицинских наук Г.Габитов, Н.Васин, Ю.Филатов, Сергей Николаевич за 3 года более 20 раз побывал в Горьком, оперировал и учил. И именно он создал

С юбилеем!

# Власть воспоминаний

## Нижегородскому нейрохирургическому центру 60 лет

школу современных нейрохирургов в городе на Волге.

Конечно, главным предназначением Горьковского межобластного нейрохирургического центра была нейротравма. По острой нейротравме мы дежурили 7 дней в неделю. И все 6 диссертаций, которыми я руководил, были посвящены различным проблемам повреждений головного мозга. Мои научные интересы переключились с нейроонологии на urgentную нейрохирургию. Вместе со своими учениками Львом Хитриным, Александром Фраерманом, другими коллегами мы делали пионерские работы по внутричерепным гематомам, по сочетанной травме и другим разделам повреждений ЦНС.

Полученные нами результаты были значимы. В Горьком, по данным областного бюро судебно-медицинской экспертизы, летальность при острых эпидуральных и субдуральных гематомах приближалась к 90% (в силу прежде всего их плохой диагностики). В результате внедрения наших разработок она снизилась в 5 раз, а прижизненная распознаваемость оболочечных гематом в докомпьютерную эру достигла 99%.

В 1973 г. издательством «Медицина» была опубликована наша совместная со Львом Хитриным первая в СССР монография по травматическим внутричерепным гематомам.

Спустя несколько лет нашу команду усилил нейрохирург Николай Аржанов. Накапливался опыт, и мои коллеги и ученики оперировали, становились кандидатами медицинских наук. Ежегодно мы проводили научно-практические конференции в прикреплённых к нам областях – Вологодской, Кировской, Костромской, Ярославской и в Коми АССР.

Активно занимались разработкой новых методов исследования и аппаратуры. Вместе с оборонным заводом «Салют» организовали группу по созданию ультразвукового томографа. Эксперименты показали, что наш датчик способен обнаруживать даже монетку в большой ёмкости с водой. Перешли к клиническим испытаниям. И в двухмерном пространстве впервые чётко увидели оболочечную гематому у больного с черепно-мозговой травмой. Аппарат запатентовали. Теперь надо было перейти к серийному производству ультразвукового томографа. Эта проблема оказалась уже не под силу физикам и инженерам нашей группы. Но идею подхватил нейрохирург Александр Иова из Ленинграда. И он сумел создать и пробить серийное производство ультразвуковых томографов, «завязанных» на персональном компьютере.

Невролог Владимир Трошин преуспел в адаптации электрофизиологических методов исследования к задачам urgentной нейрохирургической диагностики. Успешно защищённая им в Москве докторская диссертация подтвердила новизну его разработок. Впервые в Советском Союзе занялись клиническим нейротепловидением. Оценивая его по критериям идеального метода диагностики, убедились, что в этом отношении он превосходит все остальные способы распознавания, ибо основан на пассивной локации теплового излучения человека. Совместно с Институтом прикладной физики АН СССР создали научно-исследовательский Центр нейротепловидения.

Талантливый нейрохирург Сергей Колесов пожертвовал своей клинической карьерой и стал первым

в стране специалистом по нейротепловизионной диагностике. Он разработал термосемиотику поражений центральной и периферической нервной систем, обосновал функциональное тепловидение с различными провоцирующими проявления термоасимметрий пробами. С.Колесов впервые применил фиксацию инфракрасного излучения головного мозга, открытого во время плановой нейрохирургической операции, для изучения диагностики опухолей и реакций на их удаление. Так зарождалась нейротермофизиология. С.Колесов стал доктором медицинских наук, профессором, создал школу нейротепловидения.

В творчески активном коллективе Нижегородского центра лидерскими качествами выделялся Александр Фраерман. Хороший клиницист-нейрохирург, он обладал незаурядными организаторскими способностями. Выдержанный, уравновешенный, готовый всегда разобраться в ситуации и помочь, Александр Петрович был авторитетом и у коллег, и у начальства. Изначально он заведовал отделением, а с 1975 г. стал руководителем нейрохирургического центра.

Наступил период сбора «урожая». Мы вышли на передовой уровень нейрохирургии страны, с нами стали считаться. А высшим признанием Нижегородского центра явилось избрание доктора медицинских наук, профессора Александра Фраермана первым президентом созданной в 90-е годы Ассоциации нейрохирургов России. Под его руководством нижегородцы в 1998 г. успешно провели II съезд нейрохирургов России. Александр Петрович стал заслуженным деятелем науки и вместе с москвичами

получил Государственную премию РФ за исследования по черепно-мозговой травме.

Между тем мы старелись. Надо было заблаговременно подумать о передаче руля. В конце 70-х годов к нам пришёл после службы в армии Леонид Кравец. Он хотел стать нейрохирургом. Но свободных ставок в центре не было. Я взял его в свою группу по ультразвуку, дав полную клиническую свободу. Он быстро рос как нейрохирург и исследователь. Стало очевидным, это будущий лидер. Мы с Александром Петровичем успокоились, поняв, что преемственность традиций и дальнейшее развитие нашего детища обеспечены. Леонид Яковлевич вошёл в коллектив центра, сделал интересные кандидатскую и докторскую диссертации, активно растил своих учеников и стал профессором. Спустя годы пришло время, и Александр Петрович передал своё бремя руководителя Леониду Яковлевичу. А я уже давно работал в Москве.

Ныне Нижегородский центр – одно из самых деятельных нейрохирургических учреждений России, владеет всеми основными современными диагностическими и хирургическими технологиями.

«Иных уж нет, а те – далекие...», но есть память, есть традиции и – главное – есть будущее у нижегородского отряда российских нейрохирургов.

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

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

## Выставки

Российская государственная библиотека осуществила интересный проект: чтение актёром Евгением Чебатковым произведений русских классиков. И так совпало, что на двух первых мероприятиях речь шла о писателях, не просто получивших медицинское образование, но и работавших врачами и, по существу, считавших себя таковыми, – Булгаков и Чехов.

Первое, что поразило, – наполненность старинного Румянцевского зала молодёжью, явно пришедшей сюда не из-под палки. Кто-то рассматривал экспонаты небольшой выставки, подготовленной отделом рукописей и уже поэтому уникальной; кто-то общался с товарищами, сидя за столами, освещёнными небольшими лампами.

Но вот на небольшой авансцене зажглась классическая настольная лампа с круглым зелёным абажуром, и вечер начался. Открыла его заведующая сектором хранения и учёта фонда рукописей отдела рукописей РГБ Анна Родионова.

Она рассказала, что именно здесь в 1912 г. был первый музей Чехова, в котором хранились все известные на тот момент рукописи. Потом музей переехал в знаменитый дом-комод на Садово-Кудринской, но часть материалов осталась в главной отечественной библиотеке, а в 1957 г., согласно завещанию Марии Чеховой, сюда также поступил архив Дома-музея Чехова в Ялте. Сейчас фонд Антона Павловича насчитывает 5,5 тыс. единиц хранения.

На подготовленной специально к мероприятию небольшой выставке можно было увидеть творческие рукописи писателя. Эти экспона-

# Купидон со шприцем

## Доктор Чехов звучит в библиотеке



Одна из витрин выставки

ты вдвойне ценны, ведь Чехов не оставлял черновики. Как только рассказы выходили в периодической печати, он тут же сжигал наброски. Поэтому черновики сохранилось немного. Представлены ранние произведения 1880-х годов, объединённые в цикл «Рассказы о любви»: «Крыжовник», «Человек в футляре» и «О любви». Именно они звучали со сцены, причём за-

планировано было чтение только одного произведения, но аудитория попросила ещё.

Первые опубликованные рассказы студента-медика, как известно, сразу обратили на себя внимание. С ними, как отметила Анна Родионова, Чехов прочно и навсегда вошёл в мир русской литературы.

Хранятся в РГБ и заполненные рукой великого писателя 7,5 тыс.

карточек – итог поездки на Сахалин. Будучи уже больным туберкулёзом, он совершил поистине гражданский подвиг: добровольно отправился участвовать в переписи населения на «каторжном» острове. Выход книги «Остров Сахалин» всколыхнул общество и в какой-то степени способствовал облегчению участи живущего там населения.

В фондах находится и огромное эпистолярное наследие Чехова – переписка с художниками, писателями, актёрами, издателями. Среди них Суворин, Левитан, Шехтель, Чайковский и многие другие. В витрине можно увидеть титульный лист «Пёстрых рассказов» с дарственной надписью музыканту Мариану Семашко, которого Чехов с присутствием ему остроумием называл Мармеладом Фортетьяновичем. Семашко лечился у Чехова, после чего последний обратился в письме к Чайковскому с просьбой помочь пристроить в оркестр этого человека.

Привлекают внимание и фотопортреты писателя, и одна из последних его фотографий, сделанная в Ялте в 1904 г.

И совершенно неожиданно спотыкаешься взглядом о рецепт, где под названием лекарства стоит знакомый со школьных лет росчерк: Чехов. О том, что по приезде из Таганрога Чехов поступил в Московский университет на медицинский факультет, напоминает

выставленная в одной из витрин его первая визитная карточка: над словами «Антон Павлович Чехов» парит купидон, держащий в руках не лук, а шприц.

Мелиховская амбулатория, где доктор Чехов принимал больных, самоотверженная работа врачом во время эпидемии холеры подтверждают неоднократно подчёркиваемую Антоном Павловичем фразу: «Я прежде всего врач». Всем известно броское заявление: «Медицина – моя законная жена, а литература – любовница». А если серьёзно, то вот строчки из письма коллеге, известному русскому невропатологу Г.Россолимо: «...Не сомневаюсь, занятия медицинскими науками имели серьёзное влияние на мою литературную деятельность. Они значительно раздвинули область моих наблюдений, обогатили меня знаниями, истинную цену которых для меня как для писателя может понять только тот, кто сам врач; они имели также и направляющее влияние, и, вероятно, благодаря близости к медицине мне удалось не допустить многих ошибок...».

Не случайно некоторые литературоведы отмечают, что отличительной особенностью творчества Чехова является взгляд словно со стороны: заинтересованный, изучающий, анализирующий. Именно так обычно смотрят на пациента хорошие врачи, прежде чем оказать им помощь. При этом любой человек для них – отдельная вселенная. Поскольку, как говаривало со сцены, «надо, как говорят доктора, индивидуализировать каждый случай».

**Алёна ЖУКОВА,**  
корр. «МГ».

Москва.



Скажу прямо, довольно долго моё отношение к Китаю и китайцам было весьма скептическим. Оценка моя во многом формировалась во время пресловутой перестройки, в значительной мере – впечатлением от качества китайских товаров, которые усилились «челноков» хлынули на наш истосковавшийся хоть по чему-нибудь материально голодный рынок. Многие наверняка ещё помнят, как на импровизированных уличных базарчиках уходил влёт «сделанный на коленке» азиатский ширпотреб. И не беда, что шитые на живую нитку перчатки жили один сезон, так и цена соответствовала качеству. В конце концов, российской зимой пусть и в худших перчатках всё лучше, чем в никаких. Но вот чтобы съездить посмотреть, что не так у китайцев с НОТ, всё душа не лежала. Аббревиатура НОТ, если кто не помнит или не знает, в социалистической системе производства означает «научная организация труда».

И вот случилось. На курортный остров Хайнань, что в Южно-Китайском море, прилетели уже в сумерках. Ближе к полуночи заселились в отель и сразу же вышли на близлежащий бульвар, оглядеться, слишком манил тропический вечер туристического мегаполиса, блистающего вечерними огнями. Несмотря на поздний час, тут же подверглись коммерческому нападению торговки фруктами, которые разносили плоды в плетёных конусообразных корзинах на лёгких коромыслах. Ну и кто же из гиперборейцев устоит перед спелыми манго? С помощью универсального международного жеста на пальцах «спросил» – сколько? Ожидая, что взявшая нас на бордаж торговка станет тыкать в калькулятор, выводя цену на табло. Ан нет!

– Тлिसать. Бели. Кусно.

Что вкусно, это и без рекламы давно все знают, милая. Инструкции же гидов гласили, что ценник в Китае на нефасованное продовольствие устанавливается за полкило. Сделка сулила двойную выгоду по сравнению с домашними прайсами.

Покуда я развлекался устным счётом и мысленными курсовыми операциями, торговка споро кидала плоды в целлофановый пакет. И тут я увидел её безмен, и успел притормозить отгрузку товара. Представьте себе кривую палочку, просто сломенную с какого-то дерева, даже не обструганную. На одном конце шнурком привязана гирька (хотелось бы надеяться, что 500-граммовая), на другом – крючок для пакета, между ними – петелька для пальца. Но четыре отвешенных мне фрукта «на глазок» вполне тянули на полкило. Всего-то за тридцать юаней! Начало товарно-денежным отношениям в Китае было положено. Суммы было не жалко, даже когда утром обнаружилось, что в супермаркете через дорогу на неё можно купить два кило шикарных манго. С НОТ, выходило, в Поднебесной всё в порядке.

Если без шуток, страна поразила. Поразила и полюбилась. Полагаю, нет нужды тиражировать факты и восторги, которыми

А ещё был случай

# Снимаю шляпу!



заполнен интернет, один раз увидеть всё равно лучше, чем сто раз услышать. Китай мне понравился настолько, что стал там бывать, по мере возможности, регулярно. Замечая при этом, как стремительно он меняется. И дело вовсе не в особом трудолюбии китайцев. Просто на каждую пару наших рабочих рук приходится десяток пар их. Вот и весь расклад. Поэтому, когда я вновь туда приехал через год, уличные торговки уже все имели пружинные безмены, а ещё через пару лет – электронные. Но рассказ не об этом.

Вот какая история приключилась в последний мой вояж накануне новейшей пандемии.

Перед стыковочным рейсом предстояла ночёвка в Пекине. Вечером прилететь, ночь поспать, утром на самолёт. На ресурсе бронирования отелей специально выбрал один супер-бюджетный (на одну-ночь), с полной предоплатой, в шаговой доступности от метро. Вышел на нужной станции, одной рукой качу чемодан на колёсиках, в другой руке сумка, в кармане – распечатка с названием отеля и адресом на английском и китайском. Всё, вроде, схвачено: станция метро та, улица та, всё, как на схеме, – отеля нет! Вернулся к метро, прошёл ещё разок маршрут, крутя головой, отеля нет!

Вижу будочку с охранником перед каким-то шлагбаумом, показываю распечатку, тот ловит всё на лету, справляется с навигатором в смартфоне, показывает на картинку. Но этого не может быть! По навигатору отель в 3 км от данной точки! А на распечатке – максимум в 200 м от метро. Благодарю, возвращаюсь на улицу, стою, ворочаю мозгами – просчитываю возможные варианты ночлега в картонной коробке. Навстречу два старичка, он и она, явные аборигены. Надежда моя

оживает. Здороваясь, показываю распечатку. До чего смыслённый народ китайцы, без слов всё схватывают. Совещаются, старушка даёт команду деду, тот мне кивает – давай за мной. Сворачиваем налево в проулок, затем направо в тупичок – и ура! – вот неоновая вывеска с иероглифами и на латинице из трёх слов...

Девушка на ресепшене огорчивается – не по адресу, отель не тот. Как не тот? Тычу в английское название в распечатке. Она подчёркивает первые два совпадающие слова и обводит третье – увы и ах! – ошибочка выходит! На экране своего смартфона опять показывает мне какой-то отель чёрт-те где. Не подскажет ли, как лучше добраться? «Возьми такси», – высвечивает экран гаджета.

Снова «выхожу один я на дорогу». Но сегодня, видно, не мой день. Первый таксист отрицательно мотает головой, второй, третий – такой отель им неизвестен. Всё! Принимаю волевое решение – возвращаюсь в аэропорт-муравейник, вздремну в уголке на газетке, а если повезёт, на тёплом подоконнике. Гори эта предоплата синем пламенем! И тут вдруг, в уже густой темноте вспыхивает белым неоновым вывеска на английском: «Полиция». Вот оно – спасение! Им ведь любой закоулк в районе ответственности по долгу службы знаком, про отель, сотрудничающий с международным ресурсом интернет-букинга, просто обязаны знать.

Дежурный за стойкой суров, но «въезжает» в мою проблему моментально. На эсперанто мимики и жеста даёт понять: я (в смысле он) ноу англиси. Набирает номер на стационарном аппарате, протягивает мне трубку. Женский голос подтверждает возможность пообщаться на английском, но пекинский диалект английского

– та ещё шарада, тем более по проводной связи. (Положа руку на сердце, признаю, наверняка мой английский для китайцев слышится аналогично.) Дело заканчивается тем, что меня просят передать трубку офицеру полиции. Дежурный какое-то время беседует с коллегой, а процент моей надежды на комфортный ночлег тем временем тает окончательно. Наконец, дежурный завершает разговор. Я тепло говорю «спасибо» на китайском, а мой следующий за этим монолог с языка мимики и жестов вкратце можно перевести примерно так: «Всё кончено. Жребий брошен. Перехожу Рубикон. Извините за беспокойство. В моём нервном срыве прошу никого не винить».

Берусь за поклажу, но дежурный издаёт гортанный клич: «Стоять, бояться!» Пришлось невольно сделать книксен. Оказалось, это не мне. Из подсобки появляется молодой сержант и получает от старшего ключи (у меня даже мелькнула мысль – уж не от персональной ли камеры? Не худший, кстати, был бы вариант ночлега в данной ситуации). Но ключи оказались от машины. Сержант грузит мои чемоданы в крутой джип в полной боевой раскраске и с проблесковыми сигналами привозит меня... в уже знакомую гостиницу.

Сквозь стеклянную стену отеля нас замечает всё та же девушка-клерк на ресепшене. Выскакивает навстречу и с большой экспрессией втолковывает что-то сержанту. Насколько я разбираюсь в людских эмоциях и немного в китайском языке, пост её в блоге сводился бы к следующему: этому тупарю доходчиво, с привлечением суперсовременных средств электронной коммуникации, уже разъяснили, куда и как ему надо катиться. И если этот жлоб жилится взять такси,

то флаг в руки родной полиции! Хочет с ним нянчиться – её выбор!

Фыркнула и пошла дальше дежурить. Я, с жуткой неловкостью, повторяю перед сержантом уже отпереворотанную сцену «Всё кончено...» – он же ведь ею ещё не наслаждался. Не дрогнув ни единым мускулом, тот берёт меня под локоток и вновь усаживает в джип. Минут через пятнадцать петляния по развязкам пекинской магистрали оказываемся рядом с каким-то отелем, название которого ни единой буквой не совпадает с названием моего.

В холле гостиницы сразу два клерка, потрясая перед лицом сержанта моей уже порядком потрёпанной распечаткой, долго пикируются с ним. Тот был невозмутим и бесстрастен, как Шерхан перед Табаки. Когда они выдохлись, дал команду всё перепроверить по компьютеру. Через десять секунд они расцветают профессиональными приветственными улыбками, и я боюсь поверить своему счастью...

Жестами «ноу, ноу, ноу...» с большим трудом убеждаю сержанта не помогать мне с переноской вещей из джипа в отель. Прикладываю руку к сердцу и на чистом китайском, за это можете быть спокойны (не знаю точно, правда, на каком их диалекте, ближе, наверное, к харбинскому), говорю: «Большое спасибо. До свидания». Он кивает в ответ...

Был у меня мимолётный порыв, если честно, отблагодарить сержанта сотенкой с портретом Мао Цзэдуна. Но, полагаю, хорошо сделал, что задушил это благое намерение в зародыше. Возможно, отточивал бы в пекинской камере, быть может, и не один месяц, а то и год. С коррупцией у них строго, ходят слухи.

Устроился в номере и, презрев усталость, вышел в ночной Пекин. Перешёл на другую сторону проспекта, чтобы лучше рассмотреть рекламные баннеры в фасаде отеля. Ничего похожего из того, что значилось в моей распечатке, близко не обнаружилось.

Претензию сайту бронирования отелей, по приезду домой, я, конечно, выкатил. Извиниться не потрудились, но косяк свой на сайте через неделю исправили. Так что снимаю шляпу перед китайцами, их восточным гостеприимством и добросердечием, искренностью не напоказ. И даже хорошо, что без искусственных западных улыбок. Зато от чистой природной души.

А вот интересно. Попади какой-нибудь китайский турист в Москве в аналогичную ситуацию, стали бы столичные полицейские с ним валандаться, как это было со мной в Пекине? Хотелось бы так.

**Юрий КУБАНИН,**  
психотерапевт.

Новосибирск.

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

Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов.

Редакция имеет право публиковать присланные в свой адрес материалы. Факт пересылки означает согласие автора на передачу редакции прав на публикацию и получение соответствующего гонорара.

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

Главный редактор А.ПАПЫРИН.

Редакционная коллегия: И.БАБАЯН (ответственный секретарь), Е.БУШ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, Г.ПАПЫРИНА, Ф.СМИРНОВ (редактор сайта).

Дежурный член редколлегии – Ф.СМИРНОВ.

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

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

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

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

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

Отпечатано в ОАО «Московская

газетная типография».

Адрес: 123022, Москва,

ул. 1905 года, д. 7, стр. 1

Заказ № 0385

Тираж 14 009 экз.

Распространяется

по подписке

в Российской Федерации

и зарубежных странах.

