

Почему практика регрессных исков вдруг стала популярной в отечественном здравоохранении?

Стр. 4-5

Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья.

Стр. 6

Военно-медицинская подготовка в гражданских вузах необходима.

Стр. 12

В центре внимания

## Эра высоких технологий

Судебно-медицинскую экспертизу невозможно представить без квалифицированных специалистов и современного оборудования



Международный конгресс «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики-2022» прошёл на базе Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского. В ходе трёх пленарных и шести секционных сессий форума было заслушано 112 докладов. Стоит отметить, что международный конгресс вновь собрал пул ведущих специалистов в области судебной медицины из разных стран. На этот раз число участников составило 2613 человек.

Открывая конгресс, с приветственным словом к участникам обратились президент Ассоциации судебно-медицинских экспертов профессор Владимир Клевно, заместитель директора МОНКИ по науке и международным связям профессор Екатерина Какорина, президент Национальной медицинской палаты профессор Леонид Рошаль, руководитель отдела судебно-медицинских исследований Судебно-экспертного центра Следственного комитета РФ доктор медицинских наук Валерий Спиридонов.

Подписан меморандум о сотрудничестве (слева направо: С.Иванов, В.Клевно)

«Мы гордимся тем, что наш конгресс внесён в европейский календарь важных научных мероприятий судебной медицины. В работе конгресса принимают участие ведущие эксперты-практики, видные учёные, заведующие кафедрами и руководители судебно-медицинских учреждений, – подчеркнул В.Клевно. – В этом году наша научная программа составлена с акцентом на разные области судебной медицины и смежных дисциплин. Мы знаем, участникам конгресса нравится междисциплинарный формат общения и гордимся тем, что нам удаётся идти в ногу с трендами международных научных форумов, где именно мультидисциплинарность становится новой научной парадигмой и одним из важнейших маркёров развития отрасли. Межотраслевые взаимодействия открывают новые возможности для всестороннего обсуждения проблем, которые прежде относились к узкоспециальным. Итоги предыдущих конгрессов подтвердили, что выбранная концепция способствует не только обретению опыта специалистами смежных об-

ластей, приносит видимые плоды в части укрепления профессионального взаимодействия, но выводит её за рамки узкоотраслевого опыта, расширяя горизонты научного поиска».

### Честность и профессионализм

«Международный конгресс «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики» традиционно проводится в нашем институте, – сказала Е.Какорина. – С каждым годом увеличивается количество его участников, что говорит о популярности форума. Больше готовится и докладов. Тенденции радуют. Очень важно для специалистов обмениваться мнениями, узнавать о достижениях коллег, перенимать прогрессивный опыт. Конференция превратилась в знаковую и значимую не только для судебно-медицинских экспертов, но и врачей смежных специальностей».

(Окончание на стр. 7.)

Официально

## Врачи получают гражданство

Минтруд расширил список врачебных специальностей для упрощённого получения гражданства России. Новый перечень квалифицированных специалистов, имеющих право на получение гражданства России в упрощённом порядке, определён приказом № 199н от 05.04.2022 и зарегистрирован Минюстом 13 мая.

Новый приказ подписал министр труда и социальной защиты Антон Котяков. Документ от 25 ноября 2019 г. признали утратившим силу. Таким образом медицинским работникам не нужно отработать 3 года, как это было необходимо делать ранее. Получить гражданство РФ можно после года работы в лечебных учреждениях нашей страны.

Список врачебных специальностей теперь включает 47 позиций, в аналогичном приказе от 2019 г. их было 35. Претендовать на упрощённую процедуру получения российского гражданства отныне могут гематологи, детские урологи-андрологи и хирурги, детские и взрослые эндокринологи, инфекционисты, кардиологи, неонатологи,

патологоанатомы, врачи по медицинской реабилитации, радиологи и рентгенологи, ревматологи, урологи, физиотерапевты, врачи функциональной диагностики и врачи-эндоскописты из других стран.

Исключены из перечня врачи станции (отделения) скорой и неотложной медицинской помощи, кардиоревматологи, врачи-лаборанты, врачи-эпизоотологи и другие врачи-специалисты.

Перечень специалистов со средним медицинским образованием также расширился, но всего на три позиции. В список попали заведующий фельдшерско-акушерским пунктом – фельдшер (акушер/ акушерка, медсестра/ медбрат), медицинская сестра-анестезист и медсестра палатная (постовая).

Уточним, что для трудоустройства в российские больницы и поликлиники иностранный специалист должен сдать экзамен по специальности комиссии, которую назначит Росздравнадзор, соответственно хорошо владеть русским языком, знать отраслевое законодательство и историю страны.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

### НОВЫЕ ПОДХОДЫ

#### Евгений ШЛЯХТО

Генеральный директор НИИЦ им. В.А.Алмазова, главный специалист кардиолог Минздрава России, президент Российского кардиологического общества, академик РАН:

Электронное здравоохранение – это не замена врача на компьютер. Искусственный интеллект не решает за человека, он просто делает выводы во много раз быстрее и надёжнее, экономит время и страхует от досадных ошибок.



Стр. 10

## Новости

## Поддержать, чтобы удержат

Медицинским работникам в Поморье будут компенсировать из регионального бюджета расходы по аренде жилья. Решение об этом на днях принято на уровне правительства Архангельской области.

Рассчитывать на компенсацию могут врачи и средний медперсонал, которые работают в государственной медицинской организации на полную ставку и не имеют собственного жилья. Размер денежного возмещения за съёмную квартиру или комнату зависит от территории: за найм жилого помещения в крупных городах – Архангельске, Северодвинске, Новодвинске, Котласе или Корьяжме – можно получить возврат расходов в размере до 20 тыс. руб. в месяц, в районах области – до 10 тыс.

По словам министра здравоохранения области Александра Герштанского, компенсация найма жилья – это часть большой работы, которая проводится в регионе по кадровому обеспечению медицинской отрасли. Так, с прошлого года в два раза увеличены единовременные выплаты по программам «Земский доктор» и «Земский фельдшер» для медработников, которые приехали на работу в населённые пункты Арктической зоны РФ. Таким образом, самые северные земские врачи могут рассчитывать на 2 млн руб., а земские фельдшеры – на миллион.

– Благодаря данным программам в 2021 г. нам удалось привлечь для работы на сельских территориях области 46 медиков, все они получили полагающиеся социальные выплаты. Данную практику мы намерены продолжать, поскольку она доказала свою эффективность, – отметил А.Герштанский.

Елена СИБИРЦЕВА.

Архангельск.

Инфарктники и гипертоники  
«сели за парты»

«Школа здоровья» для пациентов отделения медицинской реабилитации и кардиологического отделения с палатой реанимации и интенсивной терапии прошла в больнице № 3 Ставрополя.

В роли учителей выступили врачи этих отделений совместно с кафедрой факультетской терапии Ставропольского государственного медицинского университета. Основной целью этого мероприятия было повышение информированности больных с артериальной гипертензией и перенёвших острый инфаркт миокарда об этих заболеваниях и факторах риска их развития и сопутствующих осложнений. Большое внимание в ходе обучения уделялось методам снижения неблагоприятного влияния на здоровье и поведенческих факторов риска. В том числе: вредных привычек, неправильного питания, недостаточной двигательной активности, отсутствия контроля стресса. Кроме того, медики провели обучение пациентов методам самоконтроля артериального давления и самопомощи, первой доврачебной помощи при обострениях и гипертонических кризах. По мнению организаторов «школы здоровья», эти меры способствуют формированию у больных ответственного отношения к своему здоровью, повышению мотивации к оздоровлению, а также приверженности к лечению и выполнению рекомендаций врача.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

## Герои нашего времени

Уроженка Асланского райцентра Ардона, выпускница Северо-Осетинской государственной медицинской академии Мария Мирошниченко награждена медалью «За отвагу». Окончив с отличием академию, она продолжила обучение в Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева в Москве. С августа 2021 г. она – лейтенант-ординатор хирургического отделения медсанчасти Кантемировской дивизии. Находясь в зоне спецоперации в Украине, Мария вынесла из-под обстрела четырёх бойцов, будучи сама раненой, спасла жизнь военфельдшеру.

Медаль «За отвагу» она получила в Центральном военном госпитале из рук министра обороны РФ Сергея Шойгу.

Впереди у Марии Мирошниченко лечение, восстановление, реабилитация. А затем она планирует вернуться на военную службу. Об этом сообщила её мама, педагог Елена Макарова: «В 11 лет, ещё школьницей, Маша выбрала свой путь – спасать. И будет продолжать идти по этому пути».

Владимир НИКОЛЬСКИЙ.

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

## Деловые встречи

Профилактика –  
лучшее лечение

В Москве прошёл Всероссийский форум  
«Здоровье нации – основа процветания России»



На пресс-конференции, как всегда, у журналистов было много вопросов

Большинство докладов, которые прозвучали на уже ставшем традиционным форуме, как и в прошлые годы, касались профилактики. Министр здравоохранения Российской Федерации Михаил Мурашко в своём выступлении отметил важность приверженности населения к здоровому образу жизни, поскольку новая коронавирусная инфекция оказала большую нагрузку на организм каждого переболевшего, в частности, на сердечно-сосудистую систему. Для предотвращения риска развития новых заболеваний необходимо отказаться от вредных привычек и тем самым внести вклад в сохранение собственного здоровья.

«После ковидной инфекции, когда колоссальная нагрузка была у каждого переболевшего на сердечно-сосудистую систему, риски возникновения новых заболеваний возрастают. Алкоголь является тем триггером, который может усугубить течение заболевания. И поэтому каждый из нас, активно занимающийся пропагандой здорового образа жизни, должен

внести свой вклад в это, – отметил глава Минздрава России. – Активная пропаганда здорового образа жизни в настоящее время демонстрирует положительную динамику по снижению и потребления табака в России, важно, что сниженный интерес к курению наблюдается и среди молодёжи. За последний год эта динамика сохранилась. Количество курильщиков в

2021 г. сократилось больше чем на 6%. Это хорошие результаты».

Проведение форума в очном формате показало, что времена пандемии постепенно уходят в прошлое. Но с другой стороны, санкционный режим, которым сегодня «давят» страны Запада на нашу страну, неизбежно поставит тысячи вопросов перед отраслью. Как работать в новых условиях – тема крайне сложная, и она скорее всего отодвинет профилактику в ближайшее время на второй план. Вместе с тем, всем известно, что лучшее лечение – это грамотная профилактика заболеваний. Что ещё раз подтвердил форум.

Алексей ПИМШИН.

Фото  
Александра ИЗОТОВА.

## Вехи

Совместный проект управления по воспитательной работе и Совета ветеранов Казанского государственного медицинского университета «Уроки памяти» реализуется в вузе уже третий год. Во время мероприятий студенты первого курса встречаются с представителями Совета ветеранов и вспоминают исторические события Великой Отечественной войны. Ведут уроки активисты ветеранского движения Лена Латыпова и Светлана Зарипова. В этом году ими проведено 30 встреч, в которых приняли участие более 650 студентов.

Накануне дня Великой Победы в актовом зале вуза состоялось финальное мероприятие проекта

## Уроки памяти

«Уроки памяти», на котором с ответственным словом к собравшимся обратился ректор профессор Алексей Созинов. Он отметил важность проводимой ветеранами работы и поблагодарил их за активное участие в патриотическом воспитании молодёжи, вручил благодарственные письма преподавателям и студентам – активистам проекта.

Участники мероприятия посмотрели фильм «Мин сине сагынам» («Я по тебе скучаю»), снятый татарскими режиссёрами Мариной Мусиенко и Натальей Панкратовой. Фильм-драма рассказывает о жизни татарских семей, при-

ютивших в годы Великой Отечественной войны эвакуированных детей из центральных областей страны. Фильм о многой истории родного края, фильм о тех, кому пришлось повзрослеть слишком рано, кто был готов отдать жизнь за друзей своих, хотя сам едва начинал жить. В основу положены воспоминания и истории из реальной действительности того времени, из фактов биографии многих эвакуированных детей, для которых Татарстан стал родным.

Владимир РОКОЛЁВ.

Республика Татарстан.



Поклон члену Совета ветеранов Л.Латыповой

Ситуация

# Хирургического полку убыло

За период 2016-2021 гг. количество взрослых хирургов в российских медучреждениях сократилось с 20 683 до 18 799 (минус 1884 специалиста, или 9,1%), следует из доклада директора НИИЦ хирургии им. А.В.Вишневского, главного хирурга Минздрава России, академика РАН Амираана Ревитшвили. Также уменьшилось количество хирургических медсестёр (в динамике от 2019 г.). При этом общее число хирургов различных профилей с 2016 г. увеличилось на 1970 (+3,2%).

А.Ревитшвили на заседании профильной комиссии федерального Минздрава представил доклад «Хи-

рургическая помощь в Российской Федерации в 2021 г.».

Согласно презентации, с 2016 по 2021 г., помимо специалистов общего профиля, сократилось количество торакальных (с 743 до 705) и детских (с 3278 до 3277) хирургов. В то же время на 311 (до 2689) увеличилось количество сердечно-сосудистых хирургов, на 718 (до 1662) – врачей по рентген-эндоваскулярной диагностике и лечению, на 1912 (до 8925) – взрослых онкологов. Однако в ноябре 2021 г. 24% опрошенных Российским обществом клинической онкологии представителей в 52 регионах отмечали, что в их субъектах дефицит онкологов первичного звена составляет от 51 до 100%.

С 2019 по 2021 г., как сообщается в докладе А.Ревитшвили, снизилась численность среднего медперсонала хирургических специальностей. Количество операционных медсестёр в стационарах уменьшилось на 2243 (до 28 486), в поликлиниках – на 66 (до 764). Число перевязочных медсестёр в стационарах сократилось на 1159 (до 9307), в поликлиниках – на 210 (до 4140).

В докладе также говорится о сокращении количества профильных клиник и подразделений. Так, с 2019 по 2021 г. число хирургических отделений в медицинских организациях уменьшилось с 3654 до 3537, хирургических кабинетов – с 5792 до 5739, центров амбулаторной хирургии – со 135 до 126

в 2020 г. (в 2021 г. таких центров было 130).

Госпитальная летальность среди пациентов хирургического профиля в 2021 г. по сравнению с 2019 г. увеличилась и составила 3,94% от 2,47 млн госпитализированных (против 2,76% от 2,94 млн госпитализированных в 2019 г.).

«Пандемия новой коронавирусной инфекции крайне отрицательно повлияла на организацию хирургической помощи в стране за последние 2 года. Однако в 2021 г. основные качественные показатели хирургической помощи не претерпели значительных изменений в сравнении с 2020 г.», – отмечается в заключении доклада.

Олег РОМАШОВ.

Инициатива

Губернатор Ульяновской области Алексей Русских сообщил, что правительство региона собирается выступить с законодательной инициативой о внесении поправок в закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании». Поводом стала трагедия в детском саду посёлка Вешкайма, где 26 апреля 2022 г. в результате стрельбы погибли двое детей и воспитатель. Подозреваемый состоит на учёте как психически больной.

рального закона, ужесточающего прохождение медицинского освидетельствования для получения лицензии на владение оружием, посоветовала внести в него ряд уточнений. В частности, предлагается назначать проведение

# Психиатрическая помощь: ульяновские инициативы

В планах правительства региона – добавить в закон о психиатрической помощи пункт о наблюдении не только за людьми с заболеваниями, предполагающими агрессивное поведение, но и за теми, кто теоретически способен проявить враждебность в отношении окружающих. Также планируется расширить действие закона с помощью утверждения списка потенциально опасных заболеваний.

Как известно, в детском саду в поселке Вешкайма произошла стрельба. Погибли двое детей и воспитатель, также была серьёзно ранена младший воспитатель. Следственный комитет РФ возбудил уголовное дело об убийстве. Сообщалось, что предполагаемый преступник Руслан Ахтямов (местный житель 1996 г. рождения)

состоял на учёте как психически больной. Ранее он не привлекался ни к уголовной, ни к административной ответственности.

В мае 2021 г. Президент РФ Владимир Путин поручил ужесточить контроль за выдачей разрешения на оружие. Тогда поводом стала трагедия в казанской школе № 175: в результате стрельбы, открытой 19-летним Ильназом Галявиевым 11 мая 2021 г., погибли девять человек. Аналогичное поручение глава государства давал Росгвардии и другим ведомствам в 2018 г. после взрыва и стрельбы в Керченском политехническом колледже, где погиб 21 человек (включая стрелка). Однако тогда изменения в профильное законодательство внесены не были.

Общественная палата РФ после рассмотрения проекта феде-

психиатрической экспертизы с участием нескольких профильных специалистов для всех кандидатов на получение оружия. Сейчас заключение можно получить после разговора только с одним врачом-психиатром.

Поправки в Федеральный закон № 150-ФЗ «Об оружии», призванные ужесточить прохождение медицинского освидетельствования для получения лицензии на владение оружием, были утверждены в июле 2021 г. Авторы документа внесли в закон понятие «медицинские противопоказания к владению оружием» (их перечень определяет правительство), а справку, подтверждающую право на получение оружия, теперь могут выдавать только в государственных клиниках.

Вячеслав ДАШКОВ.

Осторожно

## Градус тревоги нарастает

В апреле 58% терапевтов, неврологов и психиатров в крупных городах России отметили рост среднего количества совершенных пациентов за последний месяц, у которых были жалобы на хотя бы одно из проявлений симптомов, связанных с тревожностью: ухудшение памяти, внимания, потеря концентрации, снижение работоспособности.

По мнению 45% врачей, у большей части пациентов эти симптомы наблюдались и ранее, но обострились в течение последнего месяца. Ещё 22% врачей отмечают, что в их практике за последний месяц у большинства пациентов указанные симптомы проявились впервые. Треть специалистов (33%) указала, что в основном они принимали тех, у кого данные проявления были зафиксированы ранее.

Примечательно, что рост проявления связанных с тревожностью симптомов при этом не сопровождался существенной интенсификацией обращения населения к врачам. Более половины (53%) опрошенных отметили, что дневной поток пациентов за последний месяц не изменился. С ростом пациентопотока столкнулись 25% врачей, а 22%, напротив, отметили снижение показателя.

Борис ЕФИМОВ.

Идеи

## Торговать лекарствами И ДИСТАНЦИОННО

Президент РФ Владимир Путин поручил правительству до 1 июля 2022 г. доработать проект федерального закона о дистанционной торговле лекарствами. В обновлении проекта документа должны принять участие органы исполнительной власти регионов, представители «Единой России», «Деловой России», профессиональных и пациентских некоммерческих организаций (ассоциаций, союзов).

Минэкономразвития в конце 2021 г. внесло в правительство проект поправок к Федеральному закону № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», распространяющий экспериментальный правовой режим на дистанционную торговлю рецептурными лекарствами. Сообщалось, что документ поступит в Госдуму к августу 2022 г. Теперь этот срок сдвинут на 1 июля.

При этом Президент РФ поручил правительству обеспечить реализацию комплекса мер, связанных с лекарственным обеспечением и доступностью медицинской помощи, в том числе для своевременной диагностики сахарного диабета.

Минздраву предстоит продлить срок действия рецептов на препараты, необходимые пациентам с хроническими заболеваниями.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Решения

## Новый транш из резервного фонда

Правительство Российской Федерации выделило дополнительное финансирование на страховые выплаты медицинским работникам. Распоряжение № 1141-р от 11 мая 2022 г. подписал председатель Правительства РФ Михаил Мишустин.

Соответственно, ещё более 10,7 млрд руб. будет направлено на страховые выплаты медицинским работникам, которые помогают больным с коронавирусной инфекцией.

По указу Президента, подписанному в мае 2020 г., право на дополнительные страховые гарантии есть у врачей, среднего и младшего медицинского персонала, а также водителей скорых, которые, помогая больным коронавирусом, заразились сами, – на это обратил внимание на заседании Правительства М.Мишустин. В 2021 г. медицинским работникам уже предоставлены единовременные страховые выплаты на общую сумму 22,2 млрд руб. В текущем году их уже предоставили на общую сумму свыше 11 млрд. Новый транш из резервного фонда позволит в полном объёме обеспечить финансирование этой меры поддержки до конца II квартала 2022 г. Важно, чтобы эти средства выплачивались своевременно и в полном объёме.

Андрей ДЫМОВ.

Подписка-2022

ПОЧТА РОССИИ

### Подписные издания

Официальный каталог Почты России на второе полугодие 2022

5 900 изданий на [podpiska.pochta.ru](http://podpiska.pochta.ru)



### Уважаемые читатели!

Оформить подписку на «Медицинскую газету» можно воспользовавшись каталогами:

- ✓ Официальный каталог «Почта России» на второе полугодие 2022 г.
- ✓ Электронный каталог «Почта России».

#### Подписной индекс

**ПН014** – на месяц.

- ✓ Каталог периодических изданий – газеты и журналы, второе полугодие 2022 г. («Урал-Пресс»).

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

### КАТАЛОГ периодических изданий газеты и журналы

II полугодие 2022 года

Избранные издания для бизнеса

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

Справки по телефонам: 8 (495) 608-85-44, 8-916-271-08-13.

**Вначале – радостная новость. В № 11 «Медицинской газеты» от 24.03.2021 была опубликована статья «Ещё раз про нелюбовь». История, рассказанная в ней, завершилась благополучно. А суть такова: клинический ординатор из Новороссийска попал в жернова правоохранительной системы, едва начав свой путь в профессии.**



Молодой хирург выполнил пациенту операцию по поводу флегмоны кисти, восходящего лимфангоита. Операция прошла успешно, послеоперационный период с положительной динамикой: пациент ходит, говорит, питается самостоятельно, он эмоционально стабилен. Но поздним вечером на вторые сутки после операции у пациента вдруг развивается острое психическое состояние в виде галлюциноза с психомоторным возбуждением. Его переводят в отделение реанимации, где у мужчины случаются подряд два ишемических инсульта с выходом в вегетативное состояние. Через год и 7 месяцев больной умер. Виновным в его смерти сразу объявили... хирурга.

Между тем необходимой в данном случае комплексную судебно-психиатрическую и судебно-токсикологическую экспертизу не проводили, профильных специалистов – психиатра, нарколога, токсиколога – не привлекали, во время патолого-анатомического вскрытия не было выполнено никакой диагностики на выявление химического объекта в органах и тканях, которые свидетельствовали бы о токсическом поражении организма. На чём же основывалось обвинение, предъявленное молодому врачу? Да фактически ни на чём. Тем не менее, работы в стационаре он сразу лишился, администрация больницы даже не пыталась сама разобраться в произошедшем, доверив это правоохранителям.

Больше 2 лет длились следствие и суд. Врач оказался на скамье подсудимых по статье 109 УК РФ. В свою очередь родственники умершего потребовали с больницы один миллион рублей, которые та им безропотно перечислила, и тут же подала регрессный иск к «виновному» врачу с требованием вернуть деньги. Герой нашей публикации твёрдо решил защищаться и в итоге выиграл оба дела: он признан невиновным в гибели пациента, следовательно, возвращать лечебному учреждению деньги, которые выплачены родственникам больного в качестве компенсации морального вреда, не должен. Такое решение вынес суд 15 апреля 2022 г. С чем мы и поздравляем доктора, чью карьеру и жизнь едва не сломали на взлёте.

### Абсурд крепчает

Просто диву даёшься, с какой лёгкостью руководство лечебных учреждений «сдаёт» своих врачей. В моду вошло подавать регрессный судебный иск к сотруднику, якобы, по вине которого больница выплатила пациенту денежную компенсацию вреда, причинённого здоровью. Слово «мода» в данном случае не случайное, подобных исков становится всё больше. Другое дело, что результаты по ним далеко не всегда такие, о которых мечтает истец: вырыв яму другому, руководители лечебных учреждений нередко сами же в неё и попадают.

Почему практика регрессных исков вдруг стала популярной в отечественном здравоохранении? Как врачу не попасть в такую ситуацию? И вообще, на каком фундаменте выросла современная система уголовного

будет уже невозможно, так как запущен строгий протокол, в рамках которого работает правоохранительная система. Единственное, что останется делать врачу и медицинской организации, – искать хорошего адвоката.

Так вот, сегодня администрации лечебных учреждений стали всё чаще не то что не спешить с разбором ЧП, а, напротив, поднимать руки вверх перед судом и Следственным комитетом. Почему? Потому что их «озарило»: коль скоро врач автоматически привлекается третьим лицом к числу ответчиков по иску пациента, и коль скоро вслед за уголовным делом суд будет рассматривать

но на самом деле нет: родители пациента подали иск сначала на сумму 10 млн руб., а затем удвоили её за некачественное оказание медицинской помощи. Дело в том, что на начальном этапе лечения в региональной больнице во время бужирования пищевода была допущена его перфорация. Это является прогнозируемым осложнением при стриктурах пищевода. Врачи с ним благополучно справились, пациент жив, никаких последствий для его здоровья данный инцидент не имеет. Но кто-то всё-таки убедил родителей мальчика выставить претензию, в итоге открыто гражданское

коль скоро хирург не виновен, он не может быть участником этого процесса в принципе, пусть лечебные учреждения и Минздрав России дальше судятся с истцом и сами с ним расплачиваются. Надеюсь, нам это удастся.

### Порочная практика

**– Кто в большей степени нуждается в просвещении: врачи или руководители медицинских организаций?**

– Если мы говорим о перспективе регрессных исков, то в первую очередь надо взывать к здравому смыслу вторых, но ещё лучше – организовать для них курс юридических знаний, обязательный при прохождении специализации по организации здравоохранения. Следует объяснять главврачам основы трудового законодательства, разницу между уголовным и гражданским исками, суть регрессных исков и целесообразность их подачи, а также особенности юридической службы медицинской организации и требования при наборе сотрудников в эту службу.

**– Возвращаясь к истории новороссийского хирурга, которого вы защищали: суд его в итоге оправдал, никакой врачебной ошибки не было, а лечебное учреждение к тому времени уже поспешило выплатить истцу деньги за причинённый моральный вред. И что теперь? Больница должна судиться с людьми, которые эти деньги у неё отсудили, и добиваться их возврата?**

– А истец-то тут причём? Ничего он не должен возвращать, ведь больница по решению суда эти деньги ему выплатила.

Другой вопрос, почему медицинская организация так легко согласилась с обосновательным, на наш взгляд, судебным решением, не попыталась защищаться? Возможно, потому, что появились «лишние» деньги. Ведь практики регрессных исков не было ни в 1990-х годах, ни в «нулевых». Она сформировалась только когда в здравоохранении появились деньги, и данное обстоятельство оказалось мощным стимулом для пациентов, их адвокатов к тому, чтобы требовать материальное возмещение за нежелательные результаты оказания медицинской помощи.

В этой связи впору ставить перед федеральным и региональными минздравами вопрос, почему государственные клиники стали выплачивать такие крупные суммы совершенно безропотно. Даже если государственная медицинская организация заработала эти деньги внебюджетной деятельностью, её доходы и расходы должны контролироваться учредителем.

Однако учредитель не интересуется, почему судебные дела к больницам так легко выигрываются стороной защиты пациента. Если анализ дефектов оказания медицинской помощи худо-бедно проводится, то системного анализа ошибок, которые допускают медицинские организации во время следствия и судебных процессов, никто не проводит ни в министерствах экономического блока Правительства, ни Минздраве, ни в Росздравнадзоре, ни в Федеральном фонде ОМС. В то же время суммы исков, которые взыскиваются с лечебных учреждений, уже заходят за грани разумного – 10 млн, 20 млн руб. Я уже не говорю об обоснованности самих исков, ведь реальные неблагоприятные последствия оказания медицинской помощи чаще всего не соответствуют таким суммам.

В этой связи складывается впечатление, что сама возможность регрессных исков всех устраивает

### Проблемы и решения

# Дорогое правосудие

## На врачах зарабатывают все, кто может

преследования медработников в России? Ответы – в интервью постоянного эксперта «МГ» по правовым вопросам, адвоката, доктора медицинских наук, профессора Николая ГРИГОРЬЕВА.

**– Николай Николаевич, мы с вами уже неоднократно говорили о правовой уязвимости российского врача. Казалось бы, сам факт криминализации нежелательных последствий оказания медицинской помощи, то есть осуждение врачей по уголовным статьям, как убийц – это уже край. Но выясняется, что у абсурда нет предела. Появились регрессные иски. Каким будет следующий шаг против врачей?**

– К сожалению, не существует рекомендации, как врачу не попасть в ситуацию с регрессным иском. Потому что он попадает в эту ситуацию автоматически при нынешнем порядке правосудия в отношении медработников и при нынешней манере поведения руководителей лечебных учреждений.

Сначала давайте ещё раз поясним, как в идеале должна действовать администрация лечебного учреждения в случае, если во время оказания медицинской помощи или после этого у пациента наступили серьёзные осложнения, и есть вероятность, что пациент обратится с заявлением в полицию или Следственный комитет. Прежде всего, руководству больницы сразу, как только произошло ЧП или поступила жалоба от пациента, необходимо предпринять меры к эффективной защите: провести разбор клинического случая внутри учреждения, обратиться к экспертному мнению профессионального сообщества, собрать материалы для доказательства отсутствия у врача злого умысла причинить вред больному.

Однако в реальности руководители учреждений упускают время, а ещё хуже – сразу объявляют сотруднику выговор, чем фактически соглашаются с тем, что он в чём-то виновен. В итоге в больницу приходит следователь и начинает дознание, затем возбуждается уголовное дело против медицинской организации и врача. Остановить этот процесс

гражданский иск пациента к больнице о компенсации морального вреда, то на осуждённого «за преступление» доктора можно будет затем переложить ещё и финансовую ответственность.

**– Почему такое в принципе стало возможным?**

– Потому что налицо практически тотальная откровенная слабость юридической службы медицинских организаций. В основном здесь занимаются госзакупками и не имеют никакого опыта работы в судебном процессе. Именно по этой причине лечебные учреждения так легко проигрывают дела по искам пациентов и их родственников. Те же больничные юристы убеждают главного врача подать регрессный иск к «провинившемуся» сотруднику: зачем тратить силы на то, чтобы доказать отсутствие врачебной ошибки, если можно просто заплатить истцу, а затем вернуть свои денюжки?

Несколько раз такой механизм сработал и потому стал популярным. Особенно активно регрессные иски практикуются в хирургии. По моему убеждению, данная практика не только порочная, но и аморальная, поэтому рекомендую медработникам не опускать руки и защищаться. Есть ли шанс на успех? Есть. Мы имеем в практике уже немало случаев, когда суд отклоняет регрессные иски администрации медицинских учреждений к хирургам. Более того, с врача вообще снимаются обвинения в причинении вреда здоровью пациента.

Разумеется, это всегда сложные и длительные процессы, но ради справедливости в отношении врачей имеет смысл приложить усилия.

В качестве примера – история хирурга одной из федеральных детских клиник. Сюда поступил мальчик из Читы, который по ошибке выпил щёлочь, а бабушка, испугавшись, заставила его запить водой, в итоге – серьёзный химический ожог пищевода. В общей сложности ребёнку оперировали в четырёх лечебных учреждениях, включая столичные. Специалисты выполнили сложную многоэтапную пластику пищевода, фактически создав его заново. Казалось бы, всё хорошо,

дело в отношении читинской больницы, федеральной клиники, конкретного московского хирурга и заодно Министерства здравоохранения РФ.

**– Что-то я запуталась: перфорировали пищевода в одной больнице, а иск на 20 млн – к другой?**

– Именно так. Повторю: суть иска – некачественное оказание медицинской помощи, при том, что с таким ожогом мальчик вообще мог погибнуть, но специалисты высочайшего уровня сначала в Чите, затем в Москве спасли ему жизнь и вернули здоровье.

Мы получили очередной «процесс века», который тянется уже третий год: нарушение законов логики в судопроизводстве приводит к тому, что ситуация доводится до абсурда. Федеральная клиника ещё не выплатила истцу 10 млн руб., но защищается очень вяло, и велика вероятность, что суд встанет на сторону истца. Соответственно, лечебное учреждение захочет вернуть эти деньги, оформив регрессный иск к своему сотруднику. По крайней мере, администрация его об этом уже предупредила.

**– А почему следователи вообще приняли заявление родственников к рассмотрению, если реального вреда здоровью пациента нет?**

– Хороший вопрос. Добавлю к нему ещё один: а почему в России в отношении медицины применяется закон «О защите прав потребителей»? Я тридцать лет в криминалистике, но того, что происходит сегодня – как легко лечебные учреждения сдаются под натиском пациентского экстремизма, а правоохранители возбуждают дела против медиков на пустом месте – на моей памяти не было.

**– Есть ли шанс оправдать столичного хирурга, который успешно выполнил мальчику сложную пластику пищевода?**

– Мы уже добились оправдания в уголовном деле, которое против него было возбуждено. Никакой вины за врачом суд не признал. А сейчас пытаемся выиграть гражданский процесс как раз по поводу многомиллионного иска. Наша задача – доказать, что,

вает: медицинская организация вернёт «потерянные» деньги, потребовав их с врача, из-за которого ей пришлось расплатиться по иску пациента, значит, и учредителю можно не беспокоиться о финансовом благополучии больницы. Не устраивает эта порочная практика только рядового врача, который оказывается крайним.

### Устранить корень зла

– Если следовать данной логике, то повернуть ситуацию вспять можно только одним способом – уменьшить финансовое обеспечение медицины. Но это, как мы понимаем, не реально.

– Нереально и ненужно. Уже накоплен достаточный опыт судебной практики по защите врачей от обязательств по регрессным искам, на основе которого можно вносить соответствующие корректировки в законодательство, регулирующее правовое обеспечение медицинской деятельности в РФ. Это в прежние годы мы с Российским обществом хирургов работали в формате «творческой мастерской», то есть применяли новые подходы к выстраиванию линии защиты обвиняемого врача, шаг за шагом двигаясь к формированию неких шаблонов в этом вопросе. Сегодня то, что ещё недавно было юридическим эксклюзивом, может быть масштабировано.

А теперь главное. Финансовое благополучие системы здравоохранения – это всего лишь благоприятное условие для регрессных исков больниц к врачам. Первопричина же, корень зла всей системы слабой правовой защищённости российского врача гораздо глубже. И если не выкорчевать этот корень, положение медработников не изменится.

Проблему надо решать комплексно, устраняя каждую из её составляющих. Одна из них – повышенный с некоторых пор интерес Следственного комитета России (СКР) к здравоохранению. Вторая – в стране проявилось огромное количество юридических фирм, которые специализируются на защите пациентов в судах, но мало юристов, желающих и умеющих защищать врачей. Пожалуй, кроме Российского общества хирургов, которое беспокоится о своих коллегах, этим никто не занимается.

Третья составляющая – огрехи в системе судебной медицины. Недавно мне довелось побывать в экспертном центре Следственного комитета, поговорить с его сотрудниками. Они признают, что первичные судебно-медицинские экспертизы по так называемым врачебным ошибкам полны дефектов. Знаете, почему? Потому что проводятся экспертизы многочисленными коммерческими конторами, где работают люди, которые в силу образования и опыта никакого отношения не имеют к экспертной деятельности, не лицензированы для этого. В итоге пишутся заключения, которые не могут считаться объективными доказательствами вины медработников. Пример хирурга из Новороссийска – яркое тому подтверждение.

Судмедэкспертиза стала прибыльным бизнесом. По каждому уголовному делу проводится в среднем 2-3 экспертизы стоимостью от 300 тыс. руб. каждая. Платит, естественно, подозреваемый врач. А поскольку адвокаты подсудимых опротестовывают некачественные экспертные заключения, Следственный комитет проводит свои повторные комиссионные экспертизы за счёт бюджета, что тоже обходится государству недёшево. Колоссальный объём денег крутится в этой сфере, в итоге очень до-

рогое у нас выходит правосудие. При этом только 8% возбуждённых уголовных дел в отношении врачей доходит до суда.

– Зато какой общественный резонанс по каждому возбуждённому делу, как неистовствуют СМИ, как граждане благодарят государство за то, что защищает их от «врачей-убийц!» Про реальные результаты этой бурной деятельности никто ведь не рассказывает.

– В Следственном комитете говорят, что готовы к взаимодействию с профессиональным медицинским сообществом, а именно, к проведению совместных обсуждений, подготовке методических рекомендаций, в том числе, по формированию доказательной базы и правилам судебно-медицинской экспертизы, а также по доработке законов, направленных на правовое регулирование медицинской деятельности. Ситуация с валом пациентских жалоб в полицию и судебных исков к врачам не устраивает ни ту, ни другую сторону – ни медиков, ни правоохранителей.

Кстати, ещё одна из составляющих проблемы – безнаказанность граждан, которые пытаются предъявить врачу или медицинской организации обвинение по надуманному поводу. Существующая в Уголовном кодексе РФ статья 306 об ответственности за заведомо ложный донос о совершении преступления почему-то не применяется в «медицинских» делах. Между тем, при подаче заявления в МВД гражданин ставит подпись под предупреждением об ответственности за ложную информацию о «врачебной ошибке», что, по сути, является оговором.

Если бы данная статья УК РФ работала, это существенно снизило бы желание людей подавать обоснованные заявления о вине врачей в причинении вреда здоровью пациента. Прекратились бы многочисленные походы в суд за деньгами. Потому что сегодня, как я уже сказал, до суда доходит всего 8% дел, возбуждённых по заявлениям пациентов и их родственников, а остальные «преступления» в итоге по результатам расследования оказываются надуманными. Но никто из заявителей уголовной ответственности за это не несёт, хотя должны.

– Чем это отличается от наказания за клевету?

– Клевета – это публичное распространение заведомо недостоверных сведений, причинение вреда деловой репутации человека или учреждения. Каждый оскорблённый врач или клиника судятся с обидчиком самостоятельно, если считают нужным.

А в случае с заведомо ложным доносом уголовное дело в отношении «доносчика» должно возбуждаться автоматическим образом, поскольку, как уже сказано, при подаче заявления заявитель подписывает пункт об ответственности за дачу ложных показаний. Статья в УК РФ есть, надо просто ввести её в практику правоприменения. Общественные врачебные объединения или депутаты Госдумы могут инициировать запрос в Следственный комитет, МВД или Прокуратуру по тем ситуациям, когда была попытка возбудить в отношении врачей уголовные дела по заведомо ложным обвинениям: почему в отношении авторов этих заявлений не были возбуждены уголовные дела по статье 306 УК РФ? Мы до сих пор почему-то об этом никогда не говорили и на этом не настаивали. Мне кажется, пришло время.

Беседу вела Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

## Проекты

# Дополнительная переподготовка

Министерство здравоохранения РФ подготовило проект примерной дополнительной переподготовки по специальности «физическая и реабилитационная медицина». Программа рассчитана на 1008 академических часов. Медицинскую реабилитацию за последние 2 года развивают по поручению Президента РФ Владимира Путина.

На обучение по программе могут быть зачислены медицинские работники, соответствующие квалификационным требованиям по специальности высшего образования

«физическая и реабилитационная медицина». Программа является практикоориентированной, может частично или полностью реализовываться в форме стажировки, включает обучающий симуляционный курс. При этом в процессе обучения могут быть использованы «дистанционные образовательные технологии и электронное обучение».

Больше всего часов будет отведено дисциплине «базовые фундаментальные знания, необходимые врачу физической и реабилитационной медицины» (339 часов), меньше всего – «образовательные технологии в физической и реабилитационной медицине» и «меди-

цинской реабилитации при ожогах и отморожениях» (по 3 часа каждой).

Предполагается, что специалисты по медицинской реабилитации в процессе переподготовки должны улучшить такие навыки, как оказание экстренной медицинской помощи, проведение обследования пациентов для выявления нарушений функций и структур организма и последовавшего за ними ограничения жизнедеятельности, назначение мероприятий по медицинской реабилитации, контроль эффективности и безопасности реабилитации и др. Всего рабочие программы учебных модулей содержат 27 разделов.

Примечательно, что ещё в октябре 2018 г. федеральный Минтруд утвердил профессиональный стандарт «специалист по медицинской реабилитации», а специальность «физическая и реабилитационная медицина» появилась в номенклатуре в 2019 г.

Игорь КОРАБЛЁВ.

## Тенденции

# Суррогатное материнство: требуются доработки

Законопроект, призванный ограничить сферу суррогатного материнства в стране путём введения запрета на услугу для иностранцев и людей без гражданства России, нужно доработать, говорится в официальном отзыве Правительства РФ. Министры поддержали концепцию документа, но указали на необходимость внести в проект ряд уточнений.

Документ разработала группа депутатов во главе с вице-спикером Госдумы РФ Петром Толстым, законопроект был внесён в нижнюю палату отечественного парламента в декабре 2021 г. Авторы предложили изменить некоторые положения федеральных законов № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», № 62-ФЗ «О гражданстве РФ» и Семейного кодекса РФ.

В частности, предлагается запретить проведение программ сурматеринства в России для иностранцев, людей без российского гражданства и пар, официально не состоящих в браке (кроме одиноких россиянок). Также предложено наделить российским гражданством детей от иностранцев, которые рождены суррогатными матерями на территории страны.

«Как представляется, в качестве основной цели при решении соответствующих вопросов следует рассматривать необходимость создания системы эффективных мер и механизмов, обеспечивающих гарантированную защиту прав всех участников таких отношений», – отмечается в отзыве правительства.

Предлагается решить вопрос о возможности использования суррогатного материнства иностранцами или людьми без гражданства РФ, которые состоят в браке с россиянами, «исходя из сроков совместного проживания в браке и проживания на территории РФ». Также, говорится в отзыве, необходимо детально регламентировать предмет договора о суррогатном материнстве.

Законопроект содержит риски нарушения некоторых прав и интересов рождённого суррогатной матерью ребёнка, указывают авторы отзыва. Кроме того, нужно решить вопрос о возможном использовании донорских половых клеток и эмбрионов россиян иностранными гражданами.

В правительстве также указали, что вводимый законопроект запрет для иностранцев на использование вспомогательных репродуктивных технологий может рассматриваться как нарушение

Россией положений ряда международных соглашений, в том числе договора о Евразийском экономическом союзе 2014 г.

Первый аналогичный законопроект был подготовлен той же группой депутатов в июне прошлого года. В октябре 2021 г. Правительство РФ опубликовало отзыв на законопроект, указав, что готово его поддержать в случае доработки. Например, предлагалось добавить изменения в закон № 323-ФЗ «в части включения положений о гражданстве и месте проживания потенциальных родителей и суррогатной матери». Кроме того, правительство предложило наделить органы опеки правом контроля за договорами о программах суррогатного материнства и наблюдения за потенциальными родителями, в том числе после рождения детей. После этого, в декабре 2021 г., была представлена новая версия законопроекта, однако существенных изменений там не было.

В новом отзыве Правительства РФ на второй законопроект подчёркивается, что замечания в части полномочий органов опеки и попечительства, изложенные в октябрьском отзыве, сохраняют свою актуальность.

Леонид ПОЛЯКОВ.

## Перемены

# Взаимодействие по-московски

Департамент здравоохранения Москвы утвердил регламент взаимодействия медицинских организаций по профилям «акушерство и гинекология» и «онкология» и «клиентские пути (схемы)» ведения пациенток с подозрением на злокачественные новообразования женского генитального тракта. Ранее аналогичного порядка не существовало.

Согласно приказу, медучреждениям необходимо обеспечить выполнение в полном объёме назначенных обязательных исследований и консультаций пациентам с подозрением на онкологические заболевания.

Руководители клиник, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю «акушерство и гинекология», должны назначить ответственного за соблюдение

сроков оказания медпомощи. Отмечается, что такой специалист должен быть из числа заместителей главного врача.

Акушеры-гинекологи теперь смогут через электронные системы самостоятельно передавать данные онкологам о пациентах с подозрением на злокачественные новообразования, а в учреждении, специализирующиеся по профилю «акушерство и гинекология», будут приглашаться онкологи для проведения консультаций.

Директору Центра диагностики и телемедицины департамента Юрию Васильеву поручено организовать двойную независимую расшифровку рентгенографий молочных желёз и обеспечить соблюдение сроков проведения их расшифровки. После подтверждения у пациентки, наблюдающейся по профилю «акушерство и гинекология», онкологического заболевания она направляется в Московский клини-

ческий научно-практический центр им. А.С.Логина, где определяется дальнейшая тактика ведения.

Главному специалисту по акушерству и гинекологии Департамента здравоохранения Москвы Антону Оленеву и главному онкологу департамента Игорю Хатькову вверена организация регулярных (не реже раза в квартал) совместных клинических разборов с руководителями и лечащими врачами, специализирующимися по этим профилям.

Ранее, что интересно, сообщалось, что количество исследований по онкодиагностике за первое полугодие 2021 г. в столице выросло в 1,5 раза по сравнению с аналогичными показателями 2020 г. В апреле отмечалось, что число высокотехнологичных операций онкологического профиля увеличилось почти на 50% за 3 года.

Григорий МАТВЕЕВ.

Наверное, для женщины самым востребованным врачом является акушер-гинеколог, к которому она обращается по месту жительства. От качества его работы, профессионализма, умения найти контакт, построить доверительные отношения зависит очень многое. Прекрасно это понимая, вот уже почти 30 лет заведующая научно-поликлиническим отделением НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова профессор Вера Прилепская с коллегами организует конгресс «Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы», стараясь содействовать повышению профессионального уровня докторов, находящихся на переднем крае.

### Заслон репродуктивным потерям

Приветствуя акушеров-гинекологов, академик РАН Галина Савельева, сама работавшая в женской консультации, подчеркнула, как это сложно, встретившись с пациенткой в первый раз, поставить правильный диагноз, назначить исследования, определить прогноз, и всё это в условиях ограниченного времени приёма. Правда, на помощь приходят новые технологии, тем не менее работа очень непростая и особенно ответственна в условиях демографического кризиса. Численность женщин фертильного возраста неуклонно сокращается, с 2000 г. минус 5 млн 700 тыс., и сейчас в стране всего 34 млн представительниц прекрасного пола, потенциально способных к деторождению.

Конечно, врачи не в состоянии активно повлиять, например, на повышение рождаемости. Здесь велика роль социальных факторов, настраивающих общество на сохранение семьи, вступление в брак, многодетность. Но всё, что зависит от акушеров-гинекологов, должно выполняться качественно и в полном объёме, отметила заместитель директора Департамента медицинской помощи детям, службы родовспоможения и общественного здоровья Минздрава России Анна Олина. Это относится и к ведению беременностей, наблюдению за женщинами.

По мнению А.Олиной, статистические данные должны постоянно анализироваться, нужно внимательно смотреть за каждой долей процента, характеризующей, в том числе, исходы беременностей.

– Наверное, надо анализировать репродуктивные потери в расширенном толковании. Тогда мы сможем выявить те ключевые позиции, на которые следует воздействовать, – считает представитель Минздрава России.

Дело в том, что в основную структуру репродуктивных потерь входят самопроизвольные выкидыши, мертворождения, младенческая смертность, а вот в расширенную включена уже и материнская смертность, и внематочная беременность, и даже аборт по желанию женщин. В подтверждение слов А.Олиной представила данные о доле внематочной беременности в структуре материнской смертности. Пусть абсолютное число небольшое, всего 4 случая, но эти женщины погибли.

– В современном мире при таких диагностических технологиях мы не должны терять женщин от внематочной беременности, – подчеркнула представитель штаба отрасли.

В целом показатели прерывания беременности, внематочной беременности снижаются, но их влияние на материнскую смертность огромно. Кроме того, в структуре прерывания беременности растут самопроизвольные выкидыши, замершая беременность и, к сожалению, есть случаи криминального аборта. В 2021 г. зарегистрировано 87 таких абортов.

– И это плохой показатель работы нашей службы, – отметила А.Олина.

Если сравнить данные по невынашиванию беременности, предоставляемые женскими консультациями и стационарами, то разница в выкидышах колоссальная: на

тысячи больше случаев регистрируется в стационарах, чем в женских консультациях. Это значит, что женщины не наблюдались до беременности, на ранних её сроках и вряд ли придут в женскую консультацию после выписки из стационара. Здесь кроется большой резерв для службы.

### Настораживающие расхождения

Преждевременные роды не входят в структуру репродуктивных потерь. Но они имеют связь с младенческой смертностью. А.Олина также обратила внимание на расхождение показателей. По данным женских консультаций происходит меньше преждевременных родов, чем по данным стационаров. Почему-то в последние 3 года показатели отличаются, хотя ранее были идентичны. Это же подтвердил и главный внештатный

возможны приписки и не совсем качественный сбор сведений, мы видим, что с введением доборного консультирования, медико-социальных кабинетов сохраняется до 20% беременностей тех женщин, которые приходят с настроением на прерывание.

Следует упомянуть о расширении возможностей влияния на женское население. Департамент теперь приобрёл ещё одну часть в своём названии – «общественного здоровья». И нельзя не использовать эти возможности, в том числе в плане профилактики преждевременных родов. Ведь хорошо известно, что факторами риска являются алкоголь и табакокурение. Между тем, до 20% женщин курят, что непосредственно сказывается на здоровье будущего поколения. По результатам опросов, многие употребляют алкоголь во время беременности. Население на сегодняшний день не осознаёт, что

вроде бы, появился хороший шовный материал, используется другая техника, чем 30 лет назад, но отдалённых осложнений после КС стало гораздо больше. Известно, что при КС, особенно экстренном, в 4 раза чаще возникают тромбозомболические осложнения по сравнению с нормальными родами, в 3,5-4 раза – массивные кровотечения, на порядок чаще – эндометриты.

Образование ниши в области рубца на матке – патология не столь распространённая, но знать о ней врачам женских консультаций нужно. Они должны понимать, что им делать, когда пришла пациентка с нишей. Иногда, в силу неосведомлённости, они даже посылают женщину на прерывание беременности, что, как считает Р.Шмаков, немыслимо.

Об опыте работы женской консультации в современных условиях поведал А.Оленев, отметивший, что

– Обязательно должно учитываться мнение тех, кто находится на первой линии взаимодействия с пациентами, – считает Г.Савельева.

В клинических рекомендациях есть упоминание целевой аудитории. Но что это такое, чёткого толкования нет. В одних актуальных на сегодняшний день КР, которыми доктор пользуется, указано, что они предназначены и для студентов, ординаторов, аспирантов, в других – только «для врачей».

– Надо договориться, для кого пишем клинические рекомендации. Это тогда изменит и их качество, – полагает А.Олина.

Ещё хуже ситуация, когда профессиональное общество не попадает в разработчики клинических рекомендаций. Например, в КР по железодефицитной анемии акушеры-гинекологи названы целевой аудиторией, но их даже не пригласили к обсуждению.

### Острая тема

# Женское здоровье: от рождения до старости

## С акцентом на амбулаторный этап

акушер-гинеколог Департамента здравоохранения Москвы Антон Оленев. По его словам, количество преждевременных родов по сведениям женских консультаций значимо ниже по сравнению с данными стационаров.

Роль женской консультации, по мнению А.Олиной, состоит отнюдь не в том, чтобы просто зафиксировать исходы. Женская консультация, кабинеты антенатальной охраны плода и в целом служба пренатальной диагностики в соответствии с приказом № 1130Н Минздрава России должны были трансформироваться и начать работу по профилактике серьёзных акушерских осложнений, и в том числе преждевременных родов. Однако всего 5,7% беременных попадают в группу риска по преждевременным родам, примерно столько же и родили преждевременно.

– Значит, пока наша служба в плане профилактики работает неэффективно. Группа женщин высокого риска должна быть 15-20%, – мотивировала акушеров-гинекологов А.Олина.

– Действительно, не совсем правильно оценивать в рамках региона показатель перинатальной смертности как деятельность акушерских стационаров, в первую очередь это деятельность женских консультаций, – считает А.Оленев.

Презкламсия также остаётся очень серьёзной проблемой, напрямую касающейся амбулаторного звена. С каждым годом её процент, особенно тяжёлых случаев, увеличивается. Необходимо понять, с чем это связано. По словам представительницы Минздрава России, статистическая отчётность свидетельствует о том, что мало регистрируется женщин группы риска. Ситуация аналогичная, как и с преждевременными родами. Каждый регион должен провести анализ эффективности этой работы, посмотреть, какие профилактические меры были применены. Может быть, нужно вести дистанционный мониторинг артериального давления, чем сейчас хвалятся терапевты, или изменить подход к назначению препаратов.

– Число абортов снижается. И это хорошо, – с удовлетворением констатировала А.Олина. – Конечно, статформы не охватывают всех данных по частным клиникам. Но всё равно количество прерываний беременностей в целом уменьшается. Как бы ни относились к статистике и не говорили, что

не существует норм потребления алкоголя по отношению к беременной. Она вообще не должна к нему прикасаться. Ни одна доза алкоголя не является безопасной для матери, а тем более для плода.

### Предупредить осложнения

Круг вопросов, затрагиваемых на конгрессе, был широк: повышение доступности и качества медицинской помощи женщинам и детям, профилактика абортов, современные достижения контрацепции, правовые основы защиты врача, вспомогательные репродуктивные технологии, особенности ведения беременностей с экстрагенитальной патологией, онкологические заболевания репродуктивной системы и многое др.

Так, о связи акушерской патологии и ожирения говорил академик РАН Владимир Серов. По его словам, динамика метаболических изменений за последние годы устрашающая. Между тем, метаболический синдром даёт около 20 заболеваний: ожирение, диабет 2-го типа, нарушение гемостаза, атеросклероз, гиперплазия эндометрия, рак молочной железы, поликистоз яичников и т.д.

Кстати, при метаболическом синдроме возникает физиологически выраженный иммунодефицит в 20-23 недели беременности. В это время, если проводится криминальный аборт, легко развивается септический шок с тяжёлыми последствиями. А в другое время такое не происходит, потому что иммунная система к родам восстанавливается.

– Человечество пока против ожирения бессильно, эффективных препаратов для его лечения нет, – констатировал академик.

А член-корреспондент РАН Виктор Радзинский напомнил, что от ожирения умирает больше людей, чем от голода, и остановился на гинекологических раках в связи с этим. По его словам, ожирение увеличивает риск рака молочной железы в 1,2-2,6 раза.

Почему развивается ниша в области рубца на матке после кесарева сечения (КС), и как вести такую беременность? Этому вопросу посвятил своё сообщение главный акушер Минздрава России Роман Шмаков. Когда акушерство стало перинатальным, тенденция к повышению частоты оперативного родоразрешения усилилась. В некоторых странах процент КС достигает 50. В России в прошлом году был 31%.

более 80% беременных в столице поступают под наблюдение в сроке до 12 недель. Это хороший показатель. В Москве, в отличие от других регионов, появилась возможность проведения масс-скрининга в виде неинвазивного пренатального тестирования. Что способствовало выявлению тех пациенток, которые при базовом стандартном подходе к пренатальному скринингу не были бы отнесены к группе высокого риска по рождению детей с хромосомными аномалиями.

Будущее, по мнению А.Оленева, – за развитием электронных систем. Компьютеризация, интеграция информационных технологий позволяют не только оценивать эффективность деятельности женской консультации в целом, но и каждого врача по его работе с диспансерными группами. Тем более, что значение амбулаторного звена возрастает, особенно в свете развития стационарозамещающих технологий. Все идёт к тому, что количество круглосуточных коек будет уменьшаться.

Три четверти гинекологических операций в минувшем году – это малые операции, которые можно выполнять в стационарах кратковременного пребывания и отпустить большинство пациенток домой практически в тот же день. В том числе и экстренные показания могут быть основанием для попадания на койки кратковременного пребывания. Причём эти случаи оплачиваются точно так, как 3-4-дневное пребывание. Главные врачи заинтересованы в развитии таких стационаров, поскольку затраты значимо меньше.

Главный гинеколог Минздрава России академик РАН Лейла Адамян сделала акцент на здоровьесберегающих технологиях в амбулаторной гинекологии. По её мнению, на амбулаторном этапе возможна даже роботхирургия. А уж любая пластическая операция – вообще хлеб для амбулаторного врача.

### Клинические рекомендации: работа над ошибками

На конгрессе немало говорилось и о клинических рекомендациях. Проведена огромная работа по их созданию, но всегда найдётся, что улучшить.

Сегодня, к сожалению, клинические рекомендации предусматривают не всё, с чем сталкиваются практические врачи, нерешённых вопросов много.

Крайне важная проблема – диспансерное наблюдение (не диспансеризация, а именно наблюдение). Сейчас нет документа, где бы было чётко прописано, как формируются диспансерные группы. А в некоторых клинических рекомендациях, скажем, по женскому бесплодию, сказано, что медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение вообще этим женщинам не требуются. Между тем, вполне реальна ситуация, когда женщина знает о своём бесплодии, приходит к акушеру-гинекологу и спрашивает, на какой ей лучше курорт поехать, чтоб улучшить репродуктивное здоровье и спланировать беременность?

– Надо исправлять ошибки и открыто их обсуждать. А стремиться есть к чему, – уверена А.Олина. – Примером могут служить клинические рекомендации по гиперплазии эндометрия, где написано, как пациентку обследовать на этапе диспансерного наблюдения.

### Памяти учёного

Стоит отметить, что нынешний конгресс посвящён 85-летию со дня рождения В.Кулакова, имя которого носит НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии. Поэтому было много воспоминаний и добрых слов в адрес академика.

– Достижения центра грандиозны. Он сегодня прекрасно оснащён и заполнен высококлассными специалистами, – отметила Г.Савельева. – Но нынешний директор центра Геннадий Сухих пришёл не на пустое место, а на ту базу, которая уже была приподнята и как следует восстановлена Владимиром Кулаковым.

Предыстория такова. После ухода Леонида Персианинова наступил спад, институт потихоньку превращался в обычную областную больницу. И в это тяжелейшее для учреждения время его возглавил В.Кулаков.

– Я счастлива, что мне удалось способствовать этому, – рассказала Г.Савельева. – Тогдашний министр здравоохранения С.Буренков спросил меня, ручаюсь ли за В.Кулакова? Я ответила «Да». Было принято решение назначить Владимира Ивановича директором. Считаю, что он много сделал для того, чтобы теперь Геннадий Тихонович вместе с коллективом мог шагать вперёд семимильными шагами, развивая центр и укрепляя взаимодействие с регионами.

Валентина ЕВЛАНОВА,  
корр. «МГ».

(Окончание. Начало на стр. 1.)

В своём приветствии Л.Рошаль отметил: «Пандемия ещё окончательно не ушла в прошлое, поэтому значительная часть врачей вынуждена принимать участие в форуме в дистанционном формате. Хотя такой формат, надо признать, расширяет аудиторию...»

Невозможно недооценить значение судебно-медицинской экспертизы. Специалисты этого профиля – барометр качества. От их знаний, компетенции, умений зависит очень многое. Мы понимаем, какое положение в стране, какие проблемы встают перед отраслью, но работаем и двигаемся вперёд».

Л.Рошаль подчеркнул и особую роль судебно-медицинской экспертизы и её важность при рассмотрении жалоб на медицинских работников. Не редко обращения, которые поступают в Следственный комитет, основаны на судебно-медицинских экспертизах. Отношение к ним должно быть предельно строгим и честным. В этом случае от их квалификации зависит не просто оценка результатов лечения больного, выводы о правильности тактики успешного или нет лечения, но и судьба медицинских работников. Тем более, что количество жалоб на качество оказания медицинской помощи неуклонно возрастает. Если ещё несколько лет назад в масштабах страны ежегодно поступало 5 тыс. жалоб, далее – 6-7 тыс., затем – 8 тыс. и количество их не уменьшается... Секрет Полишинеля, что многие из них носят меркантильный характер. Против врачей работают умные люди, чаще всего – юристы. НМП всегда выступала и выступает за справедливость, защищая коллег, которых, не имея никаких веских оснований, обвиняют в серьёзных преступлениях. Как например неонатологов из Калининграда. Их уже несколько лет обвиняют в убийстве недоношенного ребёнка. Хотя ведущие специалисты опровергают выводы следствия. НМП выступает за честность и профессионализм.

Руководитель отдела судебно-медицинских исследований судебно-экспертного управления Следственного комитета России Валерий Спиридонов также обратился к коллегам с приветственным словом. В возглавляемом им управлении сегодня трудятся более 500 специалистов. Оно стало большой экспертной организацией, хотя первые эксперты были приняты на службу в комитет всего 5 лет назад. Так была разрушена определённая монополия здравоохранения на проведение экспертиз. Принято решение и о расширении кадрового состава, идёт поиск и приём на работу новых специалистов, создаётся южный филиал в Ростове-на-Дону. Он присоединился к словам профессора Леонида Рошала, что главное – честность и профессионализм.

В церемонии открытия международного конгресса по судебной медицине принял участие заместитель главы Московской региональной делегации Международного комитета Красного Креста – Сергей Иванов. Он озвучил намерение продолжать сотрудничество с МОНИКИ и кафедрой судебной медицины в рамках популяризации и развития гуманитарной судебно-медицинской деятельности, как нового направления в судебной медицине. Так в прошлом году, благодаря совместным усилиями были разработаны две учебные программы, посвящённые вопросам работы судебно-медицинской службы в условиях ЧС. Будучи одной из крупнейших гуманитарных организаций, МККК ежедневно работает в ситуациях конфликтов и насилия по всему миру. В условиях сложных ситуаций, связанных с большим числом пропавших без вести и погибших, МККК прибегает к помощи судебной медицины, чтобы эффективно помогать пострадавшим, устанавливать личность умерших и обеспечивать уважительное обращение с их телами. Это также способствует соблюдению права семей знать о судьбе своих родных и удовлет-

В центре внимания

# Эра высоких технологий



С приветственным словом выступает В.Клевно

ворению потребностей тех, чьи близкие пропали или погибли. МККК уделяет особое внимание тесному сотрудничеству с экспертами-практиками и судебно-медицинскими учреждениями. С этой целью в рамках конгресса была организована специальная секция, посвящённая гуманитарной судебно-медицинской деятельности. Целью этого заседания являлся обмен знаниями и опытом, а также привлечение внимания к важной роли судебно-медицинских служб, принимающих участие в реагировании на гуманитарные потребности, особенно в сложных обстоятельствах, таких как конфликты, стихийные бедствия и миграция.

В работе конгресса традиционно принимали участие ведущие эксперты-практики и видные учёные, заведующие кафедрами и руководители судебно-медицинских экспертных учреждений. Кроме того, поделились собственными наработками, приняли участие в обсуждении актуальных проблем судебной медицины и экспертной практики специалисты не только из России, но и из многих стран зарубежья.

## Инновационные технологии

В этом году научная программа форума была составлена с упором на новейшие достижения в разных сферах судебной медицины. В ходе работы были обсуждены наиболее значимые экспертные исследования в области танатологии, лабораторной диагностики патологических процессов, экспертной и правоприменительной практики оценки вреда, причинённого здоровью человека.

Как и задумывали организаторы форума, мероприятие не было сухим обменом мнений и опытом маститых профессионалов. Применение новых методик и инновационных технологий в судебно-медицинской науке велось в формате междисциплинарного общения. И шло оно – что стоит особо отметить! – с участием представителей смежных отраслей. В две отдельные пленарные сессии были выделены: «Постмортальная визуализация и виртопсия» и «Гуманитарная судебная медицина».

В целом же программа конгресса 2022 г. получилась разнообразной, живой, интересной и яркой. Отечественные и зарубежные специалисты осветили прорывные проекты, нацеленные на повышение эффективности и качества судебной медицины и экспертной практики.

И этому способствовало плавное течение программных докладов о тенденциях и путях развития мировой судебной медицины в XXI веке и их обсуждение на специализированных секциях. Здесь речь шла о

процессуальных, организационных и методических основах судебно-медицинской экспертизы трупов, потерпевших, обвиняемых и других лиц, а также о вещественных доказательствах биологического происхождения и экспертизах по материалам дела и медицинским документам.

На первой пленарной сессии, посвящённой теоретическим, процессуальным, организационным и методическим основам судебно-медицинской экспертизы, В.Клевно выступил с докладом, посвящённым комплексной судебно-медицинской оценке морфологии и биомеханике переломов рёбер при травме тупыми предметами и представил современное состояние изучаемой проблемы.

Что касается актуальных вопросов обучения и допуска к профессиональной деятельности через аккредитацию специалиста по специальности «судебно-медицинская экспертиза», о них подробно рассказала проректор по послевузовскому и дополнительному образованию, заведующая кафедрой организации профессионального обучения и образовательных технологий Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Минздрава России, доцент, кандидат медицинских наук Ольга Природова. Проблемами независимой оценки квалификации судебно-медицинских экспертов и работой над их решением поделился советник президента Национальной медицинской палаты В.Плякин. О новых сведениях о структуре смертности от тяжёлых форм COVID-19, патологии и морфогенезе патологии внутренних органов после перенесённой новой коронавирусной инфекции сообщили профессор заслуженный врач РФ Олег Зайратьянц. Его выступление было встречено с особым интересом. Ведь пандемия – это время напряжённой работы не только врачей перепрофилированных отделений и больницы, скорой помощи, амбулаторного звена, но и патологоанатомической службы. Специалистами проведены тысячи исследований, они помогли в осуществлении диагностики при наиболее тяжёлых случаях заболевания. Выводы, которые они сделали, будут, безусловно, востребованы практическим здравоохранением. Например, что лёгкие больных после перенесённой пневмонии и реабилитации всё-таки восстанавливаются. Больше всего после COVID-19 страдает сердечно-сосудистая система. Это грозит серьёзным ростом заболеваемости населения, увеличением смертности от патологий сердца и сосудов.

С перспективами перехода Российской Федерации на использование МКБ-11 слушателей ознакомил доктор медицинских наук С.Черкасов.

Об освещении в средствах массовой информации результатов установления кровного родства и индивидуализации человека с интересным докладом «Молекулярно-генетические экспертные исследования в медийном поле: просто о сложном» выступил эксперт РАН, заместитель директора по высокотехнологичным исследованиям Российского центра судебно-медицинской экспертизы Минздрава России, профессор, лауреат Государственной премии РФ П.Иванов.

## Лидеры мнений из других стран

Большой интерес на первой сессии вызвали доклады иностранных участников. Директор Института судебной медицины и судебных наук Турции профессор Фарук Асиджиоглу (Faruk Asicioglu) рассказал об инновационных подходах в судебно-медицинской оценке шрамов на лице. Профессор Сохаро Мимасака (Sohtar Mimasaka) из Японии сделал доклад о возможности метода инфракрасной термографии в визуализации кровоподтёков. С историческими аспектами развития судебной медицины в Словакии познакомил слушателей директор Института судебной медицины Словакии профессор Юзеф Сидло (Józef Sidlo).

Изюминкой мероприятия стала совместная сессия Ассоциации судебно-медицинских экспертов и Межрегионального танаториологического общества (сопредседатели: доктор медицинских наук А.Ковалев, профессор А.Щеголев). Она была посвящена возможностям использования в судебно-медицинской практике новейших постмортальных методов визуализации и виртопсии (виртуальной аутопсии). В ходе сессии было заслушано шесть пленарных докладов. «Пределы возможностей использования методов лучевой диагностики в судебно-медицинской экспертизе и патологической анатомии» (А.Ковалев), «Виды организации выполнения посмертных лучевых исследований в мировой практике» (А.Щеголев), «Посмертная компьютерная томография при нахождении трупа в условиях низкой температуры» (докладчик – доцент, кандидат медицинских наук С.Дуброва), «Особенности выполнения контрастного усиления при посмертной КТ тел плодов и новорождённых» (докладчик – доктор медицинских наук У.Туманова), «Посмертная МРТ печени для оценки давности наступления смерти новорождённых в раннем посмертном периоде» (докладчик – О.Савва).

Впервые в программе конгресса была проведена самостоятельная пленарная сессия, посвящённая новому разделу – гуманитарной судебно-медицинской деятельности. Она была организована совместно с МККК (ведущие: доктор Луис Фондебридер (Luis Fondebrider), кандидат медицинских наук Алексей Абрамов). Сессия была посвящена комплексному и междисциплинарному подходу в процессе идентификации личности и опыту работы в условиях постконфликтов, когда сохраняется опасность от неразрешившихся боеприпасов. С целью подчеркнуть важность создания профессиональных сообществ в области судебно-медицинской экспертизы, были сделаны два доклада о создании профессиональных сообществ

судебно-медицинских экспертов из Азиатско-Тихоокеанского и Иbero-американского регионов. С докладами выступили наши коллеги из Португалии профессор Дуарте Виера (Duarte Nuno Vieira), Таиланда Панджай Вохарнди (Panjai Woharndee), Швейцарии Луис Фондебридер (Luis Fondebrider), Москвы Андро Христопер Пул (Andrew Poole Christopher), осуществляющие свою профессиональную деятельность под эгидой Международного комитета Красного Креста.

## Две параллельные сессии

После перерыва первый день конгресса продолжился работой двух параллельных сессий. На самой молодой сессии «Школа молодых учёных и специалистов» под председательством профессора Е. Баринава, доцентов докторов медицинских наук И.Буромского и М.Кислова были заслушаны доклады лидеров молодёжных исследовательских и научных проектов, представителей студенческих научных сообществ по актуальным темам судебной медицины.

Под председательством доцента доктора медицинских наук Е.Боговской, кандидата медицинских наук Е.Григорьевой и И.Кокуюлиной состоялся «Форум средних медицинских работников», который был посвящён обмену опытом и лучшими практиками, обсуждению актуальных проблем деятельности среднего медицинского персонала по специальности «судебно-медицинская экспертиза».

Не менее насыщенным выдался и второй день работы конгресса. Его первая половина параллельно началась двумя сессиями: «Медико-криминалистические исследования в экспертной практике» (сопредседатели: профессора В.Звягин, С.Леонов, кандидат медицинских наук Н.Романько) и «Судебно-химические и химико-токсикологические исследования в экспертной практике» (сопредседатели: Н.Крупина, доктор химических наук А.Григорьев).

Эстафету принял: «VI Крюковские чтения» и «Экспертиза профессиональных правонарушений медицинских работников».

На «Крюковских чтениях» (сопредседатели: профессор А.Авдеев, Е.Кильдюшов, доцент, доктор медицинских наук И. Буромский) обсуждались актуальные вопросы научной и практической деятельности по судебно-медицинской экспертизе.

На тематической совместной сессии Ассоциации судебно-медицинских экспертов и Института судебной медицины и патологии (сопредседатели: доценты, доктора медицинских наук В.Спиридонов и А.Максимов, О.Веселкина) были обсуждены наиболее проблемные аспекты производства экспертиз профессиональных правонарушений медицинских работников и их нормативно-правового регулирования.

В течение двух дней работы конгресса платформа зарегистрировала большое количество присутствующих, что говорит об авторитете мероприятия, его насыщенности и интересной программе, содержательных и весьма полезных докладах. Повышенное внимание к единственному в России международному конгрессу по судебной медицине свидетельствует о профессиональном интересе большого круга профессионального сообщества к научным исследованиям и разработкам как в России, так и за рубежом.

Закрывая мероприятие, президент конгресса В.Клевно поблагодарил докладчиков за интересные выступления, слушателей за активное участие, а также – научный и программный комитет, команду технического организатора «СТО Конгресс» и спонсоров Международного конгресса «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики – 2022» за хорошую организацию и проведение.

Алексей ПИМШИН.

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 17 (2329)

(Окончание. Начало в № 18 от 13.05.2022.)

Ультразвуковое В-сканирование проводится всем пациентам, когда плотная (зрелая) катаракта препятствует визуализации заднего сегмента глаза.

## Лечение

**Консервативное лечение.** Консервативное лечение старческой катаракты неэффективно. На сегодняшний день нет известных лекарственных средств, позволяющих вылечить катаракту или замедлить её прогрессирование.

Рекомендовано консультирование пациентов со старческой катарактой относительно прогрессирующей симптоматики заболевания, причин снижения зрительных функций и, при необходимости (прогрессирующая миопизация) – назначение очковой коррекции.

Хирургическое лечение. Рекомендовано всем пациентам с установленным диагнозом старческой катаракты удаление помутневшего хрусталика с имплантацией ИОЛ как единственный действенный эффективный и радикальный способ лечения катаракты при отсутствии противопоказаний. Среди многообразия разновидностей хирургических операций наибольшее распространение на современном этапе получила ультразвуковая факоэмульсификация (ФЭ).

Рекомендовано хирургу принимать решение о целесообразности оперативного лечения катаракты исходя из величины зрительных функций. Следует констатировать отсутствие универсальных и общепринятых методов исследований, позволяющих уязвлять состояние зрительных функций с качеством жизни пациента, нарушением его работоспособности и возможности выполнения привычной деятельности в быту.

Хирургическое лечение катаракты рекомендовано пациентам со снижением зрительных функций, приводящим к ограничению трудоспособности, которое больше не удовлетворяет их потребностям в остроте зрения и отсутствии побочных зрительных феноменов и создаёт дискомфорт в повседневной жизни. В современных условиях, когда пациенты предъявляют повышенные требования к качеству жизни и не принимают необходимости функциональных ограничений, связанных со снижением зрения, имеются обоснованные предпосылки к расширению показаний и более ранней хирургии катаракты. Настоящий этап развития хирургических технологий обосновывает целесообразность введения в клиническую практику условного порога, равного утрате центрального зрения до уровня 0,5 с коррекцией.

**Показаниями к хирургическому лечению катаракты являются:**

- снижение остроты зрения;
- клинически значимая анизометропия, связанная с катарактой;
- помутнения хрусталика, затрудняющие диагностику и/или лечение заболеваний заднего отрезка глаза;
- нарушения офтальмотонуса, связанные с развитием катаракты (фактоморфическая, факолитическая, факанофилактическая, факотопическая глаукомы).

**Относительными противопоказаниями к хирургическому вмешательству по поводу катаракты являются:**

- уровень остроты зрения с коррекцией на поражённом глазу, соответствующий потребностям пациента;
- наличие у пациента сопутствующей психосоматической патологии, не гарантирующей безопасного проведения оперативного вмешательства;
- отсутствие условий для адекватного послеоперационного ухода за пациентом и проведения ему соответствующего послеоперационного лечения.

Абсолютными противопоказаниями к хирургическому вмешательству по поводу катаракты можно считать ситуации, когда хирург не ожидает улучшения зрительных функций в результате проведения операции и при этом отсутствуют другие медицинские показания для удаления катаракты (фактогенная патология).

Следует подчеркнуть, что в условиях реальной клинической практики каждый пациент требует индивидуального подхода. И лечащий врач (хирург) должен принимать окончательное решение о правомерности и адекватности выбора хирургического лечения с учётом всех аспектов местного и системного статуса пациента.

## Предоперационное медицинское обследование

**Обязанности хирурга:**

- получить подписанное пациентом или уполномоченным лицом информированное согласие; обеспечить необходимый объём предоперационного обследования пациента (см. раздел «Офтальмологическое обследование»);

- убедиться, что медицинская документация достоверно отображает симптомы, клинические особенности и показания для лечения;

- провести беседу и разъяснить риски, преимущества, ожидаемые исходы хирургического лечения, включая ожидаемый рефракционный результат и хирургический опыт;
- обсудить результаты предоперационного

# Катаракта старческая

## Клинические рекомендации (протокол)

обследования с пациентом или уполномоченным лицом;

- определить объём хирургического вмешательства, подобрать соответствующую ИОЛ; определить и обсудить с пациентом или уполномоченным лицом тактику послеоперационного ведения (режим назначений препаратов, особенности ухода, ухаживающие лица);
- ответить на вопросы пациента о предстоящей операции и послеоперационном периоде, включая необходимые расходы.

Всем пациентам для замены помутневшего хрусталика или коррекции аметропии при сохранности связочного аппарата хрусталика и капсульной сумки рекомендован экстракапсулярный метод экстракции катаракты (ЭЭК). Преимущественным вариантом ЭЭК, получившим наиболее широкое распространение, является факоэмульсификация (ФЭ). Для профилактики инфекционных осложнений возможно применение антибактериальных и/или антимикробных лекарственных препаратов до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний). Всем пациентам необходимо проводить терапию лекарственными препаратами: группы м-холинолитиков и/или группы альфа-адреномиметиков в течение часа до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний).

При катарактах плотной консистенции рекомендовано применение метода лазерной экстракции катаракты. В рандомизированном исследовании ЭЭК и ФЭ через малый хирургический разрез были выявлены преимущества последней по меньшему количеству операционных осложнений и статистически значимо лучшей остроте зрения, также была установлена низкая частота развития вторичной катаракты в течение 1-го года наблюдений.

ФЭ с фемтосекундным сопровождением для замены помутневшего хрусталика или коррекции аметропии рекомендуется проводить в случаях (при низкой плотности клеток заднего эпителия роговицы, слабости или локальной несостоятельности связочного аппарата хрусталика) для уменьшения риска возникновения осложнений. ФЭ с фемтосекундным сопровождением – альтернативный вариант экстракапсулярного метода хирургии катаракты. Фемтосекундный лазер используется для выполнения роговичных разрезов (основной, парацентезы) передней капсулотомии и пре- и фрагментации ядра хрусталика. На сегодняшний день отсутствуют рандомизированные исследования убедительно обосновывающие преимущества Фемто-ЭК при хирургии возрастной катаракты, однако имеются данные о целесообразности применения фемтосекундного сопровождения в осложнённых случаях.

ФЭ с фемтосекундным сопровождением рекомендуется использовать для замены помутневшего хрусталика в осложнённых ситуациях хирургии катаракты, при слабости цинновых связок и/или высоким риском декомпенсации заднего эпителия роговицы.

Рекомендована имплантация колец полимерных офтальмологических внутрикапсульных для расправления хрусталиковой сумки и натяжения его капсулы при подвывихе

хрусталика 1-2-й степеней для равномерного распределения нагрузки на связочный аппарат хрусталика.

По завершении операции с целью профилактики острого эндофтальмита и развития неспецифического воспаления рекомендовано использовать инстилляции и инъекции антибактериальных препаратов и глюкокортикостероидов местного действия. Внутрикамерное введение раствора антибактериального препарата сразу по завершении экстракции катаракты позволяет существенно (в 5-7 раз) снизить вероятность острого послеоперационного эндофтальмита. В послеоперационном периоде неосложнённой хирургии катаракты назначают медикаментозное лечение в виде инстилляций антибактериальных препаратов (до 14 суток), глюкокортикостероидов местного действия (до 30 суток) и нестероидных противовоспалительных средств (до 30 суток).

Имплантация ИОЛ рекомендована как метод коррекции афакии при отсутствии противопоказаний всем пациентам.

Рекомендуется всем пациентам имплантация заднекамерной ИОЛ в капсульный мешок для коррекции афакии, так как

показывают зависимое от размеров зрачка уменьшение сферических аберраций глаза при имплантации асферических ИОЛ. Ряд исследований демонстрирует улучшение показателей контрастной чувствительности при применении асферических ИОЛ, по сравнению со сферическими.

Торические ИОЛ для коррекции афакии рекомендованы пациентам с роговичным астигматизмом от 1,25 дптр. Кератометрия пациентов с катарактой показала, что в 25,9% случаев имеется астигматизм более 1,25 дптр. Также выявлено, что торические ИОЛ уменьшают зависимость от очков по сравнению со стандартными сферическими или асферическими монофокальными ИОЛ. Мультифокальные торические ИОЛ показаны при роговичном астигматизме от 1,0 дптр.

Пациентам без сопутствующей глазной патологии (ВМД, глаукома, сахарный диабет, патология роговицы, амблиопия и др.), в случае их пожелания не использовать очковую коррекцию при чтении и работе на близком расстоянии, рекомендовано рассмотреть возможность имплантации мультифокальных ИОЛ. Эффект мультифокальности оптики ИОЛ достигается путём разделения

является наиболее оптимальным методом интраокулярной коррекции. Фиксация ИОЛ вне капсульного мешка может потребоваться при патологии цинновой связки, нарушении целостности передней и/или задней капсул хрусталика в ходе операции. Вариантами выбора могут быть имплантация ИОЛ в переднюю камеру с фиксацией опорных (гаптических) элементов линзы в углу передней камеры или за радужку, а также в заднюю камеру глаза с фиксацией в цилиарной борозде. Шовная фиксация заднекамерной ИОЛ за радужку или транссклерально необходима при отсутствии адекватной капсульной опоры.

Для коррекции афакии при подвывихе хрусталика 3-4-й степеней рекомендована имплантация зрачковой ИОЛ или трёхчастной ИОЛ с подшиванием к радужке или фиксацией к склере.

Для механического расширения зрачка рекомендовано использование ретрактора иридо-капсулярного полимерного одноразового стерильного или ирис-ретрактора четырёхугольного полимерного одноразового стерильного при хирургии катаракты с узким зрачком.

С целью уменьшения послеоперационных осложнений рекомендована хирургия катаракты с имплантацией ИОЛ (без сопутствующей антиглаукомной операции), когда имеется первичная закрытоугольная глаукома начальной или развитой стадий, при офтальмотонусе, компенсированном приёмом гипотензивных препаратов. Хирургия катаракты с имплантацией ИОЛ может способствовать умеренному снижению ВГД после операции.

С целью компенсации ВГД и замены помутневшего хрусталика рекомендована комбинированная одномоментная хирургия катаракты и глаукомы при отсутствии компенсации ВГД на максимальном гипотензивном режиме. ФЭ, комбинированная с АГО, может способствовать как нормализации ВГД, так и повышению лучшей корригированной остроты зрения. К преимуществу комбинированной хирургии относят предупреждение резкого реактивного повышения ВГД в раннем послеоперационном периоде и длительный гипотензивный эффект, достигаемый в результате одного вмешательства.

**Обезболивание.** Рекомендовано применение в качестве предоперационной подготовки ацетазоламида, крыло-орбитальной блокады, а в случае необходимости – углублённого анестезиологического пособия в виде наркоза при факотопической глаукоме на фоне высокого ВГД на максимальном гипотензивном режиме.

**Диетотерапия** не применяется.

**Оптика и рефракция.** Пациентам для коррекции афакии и уменьшения уровня сферических аберраций рекомендованы монофокальные асферические ИОЛ.

Сферические ИОЛ характеризуются наличием положительных сферических аберраций из-за того, что лучи, проходящие через края линзы, фокусируются проксимально по отношению к параксиальным. Дизайн асферических ИОЛ позволяет уменьшить или устранить сферические аберрации глаза. Результаты клинических исследований

лучей на два и более фокуса. Метаанализ литературных данных показывает преимущество мультифокальных ИОЛ по сравнению с монофокальными по обеспечению зрения вблизи без дополнительной очковой коррекции при идентичности показателей остроты зрения вдаль. Однако использование мультифокальных ИОЛ более часто сопровождается оптическими феноменами в виде засветов, повышенной слепимости и образования кругов светорассеяния вокруг источника света (гало-эффект). Высокая некорригированная острота зрения вблизи является важным мотивирующим фактором в пользу выбора мультифокальных ИОЛ при отсутствии профессиональных (водители, работники зрительно напряжённого труда) или медицинских (сопутствующая глазная патология) противопоказаний. Правильный отбор пациентов и их детальное информирование особо важны при применении мультифокальных ИОЛ.

Рекомендовано врачу в процессе подбора ИОЛ пользоваться новым поколением формул для расчёта оптической силы ИОЛ для точного попадания в запланированную рефракцию.

**Помутнения задней капсулы хрусталика.** Рекомендована ИАГ-лазерная капсулотомия при помутнении задней капсулы хрусталика для улучшения остроты зрения. Сроки развития вторичной катаракты с момента экстракции катаракты варьируют. Также варьирует и частота ИАГ-лазерной капсулотомии – от 3 до 53% в течение 3 лет. По данным исследования Cataract PORT (Cataract Patient Outcomes Research Team), частота развития вторичной катаракты в течение первых 4 месяцев после операции составила 19,2%. Более новые хорошо разработанные исследования серии случаев показали, в течение 3-5 лет при использовании силиконовых или гидрофобных акриловых ИОЛ с острыми краями оптики задняя капсулотомия понадобилась в 0-4,7% случаев.

Эффективным хирургическим методом устранения помутнения задней капсулы, способствующим восстановлению зрительных функций и улучшению контрастной чувствительности, является ИАГ-лазерная капсулотомия. Показанием для проведения данной операции является наличие помутнения задней капсулы, способствующее снижению остроты зрения до уровня, не удовлетворяющего функциональным потребностям пациента или ухудшающего визуализацию глазного дна.

## Реабилитация

Рекомендован подбор средств оптической коррекции (очки, контактные линзы) для дали и близи при необходимости. Сроки оптической коррекции определяются индивидуально, как правило, через 3-4 недели после операции.

## Профилактика

При отсутствии осложнений, частота и сроки последующих послеоперационных осмотров зависят от динамики клинического выздоровления. В норме – на 1-е, 7-е и

30-е сутки после операции. Более частые осмотры рекомендуются при атипичном течении послеоперационного периода и развитии осложнений. С целью определения субъективной удовлетворённости пациентов результатами проведённого лечения возможно применение различных оценочных инструментов.

*При каждом послеоперационном осмотре для оценки состояния глаза рекомендовано выполнять определенный объём процедур:*

- сбор промежуточного анамнеза (используемые медикаменты, наличие новых симптомов и оценка пациентом своего зрения);
- определение зрительных функций (проверка остроты зрения, включая проверку с использованием диафрагмы и рефрактометрию (по показаниям));
- измерение ВГД;
- биомикроскопия глаза;
- консультирование и обучение пациента или сопровождающего лица;
- определение дальнейшей тактики ведения.

Осмотр глазного дна в условиях медикаментозного мидриаза показан при наличии обоснованных подозрений или высокого риска развития патологии глазного дна. В случаях, когда имеет место недостаточное улучшение зрительных функций по сравнению с ожидаемым, необходимо проведение дополнительных диагностических мероприятий для выяснения причины.

Рекомендовано всем пациентам с целью профилактики развития катаракты ношение солнечных очков с УФ-фильтром и шляп с широкими полями, особенно в регионах, характеризующихся повышенной инсоля-

цией. Возможности профилактики развития катаракты, а также её медикаментозного лечения являются недоказанными. Большинство исследований не выявили достоверной реверсии процесса катарактогенеза в результате перорального приёма поливитаминов и минеральных добавок. Результаты некоторых исследований свидетельствуют о наличии взаимосвязи между курением и склерозом ядра хрусталика и указывают на дозозависимый эффект. Кумулятивное воздействие лучей ультрафиолетового спектра на протяжении длительных отрезков жизни индивидуума также может ассоциироваться с помутнением хрусталика.

Всем пациентам рекомендованы отказ от курения, компенсация сахарного диабета для профилактики развития катаракты. Рекомендован отказ от длительного приёма кортикостероидов для профилактики развития катаракты. Пациенты, длительно принимающие кортикостероиды перорально и ингаляционно, должны быть информированы о повышенном риске развития катаракты, возможно, они захотят обсудить альтернативные методы лечения с лечащим терапевтом.

### Организация оказания медицинской помощи

1) Врач поликлиники: первичный осмотр, выявление заболевания, постановка диагноза, направление в круглосуточный или дневной стационар для оказания специализированной (в т.ч. высокотехнологичной) медицинской помощи.

2) В стационаре: осмотр офтальмологом-хирургом, сбор анамнеза, диагностика,

расчёт ИОЛ, оформление медицинской документации, госпитализация в стационар при наличии показаний для операции.

3) Операция в условиях круглосуточного или дневного стационара, послеоперационная диагностика, осмотр лечащим врачом.

4) Выписка на амбулаторное долечивание при удовлетворительном состоянии пациента и отсутствии необходимости пребывания в стационаре: назначение повторных осмотров, выдача выписки и рекомендаций, оформление листа нетрудоспособности.

### Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

Рекомендуется отложить выполнение операций у пациентов в постинфарктном состоянии на срок не менее 9 месяцев после острого нарушения сердечной деятельности с целью профилактики осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. Применение препаратов, используемых для изменения реологических свойств крови, прекращается за 3 дня и восстанавливается на второй день после хирургии катаракты.

Хирургия катаракты после острого нарушения мозгового кровообращения рекомендована не ранее 9-12 месяцев с целью профилактики общих соматических осложнений и после получения разрешения невропатолога. При этом послеоперационный функциональный результат может быть снижен из-за поражения центрального отдела зрительного анализатора.

У пациентов после имплантации кардиостимулятора (водителя ритма сердечных

сокращений) рекомендовано исключить все виды диатермо- и радиочастотной коагуляции, включая радиочастотный капсулорексис по Клотти, во избежание осложнений со стороны сердечной-сосудистой системы. Вскрытие передней капсулы хрусталика следует выполнять мануально, используя пинцетную технику. При необходимости остановки капиллярного кровотока возможно бесконтактный ИАГ-лазерный метод, медикаментозное или термическое воздействие металлическим инструментом, раскалённым на пламени спиртовки.

**Айдар АМИРОВ,**  
заведующий кафедрой офтальмологии  
Казанской государственной медицинской  
академии Минздрава России,  
член президиума Ассоциации  
врачей-офтальмологов, член президиума  
Общества офтальмологов России,  
кандидат медицинских наук.

**Сергей АСТАХОВ,**  
заведующий кафедрой офтальмологии  
Первого Санкт-Петербургского  
государственного медицинского университета  
им. И.П.Павлова Минздрава России,  
вице-президент  
Ассоциации врачей – офтальмологов,  
доктор медицинских наук, профессор.

**Елена БЕЛИКОВА,**  
профессор кафедры офтальмологии Академии  
постдипломного образования ФНЦ ФМБА,  
главный врач глазной клиники  
доктора Беликовой,  
член Общества офтальмологов России,  
доктор медицинских наук.

# Повреждение хряща коленного сустава

## Клинические рекомендации (протокол)

**Повреждения хряща коленного сустава – это нарушения целостности его хрящевого покрова, возникающие в результате травм или заболеваний, ограниченные преимущественно одним отделом сустава, распространяющиеся на глубину суставного хряща или достигающие субхондральной кости при отсутствии распространённого дегенеративно-дистрофического поражения сустава.**

Причиной повреждений хряща являются острая травма или хроническая микро-травматизация коленного сустава. Зачастую патология хряща является вторичной и развивается при наличии разрывов менисков и связок коленного сустава. Как острое, так и хроническое повреждение ведёт к прогрессирующему разрушению этой важнейшей структуры коленного сустава и в конечном итоге способствует развитию деформирующего артроза.

Повреждения хряща являются частой причиной болей и нарушения функции коленного сустава и выявляются как изолированно, так и в сочетании с другой патологией у 14-26% пациентов.

### Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Для оценки степени тяжести острых повреждений суставного хряща разработан целый ряд классификаций. Наибольшее распространение в клинической практике из-за своей простоты получили системы, предложенные Outerbridge в 1961 и Bauer, Jackson в 1988.

Outerbridge описал четыре степени повреждения хряща:

- 1-я степень – локальный отёк и размягчение хряща
  - 2-я степень – поверхностное разволокнение, фрагментация и растрескивание хряща на участке диаметром не более 1,25 см
  - 3-я степень – неполнослойная фибрилляция, фрагментация и растрескивание хряща диаметром более 1,25 см
  - 4-я степень – дефект хряща с обнажением субхондральной кости.
- Bauer и Jackson (6) выделили шесть типов повреждения хряща:
- I тип – линейная трещина хряща
  - II тип – растрескивание хряща неправильной звёздчатой формы
  - III тип – лоскутное повреждение
  - IV тип – повреждение по типу кратера, проникающее до субхондральной кости
  - V тип – разволокнение хряща
  - VI тип – дегенеративный (обнажение субхондральной кости с фибрилляцией хряща у краёв дефекта).

По мнению авторов, преимущественной

причиной повреждений I-IV типа являются травматические факторы, в то время как V и VI тип в основном выявляются при дегенеративно-дистрофических заболеваниях коленного сустава. При описании состояния суставного хряща кроме вида и глубины повреждения принято отмечать его размеры, а также анатомическую и функциональную локализацию (зоны, испытывающие максимальную механическую нагрузку, не нагружаемые области).

Наиболее распространённая классификация повреждений суставного хряща, основанная на данных магнитно-резонансной томографии (МРТ), разработана B.Yulish et al. (1987), авторы выделили 4 степени деструкции в зависимости от изменений сигнала внутри хрящевого слоя и на уровне дна дефекта:

- 1-я степень – изменения внутри хряща без нарушения его целостности
- 2-я степень – нарушение непрерывности хряща средней степени с локальными повреждениями до 50% глубины
- 3-я степень – тяжёлое нарушение непрерывности хряща с локальными изменениями более чем на 50%
- 4-я степень – отсутствие суставного хряща, обнажение субхондральной кости.

Наиболее исчерпывающей, обстоятельной и всесторонней является система оценки повреждений хряща, предложенная Международным обществом восстановления хряща (ICRS – International Cartilage Repair Society) (2000).

*Дефекты хряща травматического генеза классифицируют следующим образом:*

- 0-я степень (норма): хрящ без макроскопически заметных дефектов
- 1-я степень (почти норма): поверхностное поражение хряща
  - 1А: хрящ с интактной поверхностью, но мягкий при зондировании и/или с некоторым разволокнением
  - 1В: хрящ с поверхностными щелями и трещинами
- 2-я степень (патология): повреждение распространяется глубже, но менее, чем на 50% глубины хряща
- 3-я степень (тяжёлая патология): дефект проникает более, чем на 50% глубины хряща, но не проникает в субхондральную кость
  - 3А: дефекты, не достигающие кальцифицированного слоя
  - 3В: дефекты, затрагивающие кальцифицированный слой
  - 3С: дефекты, распространяющиеся через кальцифицированный слой, но не затрагивающие субхондральную костную пластинку
  - 3D: отёк хряща (также включён в эту группу)
- 4-я степень (тяжёлая патология): полно-слойные остеохондральные поражения

- 4А: дефект распространяется на субхондральную пластинку
- 4D: дефект проникает в подлежащую кость.

### Клиническая картина

Анамнестические данные: для артроза бедренно-надколенникового сочленения характерна глубокая тупая боль, которая усиливается при физической активности или длительном сидении с согнутыми коленями. Жалобы часто расплывчатые, и с трудом можно определить, относятся они к переднему отделу коленного сустава или к бедренно – надколенниковому сочленению. При подвывихе в бедренно-надколенниковом сочленении развивается чувство нестабильности в передней части сустава. Иногда в анамнезе имеется вывих надколенника, но чаще – симптомы, указывающие на нарушение разгибания. Симптомы усиливаются при движениях, увеличивающих площадь контакта надколенника с бедренной костью: бега, подъёма по лестнице и глубоких приседаниях. Периодически возможен выпот в суставе, часто во время интенсивной нагрузки. Нередки щелчки и крепитация. Как правило, физическая активность усугубляет симптомы, а после отдыха они становятся менее выраженными.

*По степени повреждения различают четыре степени болезни.*

- 1-я – в этот период появляются первые признаки хондромалиции поверхностей хряща. Клинические проявления слабые или отсутствуют.
  - 2-я – появляются расслоения хряща, образуются маленькие трещины, повреждения которых приводят к появлению сильной боли.
  - 3-я – необратимое разрушение хряща, некоторые зоны повреждения доходят до костной ткани.
  - 4-я – появление больших зон деструкции, физиологическое восстановление суставных элементов невозможно.
- По мере прогрессирования заболевания, у человека появляются явления синовита. Пациента начинает беспокоить поверхностная боль, появляющаяся исключительно во время физических нагрузок. Пациент ощущает болевые приступы даже в состоянии покоя. В дальнейшем хондромалиция приводит к развитию таких симптомов как щелчки при нагрузках, воспалительный процесс в области надколенника и внутреннего мениска, синовит, местное повышение температуры, гиперемия кожных покровов.
- Основной признак поражения коленного сустава – боль, которая локализуется по ходу суставной щели. Болевой синдром может быть острым или хроническим и чаще всего нарастает постепенно.

Симптомы заболевания проявляются наиболее выражено во время нагрузок на колени, например, при длительной ходьбе, подъёме по лестнице, приседаниях. Резкий приступ боли и ощущение жёсткости в колене могут появиться после того, как пациент длительное время сидит.

Поражение наружного мыщелка сопровождается болями по передненаружной поверхности, а надколенника – фронтальными болями. На стадии формирования очага некроза и его диссекции боли практически постоянные, «ноющие», усиливающиеся при нагрузке. Характер болевого синдрома изменяется при отделившемся костно-хрящевом фрагменте: при ущемлении внутрисуставного тела появляются острые боли, локализацию которых определяет расположение ущемлённого фрагмента в суставе, а постоянные боли по передневнутренней поверхности наблюдаются после значительной физической нагрузки.

Около трети пациентов указывают на боли неопределённого характера без чёткой локализации. Более половины пациентов отмечают «хруст» в суставе и периодическую его отёчность.

### Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Для диагностики и других повреждений хряща коленного сустава применяют следующие методы:

- клинический (жалобы и анамнез заболевания, объективный осмотр пациента);
- лучевой (рентгенография, компьютерная томография (КТ) и МРТ).
- инструментальный (ультрасонография);
- артроскопия.

Критерии установления диагноза/состояния: предварительный диагноз повреждения хряща коленного сустава врач ставит на основании жалоб пациента и данных, полученных при осмотре.

Жалобы и анамнез. Рекомендуются у всех пациентов тщательный сбор анамнеза и проведение клинического осмотра с диагностической целью. Основной жалобой у всех пациентов с локальными повреждениями хряща являются боли в коленном суставе. У большинства пациентов они ноющие, усиливающиеся после физической нагрузки и при перемене погоды. У трети пациентов боли носят иной характер: острые схваткообразные, возникающие и усиливающиеся при ходьбе, особенно вверх и вниз по ступенькам лестницы.

(Окончание следует.)

Большинство российских клиник уже находятся в цифровой фазе развития, что означает переход на полный электронный документооборот, интеграцию всех информационных систем, возможность обмениваться данными с внешними системами, организацию клинических процессов в соответствии с утвержденными протоколами и стандартами. Но следуя мировому тренду в стратегии развития, многие медицинские учреждения пошли дальше – к умной клинике. Она оптимизирует, перепроектирует или строит новые клинические процессы, системы управления и даже инфраструктуру на базе IT, чтобы предоставлять услуги, которые были недоступны ранее, обеспечивает пациенту наиболее качественную, эффективную и безопасную помощь. В их числе – Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова.

### В обиходе первых

В центре уже несколько лет шаг за шагом двигаются в этом направлении. О том, как идет процесс, рассказал генеральный директор НМИЦ им. В.А.Алмазова, главный специалист кардиолог Минздрава России, президент Российского кардиологического общества, академик РАН Евгений Шляхто на III Всероссийском научно-образовательном форуме «Кардиология XXI века: альянсы и потенциал». Как он пояснил, построение умной клиники предполагает создание инфраструктуры Smart hospital. Это медицинская информационная система (МИС) с функциями системы поддержки принятия решений (СППР), автоматизированный учёт, в том числе персонализированный, электронные склады, аптеки, лаборатории, хранилища изображений, мониторинг движения пациентов и персонала, управление потоками и прогнозирование. Медицинская помощь в таком value-based hospital (ценностно-ориентированном госпитале) включает автоматизированный анализ качества, этапность помощи и обратную связь с пациентом, персонализированный анализ эффективности затрат, самообучающиеся СППР на анализе «похожих случаев», технологии моделирования сценариев, автоматизацию процессов повышения квалификации персонала, анализ причин ошибок, тренинги.

Что касается НМИЦ им. В.А.Алмазова, то изменения здесь идут сразу по нескольким направлениям. В части ведения медицинской документации уже внедрены автоматизированный контроль заполнения обязательных полей, стандартизация записей и диагнозов, поддержка чек-листов для госпитализаций, предоперационных обследований и др. Планируют внедрить СППР по перекодированию клинических диагнозов и диагнозов по МКБ, по лекарственным взаимодействиям и контролю доз.

Модифицируется и лечебный процесс. Внедрены технологии, которые позволяют обеспечивать строгую преемственность помощи по этапам, исключать возможность потери информации при переводе с одного этапа на другой. Создана возможность управлять потоками пациентов, а также кадровыми, временными и материальными ресурсами. В скором времени внедрят СППР на основе больших данных, что позволит решать нестандартные клинические ситуации. Будет автоматизирована система обучения персонала на основе выявляемых ошибок. В фокусе внимания остается и пациент, для которого создаются электронные сервисы. Технологии hospital to home позволят наладить дистанционное общение и тем самым максимально сократить пребывание пациента в стационаре. Должны появиться ещё автоматизированная оценка отдалённых исходов и дистанционная реабилитация с обратной связью.

«Подход к оказанию помощи меняется, мы нацелены на вывод пациента на амбулаторный этап, на максимальное его освобождение от необходимости пребывать в стационаре, на удалённый мониторинг, дистанционную реабилитацию, автоматическую оценку исходов. Рассчитываем, что в самое ближайшее время уменьшится количество больных, которые будут нуждаться в го-

это стало важным шагом на пути развития умной клиники.

«Ну, а сейчас мы рассчитываем развивать реабилитацию кардиологических пациентов. Вот для этого сегодня создаём командный центр, он позволит в онлайн-режиме не только мониторить движение тяжёлых больных, но и отслеживать их на удалённом наблюдении. Такие технологии тоже сегодня разрабатываются», – сказал Е.Шляхто. Он отметил, что ранее была организована телереа-

технологий», который способен распознавать голоса и обладает компьютерным зрением. Различные голосовые помощники позволяют замещать рутинные операции. Так, на базе контакт-центра Астерикс центр им. В.А.Алмазова разработал голосового робота для выполнения рутинных операций типа контрольных звонков пациентам перед визитом с запросом голосового подтверждения. Но не только. В настоящий момент разрабатывается робот, способ-

ры, объединения в единую сеть всех компонентов оказания медицинской помощи и мониторинга движения пациентов, персонала, управления потоками, после электронной интеграции складов и аптек, лабораторий и хранилища изображений, персонализированного учёта расходов, в том числе лекарственных препаратов? Как стратегические задачи дальнейшего внедрения компонентов умной клиники Е.Шляхто обозначил высвобождение времени от рутин-

### Новые подходы

# На пути к умной клинике

Кардиологи внедряют технологии, которые изменят клиническую практику

спитализации, значит, сократим среднюю продолжительность пребывания пациента в стационаре и за счёт персонализации лечения уменьшим осложнения, повысим эффективность и безопасность нашей помощи», – сказал Е.Шляхто.

Уже созданы платформенные решения для сервисов цифрового здравоохранения на основе технологий машинного обучения, которые позволяют анализировать в стационаре процессы, связанные с оказанием помощи больным с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения и предсказывать риск развития неблагоприятных событий. Например, одно из таких платформенных решений позволяет использовать искусственный интеллект для анализа эхокардиограмм, в НМИЦ ожидают, что не позднее 2023 г. такая возможность будет реализована в клинической практике. Создан соответствующий Data set (обработанный и структурированный информация в табличном виде), а всем заинтересованным учреждениям Е.Шляхто предлагает использовать эти разработки для создания собственных аналогичных проектов.

### Ума палата

«Поумнение» происходит и на уровне палаты. Создаваемые платформенные решения позволяют заработать ситуационному центру, который анализирует ситуацию в палате, наблюдает за сложными пациентами. Для этого, конечно, нужны данные, и их собирают виртуальные помощники пациента, медсестры и врача. Речь идёт о таких измеряемых показателях, как активность, положение тела, число сердечных сокращений, число дыханий, ЭКГ, артериальное давление, температура, уровень глюкозы, кислорода. Сегодня создаётся необходимая инфраструктура для того, чтобы обеспечить быстрое получение этих данных.

Нет худа без добра. В период работы с пациентами с коронавирусной инфекцией были созданы СППР, которые позволяют маршрутизировать пациента, определять, куда он должен поступать, подсказывали врачу необходимый объём терапии, исходя из тяжести клинической картины и имеющихся данных о числе сердечных сокращений, давлении, объёме поражения лёгких. В период пандемии телемедицина существенно улучшила взаимодействие с пациентом, отмечает Е.Шляхто, особенно в условиях ограничений, помогла с оказанием неотложной помощи (больница на дому), особенно при лечении хронических заболеваний. Всё



совместно с Санкт-Петербургским политехническим университетом и концерном Швабе создал опытный образец программно-аппаратного комплекса для сбора и передачи данных с различного реанимационного оборудования. С помощью таких программ можно контролировать назначения, собирать данные с медицинского оборудования, из лаборатории, контролировать работу персонала.

### Управление потоками

Умная клиника – это, конечно, и технологии бережливого производства. Они позволяют маршрутизировать пациента и определять локацию персонала для того, чтобы сократить время пребывания пациента в клинике, оптимизировать его перемещение, время обследования. Центр им. В.А.Алмазова совместно с Университетом ИТМО создал программное обеспечение для локализации персонала и мониторинга потока пациентов. Программа уже прошла опытную эксплуатацию на базе центра, на основе полученных данных удалось провести оценку рабочей нагрузки на медсестёр отделений и постовых сестёр. Как подсчитали в НМИЦ, внедрение технологии управления потоками пациентов позволяет сократить время пребывания пациента на 3-5%, снизить количество осложнений путём организации перекрестных потоков пациентов разных групп риска на 5-15%, увеличить количество пациентов в амбулатории на 20-25%, повысить удовлетворённость пациентов на 10-20%.

Многое делается для оптимизации взаимодействия с пациентом. В частности, активно внедряется сбербанковский «Центр речевых

предварительно заполнять ЭМК и определять оптимальную тактику обследования. На базе CRM системы создаётся чат-бот, позволяющий сотрудникам НМИЦ эффективно взаимодействовать, что отвечает принципам внедряемого проектного управления на основе центра компетенций.

«Нам кажется, что такой подход является действительно важным в ценностном здравоохранении, поскольку это обеспечивает обратную связь с пациентом, персонализацию помощи и широкое использование систем поддержки принятия решений», – заключил Е.Шляхто.

### Стратегические задачи

Помимо выполнения задач, которые связаны непосредственно с работой центра им. В.А.Алмазова, его специалисты много работают с регионами, помогая на местах повышать доступность кардиологической помощи, отслеживать обеспечение ресурсами и маршрутизацию. Иными словами осуществляют бенчмаркинг (поиск, изучение и внедрение лучшего опыта других организаций-эталонов в свою компанию). В этом деле применяются технологии сопоставительного анализа данных из регионов и выявляются лучшие процессы в организации оказания медицинской помощи. Совместно с компанией LuxMS центр им. В.А.Алмазова разработал программное обеспечение для сопоставительного анализа на основе эталонных показателей данных регионов, которое позволяет анализировать данные и визуализировать их с разной степенью детализации.

Что же будет дальше – после создания единой инфраструкту-

ры, благодаря чему у медицинского персонала появится время для личного общения с пациентом, а также сокращение числа потенциально предотвратимых осложнений от различных вмешательств. Информатизация коснётся полного цикла оказания помощи, включая реабилитацию и диспансерное наблюдение. Далее должна последовать интеграция с технологиями умного города, умного дома и пр., стать более совершенной система безопасности нахождения в клинике, безопасности передачи данных и безопасности вмешательств.

«Нам нужна информатизация на уровне каждого стационара, региона, страны, и вот эта возможность получения данных о пациенте в единой информационной системе является крайне важной. Для этого и создана ВИМИС, которая сегодня активно развивается Минздравом. Мы видим, насколько министр нацелен на развитие цифровых технологий. И полагаем, что мониторинг отклонений у пациента, анализ качества медицинской помощи, следование клиническим рекомендациям, возможность анализировать инфраструктуру учреждений – всё это будет реализовано в ВИМИС», – обрисовал картину будущего специалист.

Он высказал надежду, что ВИМИС вместе с регистром кардиопациентов по разным нозологиям (а их сегодня пять: острый коронарный синдром, острое нарушение мозгового кровообращения, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, фибрилляция предсердий; с 2022 г. в регистр добавятся ещё группы пациентов с поражением сонных артерий и инфекционным эндокардитом) позволит охватить 95% всех госпитализируемых в стационары больных и 90% расходов на оказание амбулаторной и стационарной кардиологической помощи.

Несмотря на уверенную поступь «цифры» в медицине, есть ещё немало заблуждений и мифов вокруг неё. Е.Шляхто опровергает их: «Электронное здравоохранение – это не замена врача на компьютер. Искусственный интеллект не решает за человека, он просто делает выводы во много раз быстрее и надёжнее, экономит время и страхует от досадных ошибок. Как высказался наш зарубежный коллега Антонио Ди Лева (Antonio Di Ieva), машины не заменяют врачей, но врачи, использующие искусственный интеллект, скоро заменят тех, кто им не пользуется».

Римма ШЕВЧЕНКО,  
корр. «МГ».

30 апреля 2022 г. многочисленные российские СМИ процитировали слова министра здравоохранения России Михаила Мурашко о том, что у людей, переболевших новой коронавирусной инфекцией, имеется высокий риск развития сахарного диабета 1-го типа и аутоиммунных заболеваний. К сожалению, осталось неясным, в какой аудитории и при каких обстоятельствах глава федерального Минздрава сделал такое заявление, а главное – последовала ли за данной многозначительной фразой расшифровка, что планирует предпринять руководство отечественной системы здравоохранения в связи с таким неблагоприятным прогнозом, чтобы минимизировать драматические последствия COVID-19 и для населения, и для самой отрасли. Между тем, как раз это – самое важное, что хотелось бы услышать от министра и пациентам, и медицинским работникам.

Не менее важно понять, какова, в представлении чиновников, роль медицинской науки в выстраивании «стратегии минимизации вреда», а именно – предупреждения и купирования неблагоприятных иммунологических последствий новой коронавирусной инфекции, коль скоро министр счёл необходимым публично о них сообщить. Пока Министерство здравоохранения не обращалось за консультацией и не запрашивало рекомендаций в профильных институтах Российской академии наук, а таковых в структуре РАН два – НИИ фундаментальной и клинической иммунологии в Новосибирске и Институт иммунологии и физиологии в Екатеринбурге. Изучение фундаментальных основ возникновения аутоиммунных патологий и разработка методов их лечения – прерогатива как раз этих институтов.

Как рассказал корреспонденту «МГ» научный руководитель НИИ фундаментальной и клинической иммунологии Сибирского отделения РАН академик Владимир Козлов, он считает обоснованным высоковероятный прогноз того, что вслед за пандемией COVID-19 следует ждать и готовности к росту количества случаев аутоиммунной патологии, а также онкологических заболеваний. И речь идёт не о

Ситуация

# Драматические последствия COVID-19

## Пандемия закончится, а проблемы начнутся

случайной последовательности данных событий, а как раз таки о закономерной.

– Зарубежные учёные уже провели необходимые исследования и опубликовали следующие данные: до 40% людей, тяжело переболевших новой коронавирусной инфекцией, впоследствии сталкиваются с развитием различной аутоиммунной патологии, включая ревматоидный артрит. Поскольку результатов отечественных научных исследований на эту тему мы не видели, можно предположить, что министр пользовался зарубежными, хотя в России есть все возможности провести аналогичную научную работу. Полностью разделяя обеспокоенность зарубежных коллег, я бы добавил в число рисков ещё и онкологические заболевания у людей, переболевших COVID-19 в тяжёлой форме, поскольку известен общий патогенез аутоиммунных и опухолевых процессов, – говорит академик В.Козлов.

Чтобы понять причинно-следственную связь между тяжёлой формой COVID-19 и столь серьёзными отдалёнными последствиями этой инфекции, необходимо вкратце напомнить, как функционирует клеточная система иммунитета. В тимусе (вилочковой железе) формируется популяция Т-лимфоцитов, которые приобретают свойства иммунокомпетентной клетки и выполняют важные иммунологические функции: они распознают антиген, проникающий в организм, затем превращаются в клетки-эффекторы и обеспечивают элиминацию антигена. Кроме того, Т-лимфоциты участвуют в элиминации из организма мутированных клеток, в том числе, опухолевых. Кстати, за сформулированную концепцию иммунологического надзора, согласно которой главная задача иммунитета состоит как раз в охране генетического

постоянства внутренней среды организма, австралийский биолог Фрэнк Бернет в 1960 г. получил Нобелевскую премию. Нарушения иммунологического надзора приводят к инфекционным заболеваниям, аутоиммунным расстройствам, повышают риск возникновения опухолей. Всё это давно и убедительно доказано. В настоящее время снижение активности Т-лимфоцитов в реакциях клеточного иммунитета, повышение частоты аутоиммунных заболеваний и новообразований рассматриваются как три закономерных последствия нарушения функции вилочковой железы – главного органа клеточной иммунной системы организма.

– Чуть подробнее поясню, почему мы говорим о высоком риске аутоиммунных процессов вследствие COVID-19. Более чем у 90% пациентов, которые болели коронавирусной инфекцией в тяжёлой форме, отмечалась выраженная лимфопения. После выздоровления количество лимфоцитов восстанавливается, но меняется их качество: накапливается доля Т-клеток, которые обладают высокой способностью к аутоагрессии. Изначально все Т-лимфоциты, которые продуцируются тимусом, потенциально аутоагрессивны. Чтобы не допустить реализации этого потенциала, природа задумала два барьера: на этапе центральной толерантности тимус сам обезвреживает лимфоциты с сильной аутоагрессией, затем на этапе периферийной толерантности вступают в дело различные клетки-супрессоры, которые также подавляют аутоагрессивность Т-лимфоцитов. Так вот, под влиянием разных экзогенных факторов – инфекция, гормональный стресс, курение – в тимусе начинают формироваться преимущественно лимфоциты с сильной аутоагрессией, снижается

их антиген-распознающая способность, а механизм центральной толерантности не срабатывает. Это – классическая траектория развития аутоиммунных заболеваний. Вот почему выраженная лимфопения при COVID-19 и последующие аутоиммунные заболевания являются практически неизбежными причиной и следствием, – поясняет В.Козлов.

По словам академика, многие вирусы способны сами проникать в вилочковую железу и вызывать нарушения её функции, тем самым запуская аутоиммунные процессы. Пока в мировой литературе не появилось данных о том, что коронавирус SARS-CoV-2 тоже обладает такой способностью, но вероятность этого, по оценке учёного, велика. Как можно это выяснить? Только патологоанатомически, исследуя трупы умерших от COVID-19. Нужно ли говорить, что провести подобное научное исследование без ведома и разрешения Минздрава в принципе невозможно? Это уже вторая точка возможного сотрудничества Минздрава России и РАН в теме постковидных иммунологических рисков.

Эксперт уточняет, что два всплеска заболеваемости – аутоиммунной и онкологической – произойдут не одновременно. Если рост первых можно ожидать уже в ближайших месяцах, то вторые проявят себя отсрочено, через несколько лет, учитывая закономерности опухолевого роста. И тут мы возвращаемся к главному вопросу: как может и должна система здравоохранения распорядиться этими научными знаниями? Допустим, Минздрав России и РАН инициируют масштабные лабораторные исследования, в ходе которых у людей, переболевших COVID-19 в тяжёлой форме, будет выявлен дисбаланс «хороших» и «плохих» Т-лимфоцитов. Что дальше? Суще-

ствуют ли способы профилактики аутоиммунных заболеваний?

– К сожалению, единственной рекомендацией по профилактике является совет не заболеть и не подвергать иммунную систему иным экзогенным воздействиям. Никаких медицинских способов нет. Сам по себе дисбаланс Т-клеток означает, что аутоиммунный процесс после перенесённой инфекции уже запущен, и теперь важно как можно скорее начать терапию, чтобы его хотя бы сдержать. То же самое касается онкопатологии: есть ранние предикторы развития опухолевых заболеваний и можно начать своевременное лечение. В то же время существует возможность нормализовать процесс восстановления не только количества, но и качества Т-клеток после выраженной лимфопении при тяжёлой инфекции. Для этой цели можно использовать интерлейкины, которые – и это доказано в научных исследованиях – способствуют нормальному восстановлению лимфоцитов. К слову, за рубежом интерлейкины, полученные генно-инженерным способом, уже используют в терапии коронавирусной инфекции. В России почему-то нет. Если это связано с импортозависимостью, то наладить выпуск таких препаратов в нашей стране не составит труда, что было бы существенным вкладом государства в уменьшение рисков развития у россиян аутоиммунных и онкологических заболеваний, а у системы здравоохранения – серьёзных проблем после пандемии, – подчёркивает академик.

Вообще, по мнению научного руководителя НИИ фундаментальной и клинической иммунологии Сибирского отделения РАН, изучение иммунологической составляющей новой коронавирусной инфекции необходимо продолжать. В частности, следует понять, почему к вирусу SARS-CoV-2, как и к вирусу гриппа, формируется слабый и недолговечный клеточный иммунитет. И даже после вакцинации не у всех людей формируется надёжная иммунная защита. Разобравшись в этих механизмах, учёные-иммунологи дадут важную информацию разработчикам вакцин и средств терапии. Дело за малым – государство должно сформулировать такой заказ науке.

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

## В медицинских вузах страны

### Новые вызовы в экономическом развитии Арктики

Ректор Северного государственного медицинского университета профессор Любовь Горбатова подписала соглашение о сотрудничестве в рамках научно-образовательного центра мирового уровня «Российская Арктика: новые материалы, технологии и методы исследования» между Северным государственным медицинским университетом, Северным (Арктическим) федеральным университетом им. М.В.Ломоносова, ООО «Управляющая компания «Агрохолдинг Белозорье», АО «Архангельский целлюлозно-бумажный комбинат», ООО «Архангельский водорослевый комбинат».

Предметом соглашения является развитие перспективных направлений сотрудничества в области проведения совместных научных исследований, разработки и внедрения отечественных инновационных научных идей, бизнес-предложений и продуктов в проекте «Научное обоснование разработки инновационных молочных продуктов для жителей Арктического региона, способствующих долголетию, на основе биоресурсов Арктики».

Совместное развитие новых направлений комплексных исследований, обмен опытом и информацией, создание технологических площадок, внедрение совместно полученных результатов деятель-

# Найти точку опоры

ности в научное и образовательное пространство будет способствовать решению основных задач в сфере экономического развития Арктической зоны России.

### Информация к размышлению

Приволжский исследовательский медицинский университет (ПИМУ) в 2022 г. занимает уже третье место в числе профильных вузов страны и входит в первую лигу Национального агрегированного рейтинга вузов – единого рейтинга, составляемого по итогам агрегирования 11 рейтингов, в том числе международных. Национальный агрегированный рейтинг выходит с 2019 г. Он ранжирует 694 российских вуза на основе анализа данных мировых и российских рейтингов, в том числе рейтингов университетов RAEX, Forbes и Superjob.

Согласно опубликованным данным портала best-edu.ru, ПИМУ находится на 44 месте из 694 российских организаций высшего образования.

Из 46 профильных вузов страны Приволжский исследовательский медицинский университет занимает третье место, опередив Российский национальный исследовательский медицинский университет им.

Н.И.Пирогова и Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова. Лидирует в рейтинге Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова.

«О том, что мы идём в нужном направлении, говорит динамика рейтинга. В 2019 г. мы были на 11 позиции, затем – на 6-й. В рейтинге-2021 г. ПИМУ был четвёртым. И вот сегодня – мы в тройке лучших медицинских вузов России. Считаю, абитуриентам, в том числе и из других регионов, есть о чём подумать, планируя своё будущее», – комментирует результаты ректор вуза Николай Карякин.

К месту сказать, по данным международного независимого рейтинга вузов SCImago-2022 среди мировых вузов ПИМУ занимает 695-е место из всех 8084 научно-исследовательских организаций мира, а среди российских вузов опережает все нижегородские, занимая 29-е место в общем рейтинге. По уровню социального влияния ПИМУ занимает 248 место в мире.

### Эффективность исследуется

В Волгоградском государственном медицинском университете

завершены исследования эффективности новой лекарственной формы отечественного ноотропного препарата на экспериментальных моделях задержки развития, возникающей после токсического воздействия или неонатальной ишемии-гипоксии.

«Исследуемый препарат представляет собой комплекс пептидов и в ряде работ доказал свою эффективность при различных повреждениях центральной нервной системы, но опыт его применения с целью коррекции задержки развития пока ограничен единичными работами, в связи с чем было запланировано и выполнено данное исследование», – говорит первый заместитель директора Научного центра инновационных лекарственных средств Денис Куркин.

Учёные ВолГМУ воспроизвели у лабораторных животных задержку психического развития и проводили терапию. После завершения исследований было установлено, что тестируемый препарат эффективно устраняет симптомы психоневрологического и когнитивного дефицита.

По мнению главного невролога Южного федерального округа, заведующего кафедрой неврологии, нейрохирургии, медицинской

генетики ВолГМУ, профессора Ольги Курушиной, препарат будет особенно востребован для лечения новорожденных детей с гипоксией.

«К сожалению, дети с гипоксией головного мозга рождаются всё чаще, а эффективных препаратов, способных влиять на это состояние в младенческом возрасте, до сегодняшнего дня предложено не было», – отмечает О.Курушина.

Накануне в научном центре была завершена серия исследований по изучению эффективности лекарственных средств, направленных на профилактику отёка головного мозга, возникающего вследствие ишемического инсульта, кровоизлияния или черепно-мозговой травмы.

Эти и другие результаты исследований волгоградских учёных найдут своё отражение в ходе 5-й российской конференции по медицинской химии с международным участием «МедХим-Россия». Форум организуют совместно ВолГМУ и ВГТУ.

«Форум заинтересует как учёных, так и представителей индустрии, работающих в области медицинской химии и разработки лекарств и позволит реализовать задачи, направленные в том числе и на обеспечение лекарственной безопасности страны», – отметил ректор университета Владимир Шакин.

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

Корреспондент «МГ» выслушал мнения известных уфимских учёных и клиницистов, организаторов высшей школы и здравоохранения о необходимости военно-медицинской подготовки в гражданских вузах.

**Виль ТИМЕРБУЛАТОВ**, хирург, учёный и клиницист, организатор подготовки кадров в системе высшей школы, член-корреспондент РАН, действительный член Академии наук Республики Башкортостан, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ и Республики Башкортостан, лауреат премии им. А.Н.Бакулева РАМН, академик-секретарь Отделения медицинских наук и здравоохранения Академии наук республики, президент Ассоциации хирургов республики.

Принимал активное участие в ликвидации последствий железнодорожной катастрофы под Улу-Теляком (1989) и в медицинском обеспечении боевых действий в «горячих точках». Ректор Башкирского государственного медицинского университета (1994-2011), заведующий кафедрой хирургии с курсом эндоскопии Института дополнительного профессионального образования БГМУ. Основные научные направления: абдоминальная хирургия, миниинвазивная хирургия, хирургические инфекции, колопроктология, трансплантационная хирургия, эндоваскулярная хирургия.

**– Виль Мамилович, вы известны как основатель крупной хирургической школы. Но судить о положении дел в отечественном здравоохранении и медицинском образовании можете и как представитель школ, созданных предшественниками.**

– Не зря сказано: для того, чтобы в наше время сказать своё слово в науке, надо стоять на плечах гигантов. Мне довелось быть учеником доктора медицинских наук профессора Венера Сахаутдинова и академика АМН СССР, РАМН Владимира Фёдорова. Оба они были многопрофильными, универсальными хирургами с широчайшим кругозором. А кроме того – известными организаторами медицинского образования и науки: В.Сахаутдинов был ректором Башкирского ГМИ, а В.Фёдоров – многолетним директором Института хирургии им. А.В.Вишневского.

**– В каком соотношении их мастерство хирургов-клиницистов было со знаниями и умением, которыми должен обладать военно-полевой хирург самого высокого ранга?**

– Скажем так: Венер Газизович вполне соответствовал уровню главного хирурга армии, а Владимир Дмитриевич – главного хирурга фронта.

**– Вы и сами – полковник медицинской службы в отставке. Как оцениваете результаты проведённой 12-14 лет назад реформы, непосредственным итогом которой стало почти повсеместное исключение военно-медицинской подготовки из направлений деятельности гражданских медицинских вузов?**

– Заккрытие кафедр военно-медицинской подготовки – это ошибка, сделанная без учёта реалий современного мира. Ликвидировать военно-медицинские кафедры и факультеты в вузах, входящих в систему Минздрава России, удалось довольно легко. И чего мы при этой энергично проведённой реформе добились? Копеечной, с точки зрения государственного интереса, экономии средств. Ведь расходы на содержание такой кафедры в БГМУ составляли всего полтора миллиона рублей в год! Будучи ректором, я даже предлагал сохранить эту кафедру за счёт внебюджетных средств. И не был услышан.

Что мы имеем в результате? Если называть вещи своими именами – существенное снижение качества отечественного здравоохранения и, в конечном итоге, уровня обороноспособности страны.

**– Совсем не хочу проводить параллели, но хотелось бы понять: с какими проблемами столкнулось отечественное здравоохранение в начале Великой Отечественной войны?**

– Сразу после начала военных действий, с учётом их масштаба, выявился огромный дефицит медицинских кадров в Вооружённых силах СССР. В ряды Красной армии и Военно-морского флота были призваны 40 тыс. врачей, не имевших военно-медицинской подготовки. Многие из них могли работать в системе полевой медицины только на уровне фельдшера.

**конфликты, в которых активное участие приняла Россия.**

– Да, совпадение прискорбное. В августе 2008 г., непосредственно перед началом учебного года, была убедительно доказана необходимость иметь сильный резерв военных медиков для страны и Вооружённых сил. И тут же по всей России были закрыты готовившие таких специалистов кафедры. Чуть позже, в 2010 г., были расформированы Самарский, Саратовский и Томский военно-медицинские институты.

Система военно-медицинских кафедр, факультетов и институтов

(1996-2002), заведующий объединённой кафедрой травматологии и ортопедии с курсом ИДПО БГМУ (с 2002), президент Ассоциации травматологов, ортопедов и протезистов Республики Башкортостан, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный изобретатель СССР, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ и РБ.

Принимал активное участие в ликвидации последствий землетрясения в Армении (1988) и железнодорожной катастрофы под Улу-Теляком (1989). Впервые в Башкортостане внедрил хирургическое лечение заболеваний и травм позвоночника, артропластику коленного и плечевого суставов.

**– Возглавляемая вами кафедра была создана в БГМИ в 1966 г. как кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии. Велика ли разница в подготовке военного и гражданского хирурга? Ведь, казалось бы, набор инструментов, используемых во время операции, у обоих один и тот же.**

– Кругозор профессионального мышления врача, тем более доктора, способного успешно работать в условиях военного конфликта, не должен быть ограничен пределами операционной. На военно-медицинской кафедре он должен получить систематические знания об организации госпиталя, медико-санитарного батальона, всех подразделений медицинского обеспечения войск, с уровня роты и до армии. Военно-полевой хирург должен уметь видеть картину происходящего вокруг, боевую обстановку, что накладывает отпечаток и на тактику ведения медико-санитарной работы.

Выдающийся организатор здравоохранения, начальник ГВМУ Красной армии в годы Великой Отечественной войны Е.Смирнов писал, что для грамотной постановки медицинского дела в боевых условиях врачу необходима и военно-оперативная подготовка. Кроме специальных медицинских знаний, врач в действующих войсках должен обладать и военными знаниями, должен знать природу и характер общевоинского боя.

Алгоритмы поведения хирурга на войне, в зависимости от боевой обстановки (оборона, атака, маневренная война, нахождение в тылу либо в условиях окружения), могут значительно, кардинально отличаться. Военный врач должен хорошо знать доктрину оказания помощи при использовании противником оружия массового поражения.

При этом поражающие факторы в ходе боевых действий существенно отличаются от тех, с которыми мы имеем дело в мирное время – в качестве примера можно назвать минно-взрывные травмы. Этому сопутствует массовый характер поражения и необходимость принятия решений в короткий промежуток времени. Здесь совершенно иной уровень

мышления, поэтому мы с полным основанием должны говорить о том, что качественно подготовленные военные врачи – это элита отечественной медицины, у них должен быть приоритет в процессе кадрового роста, в том числе и в мирное время.

**Руслан ГАРАЕВ**, хирург, организатор здравоохранения, главный врач Бакалинской центральной районной больницы (2018-2020), клиники БГМУ (2020-2021), Республиканского врачебно-физкультурного диспансера (с 2021).

**– Вы недавно побывали в Донецке в качестве старшего**

Опыт

# По заветам доктора Пирогова

## О необходимости военно-медицинской подготовки в гражданских вузах. Взгляд из Уфы

Повсеместно зашивали заведомо инфицированные раны, что приводило к массовым случаям газовой гангрены.

Постоянно пишут, что во время войны 73% раненых были возвращены армии, а это высокий показатель уровня готовности хирургов. Но только 73% – это «средняя температура по больнице». В действительности в первые годы войны летальность для хирургических больных составляла 30-40%, и лишь к концу войны она снизилась до 10%. Огромная разница.

**– Что можно сказать о готовности современной российской медицины к крупному военному конфликту? Ведь в западном мире, безусловно, есть влияющие силы, желающие растянуть во времени нашу специальную военную операцию в Украине, а также создать на бывшей территории СССР и иные точки горячего противостояния.**

– Время постоянно преподносит нам сюрпризы, всё более и более неожиданные. Если случится иной, ещё более масштабный конфликт, тогда к операционным столам в полевых условиях опять придётся вставать хирургам, не имеющим профильной подготовки. И это обернётся большими, неоправданными потерями. Единственный выход из этой ситуации – незамедлительно перейти на путь систематической подготовки «гражданских» врачей в вузах по программам военной медицины – конечно, не взамен основного образовательного курса, а в дополнение к нему.

**Вадим КАЙБИШЕВ**, военный врач, педагог, полковник медицинской службы, заведующий кафедрой мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф БГМУ (с 2010), доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Республики Башкортостан.

Окончил Военно-медицинский факультет при Куйбышевском государственном медицинском институте (1984). С 1984 по 2009 г. проходил военную службу в рядах Вооружённых Сил СССР и РФ. С 1992 г. работал на кафедре военной и экстремальной медицины БГМУ.

**– Военно-медицинские кафедры были ликвидированы в 2008 г. Интересное совпадение – именно в этом году произошли масштабные грузино-южноосетинский и грузино-абхазский**

была хорошо продуманна, обеспечена научными и педагогическими кадрами самой высокой квалификации. Убеждён, что её, с учётом постоянного ухудшения международной обстановки, следует возродить в полном объёме.

**– Насколько велика необходимость изучения, наряду с основополагающими, строго обязательными для гражданско-медицинского вуза учебными дисциплинами (в число которых входят хирургия, терапия и пр.), «параллельных» военно-медицинских наук: военно-полевой хирургии и терапии?**

– Поскольку мы говорим о том, что врач, окончивший гражданский вуз, должен быть подготовлен к работе в условиях особого периода, – такая «параллельность» абсолютно необходима. Военно-медицинским дисциплинам свойственна значительная специфика, изучить которую следует в мирное время.

Например, необходимо хорошо знать современную методику сортировки раненых, что позволяет быстро и правильно организовать их эвакуацию для оказания специализированной хирургической помощи. Подобных знаний общей курс хирургии не даёт. Получить и закрепить их студенты смогут только в рамках военно-медицинских дисциплин.

Вообще говоря, студенту-медику, наряду с освоением конкретного учебного материала, необходимо понять принципы и логику работы в военных условиях. Хорошо осознать, что основным приоритетом в работе медико-санитарных подразделений, особенно вблизи переднего края, является сохранение жизни наибольшему количеству раненых. «Война – это травматическая эпидемия», – истина эта, открытая великим Н.Пироговым, актуальна во все века. А в условиях подобной эпидемии любая трудоёмкая операция, даже удачно выполненная, но отнявшая много времени, поставит под угрозу жизни других раненых, которых может быть много. Но до них у персонала, если он по неопытности либо незнанию займётся в операционно-перевязочном блоке одним-единственным тяжёлым пациентом, руки могут не дойти.

**Булат МИНАСОВ**, травматолог-ортопед, учёный и клиницист, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии ИПО БГМУ

**специалиста медицинской бригады, направленной из Башкирии в помощь коллегам, работающим в ДНР. Какие, на ваш взгляд, недочёты в подготовке врачей, получивших образование уже после ликвидации военно-медицинских кафедр в гражданских вузах, выявились в ходе командировки?**

– Командировка продлилась три недели, всё это время нами оказывалась только экстренная помощь. Приходилось иметь дело с серьёзными травмами и комбинированными поражениями. Первое время напоминали друг другу, что при огнестрельных, потенциально загрязнённых поражениях нельзя наглухо зашивать раны, иначе слишком велик риск развития анаэробной инфекции.

Нельзя ушивать огнестрельные и минно-взрывные раны кишечника, так как по периметру канала прохождения пули или осколка находятся жёстко травмированные ткани; эти ткани должны быть иссечены, иначе у пациента разовьётся некроз. Тонкостей много. Военные травмы имеют свои особенности – непредсказуемость хода травмирующего (раневого) канала, поздние осложнения; необходима тактика ведения больного в послеоперационном периоде, направленная против возникновения таких осложнений. Надо хорошо понимать, где начинать операцию. Восстановить проходимость крупных сосудов.

Помимо всего другого, этот большой объём работы даёт чёткое понимание того, что при ранениях либо ножом, либо осколком (пулей), тактика ведения должна быть разная – как интраоперационная, так и послеоперационная.

**– Считаете ли вы, что в гражданских вузах должно быть восстановлено обучение на военно-медицинских кафедрах?**

– Абсолютно с этим согласен. Ведь в Донецк и Луганск из Башкирии выезжали бригады квалифицированных медиков – и, тем не менее, всем нам пришлось по ходу работы осваивать целый ряд истин, которые в теории и практике военно-полевой медицины зачастую считаются прописными. Эти каноны необходимо изучать одновременно с основным образовательным циклом.

Беседу вел  
Егор ЕРМАКОВ.

Уфа.

Вывод

# Прогноз возможных затруднений

**Практически век про «детище» А.Альцгеймера знали практически то, что болезнь, названная его именем, отличается от старческого маразма (сенильной деменции) тем, что является пресенильной, в некоторых случаях дебютируя в 20 лет, особенно у людей, родившихся от близкородственных браков. Знали также и о бляшках Альцгеймера, массу которых составляет «крахмалоподобный» амилоид-бета.**

С началом выделения и клонирования «чистых» генов довольно быстро разобрались, что они на самом деле образуются из волокон-фибрилл, представляющих собой полимер мутантного пептида, или цепочки аминокислот. Тот в свою очередь есть продукт расщепления предшественника (APP – Amyloid Precursor), роль которого в нервных клетках не совсем ясна. Практически сразу «амилоидникам» стали возражать сторонники тау, видевших причину развития болезни в клубках-«тэнглах», образующихся параллельно бляшкам непосредственно в самих нервных клетках.

В последние год-два на фоне углубляющегося понимания природы иммунных расстройств стали всё чаще раздаваться голоса в пользу нейровоспаления как причины развития нейродегенеративных заболеваний (НДЗ), к коим относятся болезни Альцгеймера и Паркинсона, рассеянного и бокового амиотрофического склероза (ALS), а также хорей Гентингтона и фронто-темпоральной деменции (ФТД – FTD), развивающейся на фоне гибели нейронов лобной и височной долей.

В качестве отступления следует сказать, что процессы, захватывающие левые лобную и височную доли, проявляют себя в нарушении речи. Активность участков коры при генерировании речи хорошо видна на «экране» функционального МРТ (фМРТ). КТ и МРТ, казалось бы, дали воз-

можность врачам и нейробиологам увидеть живой функционирующий мозг, но далеко не все согласны с этим. В середине марта 2022 г. Nature в связи с публикацией в нём статьи томографистов Университета Джорджа Вашингтона и Гарварда задался вопросом о воспроизводимости накапливающихся результатов МРТ-исследований. Авторы использовали три самых больших банков нейроимиджинга, в которых хранятся томограммы почти 50 тыс. человек. Это и дало им возможность говорить о необходимости при обосновании ассоциации изменений использовать результаты изучения МРТ-данных многих тысяч людей. Кстати, редакция Nature задавалась и вопросом «Могут ли сканы мозга прояснять изменения в поведении человека?»

Вопрос сходства проявлений разных болезней не такой уж и праздный, поскольку врачи часто «путают» симптомы проявления болезни Альцгеймера и ФТД, хотя при последней ведущим являются мутации в гене гранулина (GRN). Его имя указывает на гранулярные, или зернистые клетки зубчатой извилины (DG – Dental Gyrus) гиппокампа, среди которых «сидят» нервные стволовые клетки (НСК). В норме гранулин регулирует не развитие будущих нейронов, а... активность мелких клеток микроглии, или «клея»-глии белого вещества. Микроглия является мозговым «представителем» иммунной системы в нервной системе, и выключение гена GRN ведёт к накоплению клеточного «мусора» в мозге и выбросу ею агрессивных цитокинов (печально знаменитых в связи с цитокиновым шоком у жертв ковида).

Постепенно нейробиологии стали осознавать ведущую роль нейровоспаления в развитии НДЗ. Это лишний раз доказали в Стэнфорде, специалистам которого удалось «заменить» микроглию мышшей с моделью НДЗ, вызванного нехваткой питающего клетки микроглии белка

сапозина (последний назван по слову sap, переводимому как «питать» – сапом называют березовый и млечный сок деревьев молочаев, из которого делают латекс-каучук). Это привело к улучшению состояния животных в результате более активного удаления фрагментов погибших нейронов (Sci, STM). Статья учёных с описанием успеха называется «Излечение генетического заболевания мозга путём замещения микроглии в ЦНС». Глию для процесса лечения авторы получили из стволовых клеток костного мозга. Возможно, что со временем для людей с НДЗ будут использоваться и костный мозг доноров, но пока – антитела, а также малые молекулы, проходящие сейчас клинические испытания начальных фаз (Sci). Их действие направлено на белковые рецепторы (TREM – TransMembrane и CSF) на поверхности клеток – второй представляет собой колониестимулирующий фактор, действие которого подстёгивает рост «воспалённой» микроглии.

Помимо мутантных амилоида и тау-белка нейробиологи «грешат» и на аполинпропротеин АРОЕ, переносащий в крови тот же холестерин и делающий это хуже с возрастом. NA и Sci писали о возможности клинических испытаний для лечения болезни Альцгеймера одобренного для сердечников диуретика буметанида (Bumetanide). По непонятной ещё причине лекарство против отёков блокирует действие мутантного АРОЕ, меняющего активность около 2 тыс. генов в нейронах по сравнению с клетками здоровых. Среди них гены циркадного ритма, синтеза тормозящего активности нейротрансмиттера ГАМК и зависимости от опиатов (морфия). Сотрудники института Гладстоуна в Сан-Франциско, ратая за проведение испытаний, признают, что у пациентов с мутантным АРОЕ могут быть и другие молекулярные механизмы нейродегенерации, что затрудняет прогноз успеха действия диуретика.

Взгляд

# Пиво – диетический продукт?!

**В известной и популярной песне говорилось, что губит-то людей вода, что совершенно справедливо, если учесть, сколько инфекций передаётся с нею. Неудивительно, что люди издревле оценили преимущество использования уксуса для маринования, вина и пива с разным содержанием алкоголя в них. Первое из них хранится долго и хорошо транспортируется в амфорах по суше и морям, второе**

**же необходимо варить постоянно, потому что, как говорится, хороша ложка к обеду. Вопрос касается споров о древности пивоварения, что оно началось в Междуречье-Месопотамии примерно 5 тыс. лет назад (сохранились глиняные таблички с указанием числа кувшинов пива, выданных рабочим), однако находки, сделанные в северном Китае, говорят о более ранних сроках.**

нических налётов, сохранившихся на поверхности, варили и пиво. Натифанская пивоварня неолита удовлетворяла потребности примерно 30 обитателей Ракефетовой пещеры. В ней было обнаружено захоронение, поэтому из некоторых скелетов была выделена даже вполне сохранная ДНК для её секвенирования. Анализ содержимого «мортир» показал использование собираемых на склоне горы пшеницы и ячменя и других типов растений. Подготовка к варке пива начиналась с проращивания зёрен ячменя. При варке пива в него добавляли бобовые и некоторые другие растения.

В том же году журнал Conversation представил данные, указывающие на полезность пива для здоровья людей. В начале геномного миллениума о том же свидетельствовал солидный AJMS, представивший данные исследователей Техасского университета в Далласе, в дальнейшем вошедшие в диетические рекомендации для американцев. Учёные разного времени отмечают наличие в пиве различных витаминов и, что очень важно, специфических антиоксидантов, спектр которых отличается от

того, что содержится в винах. Пиво богато калориями и белком, недаром его выдавали рабочим Месопотамии, а также кремнием, который необходим для костей. Оно также содержит пробиотики, которые полезны для микрофлоры кишечника. Европейские и американские кардиологи обращают внимание коллег и диетологов на то, что пиво поддерживает содержание в крови «хороших» липопротеидов высокой плотности, препятствующих развитию атеросклероза. Подобного рода публикации легко найти в интернете и журналах, например Sci, указывающем на антиоксидантное действие полифенолов, которыми богато пиво. Они, в частности, благоприятны для ствловых клеток зубов и пагубны для микрофлоры ротовой полости. Научный университет итальянского города Бари в Апулии подчёркивает, что 30% пивных полифенолов «идут» из солода, а 70 – из упомянутого ранее проросшего ячменя.

Нельзя не отметить, что все учёные предупреждают, что «увлекаться» пивом и перебарщивать с ним категорически нельзя, потому что его калорийность приводит к нежелательному набору веса.

## СООБЩЕНИЕ

**О приёме предложений о внесении вопросов в повестку дня годового Общего собрания акционеров общества и предложений о выдвижении кандидатов для избрания в Совет директоров и иные органы акционерного общества, указанные в пункте 1 статьи 53 Федерального закона № 208-ФЗ от 26.12.1995 «Об акционерных обществах».**

**Наименование Общества:** Акционерное общество «Научно-производственное объединение «Экран» (так же по тексту – Общество).

**Место нахождения Общества/почтовый адрес:** 129301 РФ, Москва, ул. Касаткина, д. 3.

## УВАЖАЕМЫЙ АКЦИОНЕР!

Акционерное общество «Научно-производственное объединение «Экран» (АО «НПО «Экран») на основании ст. 17 Закона РФ № 46-ФЗ от 08.03.2022 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» и в соответствии с решением Совета директоров АО «НПО «Экран» (протокол № б/н от 17.05.2022) сообщает, что предложения о внесении вопросов в повестку дня годового Общего собрания акционеров АО «НПО «Экран», проводимого в 2022 г., и предложения о выдвижении кандидатов для избрания в Совет директоров, Ревизионную комиссию АО «НПО «Экран» на годовом Общем собрании акционеров АО «НПО «Экран», проводимом в 2022 г., будут приниматься от акционеров АО «НПО «Экран» до 26 мая 2022 г.

Акционер, являющийся в совокупности владельцами не менее чем 2 % голосующих акций АО «НПО «Экран», вправе вносить указанные предложения в дополнение к таким предложениям, ранее поступившим в АО «НПО «Экран», а акционеры, от которых указанные предложения поступили ранее, вправе вносить новые предложения взамен поступивших. В случае внесения акционерами новых предложений, ранее поступивших от них предложения считаются отозванными.

Предложения акционеров должны соответствовать требованиям, установленным пунктами 3 и 4 статьи 53 Федерального закона № 208-ФЗ от 26.12.1995 (ред. от 25.02.2022) «Об акционерных обществах», гл. 2 Положения Банка России № 660-П от 16.11.2018 «Об общих собраниях акционеров», а так же требованиям Устава Общества. Новая редакция устава АО НПО «Экран» (в соответствии с которой, произошла смена наименования ОАО НПО «Экран» на АО НПО «Экран»), утверждённая решением внеочередного общего собрания акционеров (Протокол № б/н от 31.03.22), в настоящий момент проходит регистрацию в ИФНС.

Совет директоров АО «НПО «Экран».

Исследования

# Микробная активность

**Мы живём под постоянными мониторингом микробов и бактерий.**

Nature сообщил недавно о раскрытии молекулярного механизма подавления важного для кишечного патогена Clostridioides difficile («похожего на клостридий», вызывающий столбняк) фермента. Речь идёт о получении с помощью крио-ЭМ (электронного микроскопа) картины связывания антибиотика фидаксомицина (Fidaxomicin) с РНК-полимеразой возбудителя, благодаря чему выявлена аминокислота в энзимном белке, являющаяся сенсibiliзирующим элементом микробной активности.

В 2017 г. бактерии обнаружили внутри раковых клеток, во что сначала никто не поверил. Тем не менее со временем учёные «сжились» с тем фактом, что микробы, живущие внутри изменённых клеток, могут способствовать повышению их агрессивности и даже метастазированию. Об этом «неприглядном» факте свидетельствует статья специалистов Университета Западного озера из Ханчжоу в журнале Cell. Её название «Туморорезидентные внутриклеточные микробы (микробиота) являются промотерами метастатической колонизации при раке молочной железы» говорит само за себя. Вполне возможно, что микробное «заселение» изменённых клеток стимулирует образование внеклеточных везикул-пузырьков (ECV), которые могут определять реакцию противоопухолевых Т-лимфоцитов и представляющим им клеточные антигены дендритные клетки (DC). Последние являются тканевыми резидентами с функцией мечниковских макрофагов, и два вида клеток под действием ECV организуют защищённую нишу – иммуносупрессивную – для развития опухолевого процесса (G). Подобный взгляд поддерживает Раковый центр во флоридском городе Тампа (NC). На примере биопсий от 62 человек с ко-

лоректальными опухолями показано, что ниша позволяет опухоли «рекрутировать» макрофаги M2, которые в норме подавляют иммунные клетки, чтобы не развивались аутоиммунные реакции. ECV с РНК опухолевых антигенов блокируют, в частности, активность белковых рецепторов Т-лимфоцитов, с помощью которых эти клетки «распознают» антигены, представляемые DC.

Проблема «сдерживания» развития иммунотерапии связана с высокой изменчивостью геномов каждой из клеток. Это в очередной раз показали в Гарварде, где полностью прочитали геномы 3949 пациентов, страдающих 19 видами опухолей, выявив при этом 61,2 млн мутаций в соматических, то есть не генеративных клетках тела. Не обращая внимание на американских коллег, иммунологи шанхайского института «Материя медика» предложили для иммунотерапии «инкрустировать» поверхность Т-лимфоцитов эпигенетическим индуктором синтеза интерферонов (NNT). Эпигенетика представляет собой модификацию ДНК за счёт тормозящих или активирующих гены химических групп без изменения последовательности «букв» ген-кода, то есть без внесения мутаций. Включенные активности интерфероновых генов привело к 8-29-кратной внутриопухолевой плотности Т-лимфоцитов за счёт их инфильтрации в очаг. К этому можно добавить показанный в Брюссельском университете эффект ослабления активности Т-клеток под действием молочной кислоты (CR). Факт «заключения» опухолей был открыт век назад немцем О.Варбургом, за что он получил Нобелевскую премию 1931 г. По прошествии века сохраняются его надежды на простой и эффективный способ борьбы с раком путём его «зашелачивания»...

Подготовил Игорь ЛАЛЯНИЦ,  
кандидат биологических наук.

По материалам Nature Aging, Scientist, Science Translational Medicine, American J Medical Sciences, Ancient Origins, Conversation, J Archeological Science, Stem Cell International, Cell, Cell Reports, Gastroenterology, Nature, Nature Communications, Nature NanoTechnology, Science.

## Почему бы и нет?

К росту масштабов пьянства, в том числе к злоупотреблению спиртным молодыми людьми, приводит агрессивная реклама алкогольных напитков и нерегулируемая трансграничная торговля ими.

слабее, чем за другими психоактивными продуктами. Более эффективное и последовательное регулирование маркетинга алкоголя могло бы спасти и улучшить жизни молодых людей во всём мире», – добавил он.

спортивными лигами и клубами, чтобы охватить потенциальных потребителей в разных частях мира.

В докладе описываются и другие возможности для рекламы, в том числе в фильмах и сери-

## Регулирование маркетинга алкоголя могло бы спасти жизни

Об этом говорится в новом докладе Всемирной организации здравоохранения. Его авторы обращают внимание на участвовавшее использование сложных методов для онлайн-рекламы алкоголя.

Сегодня цифровая революция позволяет распространять рекламу алкоголя в нескольких странах одновременно, невзирая на социальные, экономические или культурные особенности.

В организации напоминают, что чрезмерное употребление алкоголя оборачивается целым рядом проблем для здоровья: от алкогольной зависимости и других психических и поведенческих расстройств до неинфекционных заболеваний, таких как цирроз печени. Пристрастие к спиртному может обернуться некоторыми видами рака и сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также травмами и смертью в результате насилия и дорожно-транспортных происшествий.

Ежегодно в мире в результате употребления алкоголя умирают около 3 млн человек – один человек каждые 10 секунд, что составляет около 5% всех смертей в мире. На долю молодёжи приходится непропорционально большое количество смертей, связанных с алкоголем: 13,5% всех смертей среди людей в возрасте 20-39 лет связаны с пьянством.

«Алкоголь лишает молодых людей жизни, их семьи – близкий, а общество – потенциала», – сказал Генеральный директор ВОЗ Тедрос Гебрейесус.

«Но, несмотря на очевидные риски для здоровья, контроль за рекламой алкоголя гораздо

### Цифровая революция

В докладе ВОЗ подчёркивается, что инновации в маркетинге алкоголя приводят к охвату большей аудитории. Сбор и анализ данных о привычках и предпочтениях клиентов глобальных интернет-провайдеров позволил маркетологам алкогольной продукции направлять сообщения конкретным группам населения в разных странах.

Целенаправленная реклама в социальных сетях очень эффективна, особенно когда в ней предоставляется возможность делиться постами, говорится в докладе ВОЗ.

В 2019 г. более 70% расходов на медиа у ведущих рекламодателей алкоголя в США были связаны с промоакциями и онлайн-рекламой в социальных сетях.

«Растущее значение цифровых медиа означает, что реклама алкоголя становится всё более глобальной», – отметил эксперт организации Даг Рекве. – Это затрудняет эффективный контроль за ней. Необходимо более тесное сотрудничество между странами в этой области».

### Спонсирование спортивных мероприятий

Алкогольные компании спонсируют крупные спортивные мероприятия на глобальном, региональном и национальном уровнях, что повышает узнаваемость бренда среди новой аудитории. Эти компании также сотрудничают со

ахла, транслируемых по международным подписным каналам.

### Реклама алкоголя как символа равноправия

В докладе ВОЗ также рассматривается работа с конкретными аудиториями: детьми и подростками, женщинами и часто выпивающими людьми. Исследования показали, что употребление алкоголя в молодости может привести к алкоголизму в более зрелом возрасте. Маркетологи уделяют особое внимание регионам с молодым и быстрорастущим населением, таким как Африка и Латинская Америка.

Так как мужчины потребляют три четверти алкоголя в мире, женщины – ещё одна аудитория для потенциального роста. Рекламодатели часто подают употребление алкоголя женщинами в качестве символа равноправия.

### Интеграция и сотрудничество

Доклад ВОЗ рекомендует ввести комплексные ограничения или запреты на рекламу алкоголя, в том числе международную. Хотя многие страны в той или иной форме ввели ограничения на маркетинг алкоголя, они, как правило, относительно слабые. В большинстве стран регулируется реклама алкоголя только в традиционных СМИ, в то время как регулирование в интернете и социальных сетях отсутствует почти в половине стран мира.

Леонид БЕНЦКИЙ.

## Бывает и такое

## Самый долгий ковид



Как считают британские врачи, они зафиксировали случай самого долгого в мире заболевания ковидом: пациент, имя которого не называется по этическим причинам, страдал от заболевания в течение 505 дней (то есть более 16 месяцев). Этот человек так и не смог справиться с коронавирусом и умер в больнице в прошлом году.

Врачи из двух крупных лондонских клиник, лечившие пациента, говорят, что подобные случаи происходят крайне редко. Однако этот человек страдал другими хроническими заболеваниями, и его иммунная система была крайне ослаблена.

Впервые пациент заболел ковидом в начале 2020 г., когда пандемия только начиналась. У него появились все симптомы, и инфекция была выявлена при помощи ПЦР-теста. Затем в течение 72 недель заболевший много раз оказывался в больнице – как для планового обследования, так и для лечения. Всё это время его анализы на COVID-19 оказывались положительными – всего он их сделал около 50.

По мнению врачей, речь шла именно об одном длительном заболевании, а не о повторных случаях инфицирования. Такие выводы были сделаны после тщательного изучения тестов.

«Тесты, сделанные при помощи мазков в горле, каждый раз оказывались положительными», – рассказал лондонский врач Люк Бладжен Снелл, который о результатах своей работы сообщит на медицинской конференции в Европе. – У пациента ни разу не

было негативного теста. И мы можем судить, что это была одна и та же инфекция, по её генетическим признакам. Информация, которую мы получили при секвенировании генома вируса, у этого пациента была уникальной и постоянной».

По словам экспертов, изучение подобного хода заболевания крайне важно, поскольку он может приводить к появлению новых вариантов ковида (хотя в данном случае этого не произошло).

«Когда люди остаются инфицированными в течение долгого времени, вирус продолжает к ним адаптироваться. И в результате, у коронавируса может появиться возможность выработать новые мутации», – объясняет Снелл. – У некоторых наших пациентов происходили те же мутации, что наблюдались в вариантах, которые вызывают опасения».

При этом врач объясняет, что в общей сложности они изучали девять случаев «длинного ковида», и ни один из них не привёл к появлению новых опасных вариантов заболевания.

По словам Снелла, люди с хроническим ковидом могут даже не быть переносчиками заболевания.

Случай человека, болевшего 505 дней, отличается от того, что обычно называют «долгим ковидом» – когда в организме больше не остаётся вируса (и результаты тестов оказываются негативными), однако некоторые симптомы, такие как потеря обоняния или «мозговой туман», сохраняются в течение длительного времени.

Инга КАТАРИНА.

По материалам ВВС.

## Ракурс

Принято говорить, что пить лучше до или после еды, чтобы не затруднять пищеварение. Так это миф или реальность?

Недостаток концентрации, раздражительность, сухая кожа... Столкнувшись с классическими признаками обезвоживания, рекомендуется пить воду, в идеале 1,5-2 литра в день. Исключение делается во время еды: многие не хотят наполнять стакан до краёв, опасаясь вздутия живота и других проблем с пищеварением. Действительно ли вода и еда плохо сочетаются?

### Пищеварительный союзник

По словам гастроэнтеролога Оливье Шпаццирера, ни одна научная статья на сегодняшний день не подтверждает этот тезис. По его словам, это стереотип. «Некоторые думают, что, когда вы пьёте воду, она мешает нормальному пищеварению», – говорит врач. – Но организм так устроен, что пищеварительная система приспосабливается к тому, что мы едим. Не один и даже не три стакана воды ничего не меняют», – уверяет он.

По словам диетолога Александры Далю, употребление жидкости во время еды даже полезно. «Это смягчит пищевой комок и, таким образом, поможет пищеваре-

## Нужно ли пить воду во время приёма пищи?



нию», – говорит она. По словам специалиста, автора развенчания 100 стереотипов, которые мешают нам чувствовать себя хорошо, употребление воды во время еды помогает, среди прочего, регулировать кислотность желудка, вырабатываемую естественным образом во время приёма пищи.

Это также уменьшает ненасытный аппетит. «Это заставляет нас

делать перерывы, есть медленнее и лучше прожёвывать пищу», – добавляет диетолог. – Рефлекс стакана воды создаёт полезную динамику: мы берём вилку, жуём, кладем её, выпиваем стакан воды и т.д.».

### Напиток для сытости

Употребление воды во время еды посылает в мозг сигнал о насыщении. «Гидратация насытит механические рецепторы, отвечающие за наполненность желудка», – сообщает А.Далю. Это усилит чувство сытости и, таким образом, вы будете есть меньше. «Два больших стакана воды, выпитые за 30 минут до приёма пищи, естественным способом снижают аппетит», – говорит диетолог. Эта информация тем более полезна,

когда вы склонны к перекусу между приёмами пищи.

При отсутствии водопроводной воды предпочтительнее выбирать бутилированную воду, обогащённую кальцием, бикарбонатом или магнием, потому что эти минералы «помогают лучше переваривать и разрушать жирные кислоты», по словам диетолога. Если вы склонны к вздутию живота, то лучше выбрать негазированную. «Газированные напитки увеличивают количество воздуха в желудке», – говорит гастроэнтеролог Оливье Шпаццирер. Избегайте кубиков льда и подавайте воду комнатной температуры. «Слишком холодная вода может нарушить пищеварение», – предупреждает А.Далю. – Мы должны избегать слишком большого контраста между температурой тела и температурой напитка». Как только эти рекомендации будут учтены, останется только выпить.

Юлия ИНИНА.

По материалам Le Figaro.

## Осторожно

Случаи острого гепатита у детей выявлены в Великобритании, Ирландии, Нидерландах, Дании и Испании. Об этом сообщается в Европейском центре по контролю и профилактике заболеваний (ECDC).

## Острый гепатит неизвестного происхождения

По данным организации, также были обнаружены 9 случаев острого гепатита среди детей в возрасте от 1 до 6 лет в штате Алабама в США, у них был положительный результат на аденовирус.

«В настоящее время точная причина гепатита у этих детей остаётся неизвестной. Группа по ликвидации последствий в Соединённом Королевстве, где на сегодняшний день произошло большинство случаев, считает, что инфекционная причина, скорее всего, в клинических и эпидемиологических особенностях расследуемых случаев», – поясняется в сообщении.

Расследования продолжаются во всех этих странах. ECDC следит за ситуацией.

Андрей ДЫМОВ.

**Ушёл из жизни выдающийся нейрохирург, основоположник отечественной микрохирургии сосудистой патологии мозга, член-корреспондент РАН, лауреат Государственной премии СССР Юрий Филатов (1931-2022). Жизнь его – пример служения Родине, медицине и спорту.**

### Восхождение

Юра родился в Казахстане, куда насильственно переселили в конце 20-х годов из Рязанщины родителей. Его отец, Михаил Матвеевич, отказался сдавать в колхоз единственную корову, за что его и «раскулачили».

Детство и юность Юрия пришлись на трудный для страны период. Он учился, увлекался рисованием. Во время войны работал трактористом. В 1947 г. первым из семьи Филатовых Юра вернулся на Рязанщину в город Скопин, где завершил своё среднее образование.

Хотел быть художником, но мать Мария Николаевна настаивала на врачебной профессии. Юра её послушал и выдержал конкурс во II Московский медицинский институт им. Н.И.Пирогова. Выбрал педиатрический факультет, только потому что там давали место в общежитии.

Казалось, учёба давалась легко, но он основательно вникнул как в клинические, так и в теоретические дисциплины. Однако, бесспорно, главной страстью в студенческие годы был спорт. Первый разряд по лыжам, первый – по плаванию... А больше всего Юру, выросшего в казахстанских степях и приокских лесах, почему-то влекли горы. Мастер спорта по альпинизму, он покорила все семитысячники Тянь-Шаня и Памира, одолев и пик Ленина, и пик Коммунизма. Уже в солидном возрасте Юрий Михайлович совершил восхождение и на самую высокую вершину США.

Единственной возможностью в 50-е годы остаться в Москве после института без протекции и без прописки являлись спортивные достижения. Они у Юрия Филатова были.

Из неожиданно открывшихся перед ним возможностей он выбрал Институт нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, может быть, как одну из самых трудных вершин хирургии. В октябре 1955 г. его зачислили клиническим ординатором, и он беспрерывно здесь трудился 60 лет! Это особенность Московского института нейрохирургии – притягивать к себе навсегда. Такая же судьба у соратников Ю.Филатова – Александра Коновалова, Фёдора Сербиненко, Николая Васина, Сергея Фёдорова, Габиба Габиева, Николая Смирнова и многих других выдающихся деятелей alma mater.

### Ученик становится учителем

В 50-е годы мне довелось несколько лет работать вместе с Ю.Филатовым в отделении профессора Юлия Коновалова. Юра выделялся не только своей стройной фигурой, но прежде всего удивительной заботой о больных, исключительным клиническим и хирургическим трудолюбием, обязательностью и тогда уже чувствовавшейся в нём при всей его доброте и деликатности – принципиальностью. Юра был душой и совестью коллектива в полном смысле этого слова. Он рассказывал нам про горы и про никновенно пел песню о чайке. И мы, молодые, звали его «Чайкой». Впрочем, Юру любили все поколения сотрудников института нейрохирургии.

Филатов быстро рос как нейрохирург и как исследователь. Его мануальные способности отметил академик Борис Егоров. Его клиническое мышление оценил и профессор Юлий Коновалов. Эти крупные учёные стали научными руководителями его кандидатской

диссертации, посвящённой опухоли бугорка турецкого седла. Юра сумел выполнить фундаментальное исследование по трудному разделу неврологии, многие положения которого не устарели до сих пор.

Его организационные способности заметил академик Александр Арутюнов, который в 1971 г. поставил его руководителем клинического отделения хирургии сосудов головного мозга. С тех пор деятельность и научные ис-

следования защищены около 40 кандидатских и докторских диссертаций; его ученики работают во многих регионах России, странах ближнего и дальнего зарубежья. Им создана большая школа cerebrovascularных нейрохирургов.

На него было возложено немало общественных обязанностей. Многие годы он являлся заместителем председателя специализированного совета по защите диссертаций, членом редакционной коллегии журнала «Вопросы

руководства защищено около мужа, ваших, вашей семьи, или радоваться, пусть временно, но отчётливому улучшению, уменьшению головных болей, возросшей активности мужа под влиянием гормонов? Подумайте, что лучше. Я вам не отказываю, готов положить его к себе в клинику. Но надо ли оперировать, зная, что это ни к чему, кроме новых страданий, не приведёт? На мой взгляд, гуманнее окружить его домашним теплом, которое будет смягчать его тяжёлую, неизлечимую болезнь.

растные ограничения, он перестал восходить: «Не хочу быть обузой молодым альпинистам». Но ещё много лет в конце апреля вместе со своими старыми друзьями по альпинизму отправлялся в глухие места северо-запада России, чтобы по едва вскрывшимся рекам проплыть несколько сот километров на байдарках, порыбачить, пожить костровой жизнью («Надо успеть, пока нет комаров»).

Мне однажды довелось побыть с Юрой в горах. Сентябрьский

### Память

# Покоритель вершин

следования Юрия Михайловича сосредоточились на сложных нейрохирургических проблемах сосудистых заболеваний ЦНС.

Докторская диссертация Ю.Филатова явилась фундаментальным исследованием по одному из важнейших разделов нейрохирургической ангиологии – лечению артериовенозных мальформаций (АВМ) головного мозга (защита в 1972 г.). Разработав щадящие доступы к сосудистым мальформациям глубокой локализации и широко применяя микрохирургическую технику, он добивается блистательных результатов. Впервые в мире им была удалена АВМ зрительного бугра с применением межполушарного теменно-затылочного доступа. Вместе со своими учениками он обосновывает и внедряет в практику дифференцированную систему хирургического лечения АВМ поясной извилины, гиппокампа, подкорковых узлов, мозолистого тела и субтенториальных образований. Одновременно изучается роль этих структур в деятельности мозга с использованием нейробиологических и нейрофизиологических методик. Профессор Ю.Филатов – один из пионеров хирургии АВМ, располагающихся в моторной и речевой зонах коры.

Совместно с профессорами Александром Коноваловым и Эфраимом Злотником он является основоположником микрохирургического лечения аневризм головного мозга.

Под его руководством развёртывается полномасштабное изучение ишемии головного мозга. Разработана специальная математическая программа для более адекватного отбора больных для хирургического лечения мозговой ишемии. Обнаружены новые феномены эволюции стенозов магистральных сосудов мозга и внутренней сонной артерии под влиянием экстра-интракраниальных анастомозов. Предложены количественные методы оценки резервов коллатерального кровообращения, что весьма существенно для прогнозирования исходов хирургического лечения ишемии головного мозга.

Ю.Филатовым и его учениками разработана тактика лечения гигантских аневризм головного мозга с применением методики внутрисосудистой аспирации крови из артериальных аневризм. Это позволяет исключить из кровотока ранее неоперабельные аневризмы с сохранением проходимости магистральных артерий.

Профессор Ю.Филатов являлся одним из основоположников современной ангионейрохирургии. За крупные научные заслуги в 1974 г. ему присвоили звание профессора. В 1985 г. удостоили Государственной премии СССР. В 1988 г. он получил почётное звание заслуженного деятеля науки РСФСР, в 1994 г. был избран членом-корреспондентом РАН.

Ю.Филатов – автор более 150 научных работ. Под его научным



нейрохирургии», председателем хирургического совета НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, а когда существовало партбюро, являлся его уважаемым членом.

### Нейрохирург-психолог

При всех своих регалиях Юрий Михайлович всегда был простым, доступным доктором для всех страждущих и надёжным товарищем для своих коллег, знакомых и незнакомых. Больные, их родственники и друзья боготворили скромного профессора. Как был психологичен он в трудных ситуациях!

Вот один из примеров его сострадания и гуманизма. К профессору обратилась пожилая женщина по поводу тяжёлого недуга своего мужа – 65-летнего пациента, перенёвшего две большие операции по поводу рака лёгких и имеющего множественные метастазы в головном мозгу. Жена – интеллигентная, разумная, всё понимающая женщина, хочет, и это естественно, спасти любимого человека. Её надежды особенно возросли после разительного улучшения состояния, когда назначили гормональную терапию. Теперь она знает, что муж перенесёт операцию на мозге, верит в её спасительность и всеми путями пробивалась и пробилась-таки в институт нейрохирургии.

– Спасите, хотя бы продлите ему жизнь! – обращается она к Юрию Михайловичу.

– Продления чего вы хотите? – отвечает нейрохирург. – Продления его страданий? Вы думаете это гуманно? Да, он перенесёт операцию на головном мозге, но имеет ли она смысл? Метастазов несколько, они глубоко расположены и к тому же в разных полушариях. Операция не только не принесёт облегчения, а скорее усугубит симптоматику. Почти наверняка появятся парезы рук и ног, которых сейчас нет. Ваш муж раньше времени утратит мобильность, окончательно ляжет, а главное – принципиально ничего не изменится. Поражённое раком лёгкое будет посылать всё новые и новые метастазы. Чего же вы хотите? Усугубления страданий

После беседы с Юрием Михайловичем жене уже иначе представлялись и вся ситуация, и свой долг – сделать всё для близкого человека.

### Воспитатель

Были у него и свои способы воспитания сотрудников: он никогда не повышал голоса, не наказывал провинившихся. Но делал так, что упущения больше не повторялись. Типичен следующий эпизод. Мне его рассказал его ученик Шалва Элиава. Однажды, выдохшись на сложной операции, он забыл написать заключение для больного, которому должны были завтра произвести ангиографию. Придя утром на работу, нейрохирург увидел, что в истории болезни есть заключение, написанное характерным мелким почти бисерным почерком Юрия Михайловича. Учитель не сказал ни слова упрёка, но это был урок на всю жизнь.

В последние годы Юрий Михайлович перестал оперировать – подвели сердце и зрение, но оставался в строю – как опытный клиницист, который всегда и всем нужен. Однако он не из тех, кто на основании громадного авторитета и былых заслуг держится за место. Он подготовил себе достойную смену и в канун своего 80-летия настоял на уходе с заведывания клиникой, став её главным научным сотрудником. Вспоминаю, как на учёном совете института Юрий Михайлович тепло рекомендовал своего преемника профессора Ш.Элиава. Учитель гордился выращенным учеником и, возвышая его в должности, подставил ему своё надёжное плечо.

Ш.Элиава продолжил и развил дело учителя, и ныне он один из российских лидеров в хирургическом лечении артериальных аневризм и артериовенозных мальформаций головного мозга. За крупные заслуги его избрали член-корреспондентом Российской академии наук.

### Нравственная высота

Любовь к природе и спорт были источниками неутомимости Юрия Михайловича. Почувствовав воз-

путь лежал из Самарканда через Зеравшанскую долину в Таджикистан. В предгорьях заночевали. Мы сидели в саду. В чёрном южном небе звезды казались особенно большими и близкими. С деревьев падали спелые яблоки и орехи. И вдруг Юра зашел. И столько было души в его песнях.

Утром поднялись в горы и обошли «Семь красавиц» – цепочку изумительно красивых озёр. Но высота была не та, которую привык завоевывать Юра, и он больше смотрел не на озера, а на сверкавшие на солнце снежные пики гор, манившие своей неприступностью...

85-летие своего базисного учёного Юрия Филатова институт, ставший Национальным центром нейрохирургии, отмечал достойно. Ему первому вручили медаль, диплом и премию им. Александра Коновалова. Тёплые поздравления отражали любовь и уважение коллектива. Но Юра принял решение уйти на пенсию, что и сделал сразу после чествования. Я спросил: «Юра, почему? Ты ведь в хорошей форме и как клиницист так полезен и больным, и всем нам». «Видишь ли, Лёня, из-за зрения я перестал оперировать, мои ученики уважают меня, но они настолько выросли, что я перестал быть им нужным. Они это не демонстрируют, но я чувствую и понимаю их. Просто высживать в кабинете часами не могу. У меня нет твоих писательских забот. Должен быть занят чем-то нужным и полезным. Так привык и иначе не могу. Живым памятником быть не желаю. Пойми меня». И я понял.

Прожитые долгие годы оставили свои следы на лице и на походке Юры, но ничего не смогли поделаться с его душой и интеллектом. Он по-прежнему был отзывчив и мудр, жил делами своего сосудистого отделения. Много читал. Восхищался или возмущался поступками и событиями.

Нередко мы пересекались. Оба радовались и делились новостями и мыслями. Однажды он меня поразил. Я как-то сказал: «Юра, у тебя столько свободного времени появилось». Он ответил: «Знаешь, Лёня, свобода хуже работы». И я признал его правоту.

У Юрия Михайловича небольшая семья. Жена, Любовь Константиновна, педиатр. Дочь Наташа пошла по стопам родителей, работает офтальмологом.

Мне кажется, я знал, что вспомнил во время последних прогулок мой друг: покорённые вершины, на которые всю свою жизнь взбирался заслуженный деятель науки и заслуженный мастер спорта Юрий Филатов...

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

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

Идёт весна

Идёт весна. И сизый дым слоится  
Над долом, по распадкам, по полям.  
А это значит, пашут трактористы  
Родную землю... и летают птицы  
Над свежими пластами тут и там.

Грачиный грай шумит над бороздою,  
И пусть пока не так уж и тепло,  
Но я такой картиною доволен,  
И благодарен несказанно доле,  
И говорю: опять мне повезло.

Что пережил, что одолел распустье,  
И зимний морок снова позади.  
А дальше с каждым днём всё будет лучше,  
Весна добавит новых красок в судьбы,  
И от того так радостно в груди.

Я умею ждать!

Мне достаточно испытаний,  
Дай мне, Боже, спокойно жить.  
Нет судьбе моей оправданий,  
Коль считает, - пора вершить  
Мой ухабистый путь по склонам,  
По долинам таёжных рек...

Я рвану из больничной «зоны»  
В свой последний рывок – побег.  
Будут травы цеплять за ноги,  
Будет ветер в лицо хлестать,  
Пусть останутся все тревоги  
Позади... Я умею ждать!

Ночные часы

Как долго тянутся часы,  
Когда находишься в больнице,  
Когда в полшаге от весны,  
Но заключён, как в клетке птица.

Казалось бы, рукой подать  
До столь желанных счастья, воли,  
Но вот больничная кровать  
Не отпускает... Нет покоя!

Особо тягостной ночной,  
Бессонной, в основном, порою.  
Тут можно даже в мир иной  
Уйти... Не по себе, не скрою.

Но снова над землёй рассвет  
Свои полотна зажигает,  
И хочется ещё сто лет  
Жить на земле, беды не зная!

Сначала

После долгих мучительных бдений  
На больничной кровати без сна  
Очень хочется новых явлений,  
Ведь на улице плещет весна.

Жизнь осмыслить по новой, увидеть  
Необычные грани вещей,

Сокровенное

# Жить на земле, беды не зная



Постараться ничем не обидеть,  
Даже словом, мне близких людей.

Побыстрее бы оттаяло сердце,  
И душа бы воспряла опять.  
Я бы стал увлечённым, как прежде,  
Но с чего же опять начинать?

Надежда

Надеемся, что сможем повториться,  
Хотя б песчинкой влиться в цепь судеб,  
Когда-то в чём-то снова воплотиться,  
Увидеть дальний незнакомый свет.

Всё тешим сердце, что ничто бесследно  
Не исчезает в волнах бытия.  
Что наша плоть как часть большой  
Вселенной  
Бесследно не исчезнет... Жизнь твоя

Вольётся в чьё-то новенькое тело,  
С таким же самым ворохом проблем.  
Но, к сожаленью, это в общем, целом  
Тобой не станет...

Потому зачем

Надеяться на новое рождение,  
В то, что на свете будут вспоминать.  
А, значит, проживи свои мгновенья  
Так, чтоб не жалко было умирать.

Верить

Чтобы жить, мне надо верить  
В землю, искренность, добро.  
Верить в то, что можно склеить  
То, что треснуло давно.

Верить в свой удел, дорогу,  
В то, что выстою, дойду.  
Сквозь любую непогоду  
Доберусь, не пропаду.

Верить в то, что жизнь без края,  
Впереди немало дней.  
Чтобы, даже умирая,  
Видел пред собою цель.

Жить надеждою, пусть малой,  
Даже призрачной порой.  
Верить в то, что жил не даром  
Под счастливою звездой.

Николай РАБОЧИЙ

Жажда жить

Всё в мире иначе, иначе  
Под старость становиться... Ты  
Уже не мечтаешь удачу  
Поймать в свои сети... Мечты  
Уже не простёрты далёко,  
Тут день бы, тут месяц прожить...  
Дожить до весны, чтобы соком  
Берёзовым грудь освежить.

Но всё-таки хочется снова  
Рвануться в рассветную синь,  
Туда, куда вьётся дорога,  
Туда, где осот и полынь.  
Пусть мало осталось силёнок  
И больно больё ворошить.  
Живёт в нас подспудно бесёнок  
С отчаянной жаждою жить!

\* \* \*

На больничные клёны, облака над землёй  
Я гляжу изумлённо, будто вижу впервые.

Осень холодом дышит, сыплет долу листву,  
Барабанит по крышам,  
только я не могу.

Не могу наглядеться и душою объять.  
Моё бедное сердце невозможно унять.

От красоты законной, от багряной листвы,  
И от плачущих клёнов, приунывших, увы.

Не могу наглядеться на земную юдоль,  
Догорает мой вечер, завершается роль.

Кто-то скажет, негоже мне впадать  
в пессимизм,  
Понимаю...  
Но, Боже, как же хочется жить!

ОБ АВТОРЕ. Н.Рабочий – врач клинической лабораторной диагностики высшей категории. Член Союза писателей России. Автор нескольких книг, заслуженный поэт Московской области.

Долгопрудный.

Ремни у лука седла	Красные водоросли	Балованное... Грез	Упрямое животное	СКАНВОРД										Нинте-даниб												
Стрепет	Лдына	Красный цветок	Высокомерие	Хабаровская река	Сырье, мрамор	Летняя шляпа	Часть слова	Лука	Топор	Карта, шар	Вечерняя еда	Заросли карлик березы														
С/х машина	Сочетание цветов	Байбак	Эстон. певец	Совиный попугай	Англ. мореплаватель	Тушеное блюдо	Вытянутая рыба	Греч. бог Солнца	Костюм танцовщицы	Маргарин	Карцинома															
Лефлуномид	"Алые паруса", перс.	Слух	Роговца	"Баба", Ленок	Византия	Хаккинен	Шлягер	Перу-мов																		
Кабард. танец	Якут. жилище	Одно из Великих озер	Фин. писатель	С	С	Ш	М	А	Т	С	Т	Р	И	Т	О	Н										
Поступление сумм	Рубин (стар.)	Идол		О	П	Ы	Т	У	Р	Б	К	А	Д	С	И	Л	А	У	Г							
Автор Валерий Шаршуков	Жираф	Гора, Крит	...два (воин.)	К	Р	А	Г	И	О	С	Т	П	А	Л	Л	А	Д	А	А	М	А	Д	И	С		
				Н	А	Л	Ф	О	Н	И	Р	О	Н	Н	А	К	А	З	С	О	С	А	Д	О	К	
				О	Н	А	О	С	К	И	Ж	И	Т	Ответы на сканворд, опубликованный в № 18 от 13.05.2022.												
				К	А	З	Б	И	Ч	С	Т	О	К	К	О	Л	И	Т								
				А	М	Е	Х	А	Л	А	Р	А	О	К	О											

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты. Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Главный редактор А.ПАПЫРИН.  
 Редакционная коллегия: И.БАБАЯН (ответственный секретарь), Е.БУШ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, Г.ПАПЫРИНА.  
 Дежурный член редколлегии – В.ЕВЛАНОВА.

Справки по тел.: 8 (495) 608-86-95. Рекламная служба: 8 (495) 608-85-44.  
 Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.  
 Адрес редакции, издателя: 129110, Москва, ул. Гиляровского, 68, стр. 1.  
 E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения); medgazeta72@mail.ru (электронная подписка); www.mgzt.ru  
 ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография».  
 Адрес: 123022, Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр. 1  
 Заказ № 0585  
 Тираж 13 940 экз.  
 Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

