



Лимбический паранеопластический энцефалит у пациента с раком желудка. Первое описание в РФ.

Стр. 8

Российские учёные занимаются поиском тех уязвимостей злокачественной опухоли, которые до этого никому идентифицировать не удалось.

Стр. 10

Организаторы НМО говорят о необходимости обновления системы.

Стр. 11

Акценты

Гуманизм побеждает санкции

Сотрудничество российских врачей с зарубежными коллегами продолжается



Президент России Владимир Путин рассказал о случаях, когда врачи из разных стран продолжают работать и сотрудничать, несмотря ни на какие санкции – из гуманистических соображений. Он провёл встречу с участниками Всемирного фестиваля молодёжи в Сочи, в ходе которой состоялся его диалог с анестезиологом из Бельгии Матиасом Коваксом, проходившим стажировку по интенсивной терапии в Москве.

«Я уже восьмой раз в России, очень люблю вашу страну и вашу культуру. Участие в форуме дало мне возможность ещё раз увидеть собственными глазами, что Россия является страной передовых технологий, особенно в медицине, и всегда готова принять людей, которые хотят приехать сюда работать», – сказал бельгийский врач.

В свою очередь, Президент России отметил, что в медицине очень

Председатель совета «Сириус» Елена Шмелёва представила Владимиру Путину первое открытое книгохранилище будущей библиотеки

сильны гуманистические начала, поэтому сотрудничество российских врачей с зарубежными коллегами продолжается вопреки санкциям.

«До сих пор, несмотря на все ограничения, которые по политическим соображениям вводятся теми или другими странами, я знаю примеры, когда специалисты в вашей области работают, несмотря ни на что, несмотря ни на какую пропаганду, несмотря на разные взгляды на те или другие процессы. Я не раз слышал, как они говорят пациентам в России: «Мы всегда будем с вами». Мы с огромным уважением относимся к таким людям. Не сомневайтесь, что и с нашей стороны будет именно такое же отношение всегда», – подчеркнул В.Путин.

Говоря о российской медицине, он отметил, что у неё есть и свои достижения, и «вещи, над которыми мы, безусловно, должны ещё работать».

«У нас большие программы в сфере медицины. Есть достижения в области сердечно-сосудистой хирургии, в некоторых других областях. Огромная программа по борьбе с онкологическими заболеваниями, с сахарным диабетом», – добавил Президент России.

Он назвал профессию врача благородной. «Конечно, можно просто выучить всё формально и быть, наверное, хорошим анестезиологом. Но для того, чтобы быть очень хорошим доктором, талантливым, нужно, конечно, иметь особенности характера, иметь душу, чтобы посвящать себя другим людям, уметь сострадать. В этом смысле вы здесь, безусловно, найдёте хороших партнёров», – сказал В.Путин, обращаясь к врачу из Бельгии.

Сергей ФЁДОРОВ.

Современные технологии

Уникальная разработка кардиохирургов

В Клинике сердечно-сосудистой хирургии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова разработан первый в мире биологический клапан, основой которого является донорский перикард. Проект был осуществлён в рамках инновационной научной школы под руководством директора клиники профессора Романа Комарова.

Эта разработка уникальна во всём: начиная с обработки и формы створок, заканчивая каркасом и раствором для хранения. Благодаря специальному методу обработки и раствору для хранения составные элементы клапана не кальцинируются – это одна из самых частых проблем при имплантации биологических протезов. Всё это вместе с максимально физиологичной конструкцией клапана позволяет предполагать, что срок службы данного изделия будет на 40% больше, чем у протезов аортального клапана, представленных на рынке в настоящий момент. Для пациентов это означает то, что клапан из гомоперикарда будет с высокой долей вероятности установлен пожизненно, без последующей замены.

Гомологичный перикард является абсолютно новым и мало исследованным материалом, однако особенности его строения позволяют говорить о широком диапазоне его применения при надлежащей обработке, отметил ассистент кафед-

ры сердечно-сосудистой хирургии Сеченовского университета Максим Ткачёв. Имплантация аортального клапана из гомоперикарда будет возможна пациентам с широким спектром сердечно-сосудистых заболеваний: врождённые пороки, стеноз, недостаточность и даже инфекционный эндокардит, поскольку створки клапана после обработки новым методом потенциально устойчивы к инфекционным возбудителям.

Клапан из гомологичного перикарда займёт промежуточную позицию между клапаном из собственного перикарда пациента и клапаном из ксеноперикарда (животного происхождения). «Лабораторная обработка множеством растворов, тщательная очистка с использованием оптики, лазерная разметка и выкраивание, фиксация на каркасе – всё это позволяет добиться клапанов подобного качества, как из аутоперикарда. Однако новый клапан обладает большей стандартизацией, то есть на его имплантацию будет затрачено значительно меньше времени», – отмечает профессор Р.Комаров.

В данный момент опытные образцы проходят исследования в пульс-дупликаторе, в ближайшее время они будут имплантированы лабораторным животным. Оптимальные результаты доклинических исследований дадут «зелёный свет» старту клинической апробации – новый протез будет имплантирован пациентам среднего возраста.

Антон СОКОЛОВ.

НАШИ ИНТЕРВЬЮ

Сергей АЛЕКСЕЕНКО

Ректор Кубанского государственного медицинского университета, заведующий кафедрой профилактики заболеваний, здорового образа жизни и эпидемиологии, профессор:

Подготовить врача под новые вызовы отрасли возможно, если формировать у обучающегося индивидуальную образовательную траекторию, развивать надпрофессиональные компетенции, то есть так называемые гибкие навыки.

Стр. 5



Новости

Повторное материнство:
быть или не быть?

«Доктор, я смогу иметь детей?» – такой вопрос часто слышат врачи от женщин, попавших в гинекологическое отделение Ставропольской краевой клинической больницы с диагнозом «врастание хориальной ткани в рубец на матке после предыдущих операций «кесарево сечение»; врачи условно называют это «аневризмой матки».

Это важная проблема, активно обсуждаемая специалистами, так как подобное осложнение после кесарева сечения у пациенток с повторной беременностью встречается всё чаще. Причём число кесаревых сечений во всех странах с годами только увеличивается в связи с расширением показаний для оперативных родов.

Опасения женщин за свою детородную функцию далеко не беспочвенны: раньше при врастании ворсин хориона хирурги принимали радикальное решение – просто удаляли матку. К счастью, в современной медицине есть возможность проводить органосохраняющие операции, применяя методики временного снижения кровоснабжения матки (девакуляризация), такие, как эмболизация маточных артерий.

Именно такие операции с использованием ангиографических методов гемостаза – эмболизации маточных артерий, баллонной окклюзии общих подвздошных артерий, – уже давно и успешно проводятся специалистами отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения краевой клинической больницы. Данная методика используется с целью уменьшения объёма кровопотери. Проводится эндоваскулярная блокада кровотока, а потом – выскабливание полости матки, удаление хориальной ткани.

Именно с таким диагнозом в гинекологическое отделение больницы поступила беременная пациентка Т. 35 лет. Ранее женщине во время беременности было выполнено УЗИ, диагностировано врастание ворсин хориона в рубец после кесарева сечения, а выполненное на магнитно-резонансном томографе исследование подтвердило диагноз.

В экстренном порядке рентгенохирурги краевой больницы провели пациентке эмболизацию маточных артерий, а гинекологи – выскабливание полости матки. Так, благодаря слаженной работе рентгенохирургов и гинекологов стало возможным избежать массивной кровопотери и сохранить матку у пациентки.

Остаётся добавить, что в прошлом году в больнице проведено уже 22 операции пациенткам с аневризмой матки: ещё 22 женщины обрели надежду на повторное материнство.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

Индивидуальная конструкция

В Клиниках Самарского государственного медицинского университета впервые провели замену височно-нижнечелюстного сустава индивидуальным эндопротезом по новой методике. Она заключается в том, что для замены сустава пациенту выполнили всего один наружный разрез перед ухом. Кроме того, операцию провели с использованием индивидуального эндопротеза из титана и высокомолекулярного полиэтилена, изготовленного в НИИ бионики и персонифицированной медицины СамГМУ. Благодаря этому удалось устранить дефект и вернуть пациенту возможность жить полноценной жизнью.

У мужчины ещё в детстве диагностировали анкилоз височно-нижнечелюстного сустава. Много лет назад в Оренбурге пациенту провели протезирование с помощью стандартной реконструктивной пластины с имитацией суставной головки.

«Такой протез не имитирует впадину основания черепа, из-за чего спустя годы головка протеза мышечного отростка оказалась в полости черепа, – пояснил заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и стоматологии СамГМУ член-корреспондент РАН Иван Байриков. – Из-за этого пациент не мог жевать, нормально говорить и в то же время это травмировало вещество головного мозга. Нашей задачей было убрать ранее установленный протез и установить конструкцию височно-нижнечелюстного сустава, которая предусматривает не только головку мышечного отростка, но ещё и впадину основания черепа. Она изготовлена по нашему заданию индивидуально по данным КТ пациента».

Особенность операции состоит в использовании эстетического доступа – разрез делается в области уха, и после вмешательства у пациента не будет никаких внешних изменений.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

Сообщения подготовлены корреспондентами
«Медицинской газеты»
(inform@mgzt.ru)

Подписка на «МГ» продолжается

К сожалению, услуги почты, полиграфии, хозяйственные расходы возрастают. И как бы ни хотелось сделать газету более доступной – это непросто, но мы стараемся.

Оставить заявку на оформление подписки можно по адресам электронной почты:

mg.podpiska@mail.ru,
mg.podpiska@mail.ru

Контакты
издательского отдела «МГ»:
8 (495) 608-85-44,
8 (916) 271-08-13.

Оплатить подписку можно и онлайн. Платежи по QR-кодам безопаснее.



Отсканируйте
этот QR-код
для оплаты

СБП
СБЕР БАНК

Тенденции

Всем больницам больница

Медицинскую помощь в Тулиновке можно получить в любое время

В центре села Тулиновка, что располагается в одноимённом округе Тамбовской области, врачебную помощь можно получить в любое время дня и ночи. Старое здание находилось в подтопленном помещении, убогим была и его оснастка.

Не случайно в рамках реализации региональной Программы модернизации первичного звена здравоохранения региона на 2021-2025 гг. два года назад началось строительство центра врача общей практики. Из федерального и областного бюджетов было выделено более 22 млн руб. Согласованно действовали администрация региона и местная власть в осуществлении этого плана. Не подвели и строители, в результате чего объект был возведён и сдан под ключ вовремя и с хорошим качеством.

Новое медицинское учреждение и называться стало по-новому – Тулиновский центр врача общей практики. Он обслуживает население, проживающее на территории самого села и близлежащих посёлков. На этой территории проживает около 2,3 тыс. человек, в том числе 377 детей.

В здании были созданы все условия для оказания первичной доврачебной и врачебной медико-санитарной помощи. С этой целью здесь предусмотрены кабинеты для приёма врача, смотровой, процедурный и прививочный, физиотерапевтический, палаты временного пребывания пациентов (дневной стационар на 5 коек), помещения для персонала и служебные помещения, в том числе для маломобильных граждан и детей. Офис ВОП оснащён новой мебелью и необходимым медицинским оборудованием: портативным электрокардиографом, автоматическим



С.Мартыненко с пациенткой

дефибриллятором, кислородным ингалятором. В помощь медикам имеются также спирометр, тонометр для измерения внутриглазного давления, экспресс-анализатор уровня холестерина и глюкозы, щелевая лампа, диагностический набор для офтальмо- и оториноскопии. У медицинских работников в наличии аппараты: малогабаритный магнитотерапевтический для лечения интерференционными и диадинамическими токами, УВЧ (ДМВ)-терапии, ингалятор ультразвуковой, небулайзер, устройство для теплового лечения придаточных пазух носа и гортани. Словом, есть всё необходимое для помощи сельским жителям в их излечении от всевозможных недугов.

Приём взрослого и детского населения ведёт врач общей практики Сергей Мартыненко с медицинскими сёстрами Татьяной Пога-

тиной и Валентиной Прошиной. Их коллеги занимаются остальными «операциями», необходимыми в практике оздоровления людей. Руководитель центра Сергей Семёнович почти полвека назад окончил Воронежский медицинский институт, так что за его плечами солидный врачебный опыт. Вот уж про кого в полной мере можно сказать, что он всей душой и сердцем предан клятве Гиппократ! И это не просто красивые слова, а любовь пациентов. Надо отдать должное всему коллективу центра – со своей главной задачей он справляется успешно. За месяц осуществляется приём 500 жителей села и окрестностей. И все пациенты довольны медицинской помощью.

Анна МОРДАЦОВА.

Тамбовская область.

Фото автора.

Грани

Накануне Международного женского дня состоялось очередное заседание дискуссионного клуба им. В.Г.Змазовой «Красота в женских руках» на тему «Молодёжный подход. От искусства – к красоте. Взгляд без пристрастия».

В зале было много цветов и красивых женщин. Открывая заседание, главный специалист пластического хирурга Министерства здравоохранения РФ и Департамента здравоохранения Москвы, президент Российского общества пластических, реконструктивных и эстетических хирургов профессор Наталья Мантурова назвала его съездом красоты.

С краткими сообщениями выступили десять очаровательных ординаторов в эффектных нарядах – пластических хирургов, косметологов и дерматологов. Они вполне могли бы участвовать в конкурсах красоты или показе мод, но рассказывали о женской красоте, вернее – о её возвращении. Несколько презентаций были посвящены современным технологиям реконструкции груди (например, после мастэктомии при опухолях молочной железы) и живота (при послеродовом расхождении прямых мышц живота). При этом женщины хотят выглядеть лучше, чем до лечения. Красота оценивается по нескольким параметрам – симметрия, контур, баланс упругости и мягкости. При этом представления о красоте меняются со временем – достаточно сравнить пышные формы красавиц эпохи Ренессанса с современными поджарыми моделями. Как известно, «красота требует жертв». Для достижения «благородной

Съезд красоты



Выступает Н.Мантурова

белизны» кожи применялись свинцовые белила. Сегодня красота стала синонимом здоровья. В этой связи запомнилось выступление Снежаны Чегодаевой «Как искусство повлияло на выбор моей профессии», где был показан портрет Агнессы Сорель кисти Жака Фуке с обнажённой грудью. Посещая музеи и выставки, Снежана пристально рассматривала изображения женского тела, что в итоге привело её к желанию стать пластическим хирургом. Иллюстрацией превращения чудовища в красавицу явился рассказ Ульяны Готовцевой о 51-летней женщине с безобразной ринофимой. После двух пластических операций она неузнаваемо изменилась.

Древние греки обозначали окружающий мир словом «космос», имеющим два значения – порядок (противоположность хаосу, или беспорядку) и красота. Мир прекрасен и упорядочен, а человек – это космос в миниатюре, живущий по тем же законам. Если он заболевает, то утрачивает красоту и соразмерность, а задача врача – вернуть их. «Вы объединили в своих докладах профессионализм и красоту», – резюмировала Н.Мантурова. Недавно срок ординатуры по пластической хирургии увеличен с двух до пяти лет. И это правильное решение.

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.

Рядом с нами

Адаптация и модернизация в новых регионах

Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко посетил Херсонскую область, где ознакомился с работой ряда объектов здравоохранения и провёл с главой Херсонской области Владимиром Сальдо встречу по вопросам оказания медицинской помощи в регионе.

– Сегодня потребность в оказании медицинской помощи в Херсонской области высокая, поэтому система здравоохранения адаптируется и модернизирует свои возможности. В частности, сейчас идёт поставка нового оборудования, в том числе включая и тяжёлую технику, магнитно-резонансный томограф. Очень важно было решить задачу по лабораторным исследованиям – сегодня лабораторное оборудование поставлено, и возможности пройти бесплатное исследование, провести анализы крови и других биологических жидкостей значительно расширились. Мы начали проводить ремонт и капитальные строительства ряда медицинских объектов. Нужно обязательно нарастить темпы, поэтому мы сегодня обсуждали, как сделать это быстрее, – сказал министр.

В селе Михайловка Херсонской области он открыл новую врачебную амбулаторию. Ранее ударом ВСУ медицинское учреждение в селе было уничтожено. С открытием новой амбулатории, построенной совместно со специалистами из Кабардино-Балкарии, жители этого и близлежащих сёл смогут получать необходимую первичную медико-санитарную помощь. Кадрами медучреждение полностью обеспечено. Вместе с тем узкопрофильные специалисты

Скадовской центральной городской больницы продолжают дважды в месяц проводить выездные приёмы жителей Михайловки.

– Сегодня этот новый объект готов принимать пациентов. Поставлены новые автомобили, новая мебель. Всё работает по самым современным требованиям, поэтому медицинская помощь в селе будет оказываться в полном объёме, – сообщил М.Мурашко.

Он также посетил Генический медицинский колледж, в котором проходит обучение будущие фельдшеры, фармацевты и медицинские сёстры. Глава Минздрава подчеркнул, что будущие медицинские специалисты должны уделять большое внимание сохранению здоровья и профилактической работе, в том числе направленной на популяризации здорового образа жизни.

В рамках рабочей поездки в Запорожскую область министр открыл новый терапевтический корпус на 90 коек в Мелитополе. В этом здании был проведён масштабный капитальный ремонт. Теперь обновлённый корпус оборудован всем необходимым для оказания неотложной и плановой помощи.

– За последние месяцы произошли колоссальные изменения в Запорожской области, в Мелитополе. Появилось оборудование для исследований – томографы, новые лабораторные комплексы, которые значительно расширили диагностические возможности, а сегодня мы открываем терапевтический корпус после капитального ремонта, – сказал М.Мурашко.

В отремонтированном корпусе на первом этаже разместились

отделение реанимации и интенсивной терапии на 6 коек, отделение гемодиализа на 15 койко-мест (5 залов). Отделения оснащены новым современным оборудованием.

– В корпусе созданы комфортные условия для пребывания пациентов, работы персонала, а также есть необходимое современное оборудование, соответствующее лицензионным требованиям РФ. Хочу заметить, что всё оборудование отечественного производства. Возможности для спасения жизни пациентов созданы в полном объёме, в том числе даже для пациентов, находящихся в критическом состоянии длительное время, – сообщил министр.

В 2023 г. в Мелитопольскую областную больницу закуплено 1602 единицы медицинской мебели и медицинского оборудования для оснащения терапевтического корпуса, в том числе 17 гемодиализных аппаратов, реанимационное оборудование.

Также после масштабного ремонта министр открыл подстанцию скорой медицинской помощи в Мелитополе. На её базе начал функционировать Единый диспетчерский центр. Это особая информационная система, которая обеспечит маршрутизацию пациентов и сформирует критерии качества по оказанию экстренной помощи.

– Мы видим, что те изменения, которые сегодня происходят благодаря Президенту России, правительству Запорожской области, кардинально меняют систему оказания медицинской помощи и возможности по спасению жизни, – отметил министр.

Владимир ЧЕРНОВ.

Перспективы

ВИЧ держим под контролем

Минздрав России зарегистрировал антиретровирусный препарат «ПСК Фарма» – лопинавир+ритонавир, замедляющий распространение ВИЧ-инфекции и помогающий её контролировать.

Согласно информации Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, в конце 2023 г. на территории РФ было зарегистрировано более 1 млн человек с ВИЧ-положительным статусом. Из них 30 тыс. пришлось на новые случаи только в первом полугодии 2023 г. Однако, по заявлению руководителя специализированного научно-исследовательского отдела эпидемиологии и профилактики СПИД ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора Вадима Покровского, реальные цифры ещё выше – на 30 июня 2023 г. в России проживал почти 1 млн 189 тыс. людей с ВИЧ-инфекцией.

За 2022 г. охват терапией, по данным Федерального регистра лиц, инфицированных ВИЧ-инфекцией, составляет практически 87%, отметил министр

здравоохранения России Михаил Мурашко в приветствии участникам IX Всероссийского форума для специалистов по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа.

Антиретровирусная терапия является пожизненной для инфицированного. Учитывая статистику по распространению ВИЧ-инфекции, выявлению новых случаев заболевания и рейтинг российских регионов по ситуации с ВИЧ-инфекцией проекта «Если быть точным», отечественные фармкомпании регулярно расширяют свои антиретровирусные портфели, стремясь обеспечить врачам и пациентам вариативность комбинаций для максимально эффективной терапии. В частности, биофармацевтическая компания полного цикла «ПСК Фарма» начала 2024 г. с вывода на рынок шестого в своём портфеле АРВ-препарата – лопинавир+ритонавир. Он предназначен для лечения инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека у взрослых и детей от 3 лет в составе комбинированной терапии.

Павел БАЛАГИН.

Дела судебные

«Скорая» на прицеле

В Котласе Архангельской области на приехавших на вызов медиков напал родственник пациентки, рассказал главный врач местной центральной городской больницы Хизри Ильясов.

Бригада «скорой помощи» Котласской центральной городской больницы им. Святителя Луки (В.Ф.Войно-Ясенецкого) приехала на вызов к больной бабушке. Фельдшеры зашли в квартиру и начали оказывать ей помощь. В этот момент появился неадекватный родственник пенсионерки и достал пистолет. Первый выстрел прозвучал, когда фельдшеры находились в квартире.

– Наши девочки успели убежать из квартиры. Слава Богу, что никто из людей не пострадал. Вот только этот так называемый внучок не успокоился и стал стрелять затем и в машину «скорой». В этот момент там шло оказание помощи пациентке, – рассказал Х.Ильясов.

В настоящее время в инциденте разбираются правоохранительные органы.

Другой случай нападения на медиков «скорой» произошёл в Богдановиче Свердловской области. Местная жительница вызвала бригаду скорой помощи, пожаловавшись, что её муж сильно поранился. Однако медиков на пороге встретил сильно пьяный мужчина, который стал избивать фельдшера и проломил ему голову. В результате у медработника диагностировали открытую травму головы. Нападавшим оказался 38-летний супруг женщины, которая вызывала «скорую». Мужчину задержали, после чего направили в психдиспансер.

Региональное управление Следственного комитета РФ организовало процессуальную проверку, однако историей заинтересовался глава ведомства Александр Бастрыкин. Он поручил возбудить уголовное дело и представить ему доклад обо всех обстоятельствах инцидента.

Юрий ДАНИЛОВ.

Ориентиры

Доступные умные алгоритмы

В Москве открыли доступ к специальной платформе с сервисами искусственного интеллекта (ИИ) для медицинских организаций всей страны. На данный момент заявки на подключение к ней прислали из девяти разных регионов России. С помощью платформы врачи смогут получать результаты автоматического анализа лучевых исследований, выполняемого умными алгоритмами. Об этом сообщила заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Анастасия Ракова.

«В феврале этого года мэр столицы Сергей Собянин объявил о том, что по поручению Владимира Путина Москва будет делиться технологиями компьютерного зрения и бесплатно откроет доступ к своим сервисам ИИ для любой медицинской организации страны. Такие алгоритмы размечают на изображении области возможных патологий цветовыми подсказками, автоматически делают измерения, которые важны для врача при постановке диагно-

за, и составляют проект описания исследования. Мы используем эти технологии уже 4 года, и они доказали свою эффективность. Сегодня искусственный интеллект позволяет быстрее и точнее находить признаки различных заболеваний на медицинских изображениях. Теперь врачи всей страны могут воспользоваться такими сервисами», – рассказала вице-мэр.

Доступ к платформе мосмедии.рф открыт с 15 февраля. На сегодня заявки поступили из медицинских организаций Санкт-Петербурга, Московской, Пензенской и Кемеровской областей, республик Башкортостан, Дагестан, Чеченской Республики, Красноярского края и Ямало-Ненецкого автономного округа.

На платформе можно ознакомиться с имеющимися сервисами, правилами работы и техническими требованиями для подключения. Она была разработана Центром диагностики и телемедицины Департамента здравоохранения Москвы.

«Сегодня в рамках эксперимента по использованию ком-

пьютерного зрения в лучевой диагностике в распоряжении врачей 57 сервисов компьютерного зрения по 29 клиническим направлениям. Алгоритмы помогают находить на маммограммах, КТ, МРТ и рентгеновских снимках признаки 37 различных заболеваний, в том числе рака лёгкого, пневмонии, остеопороза, аневризмы аорты, ишемической болезни сердца, инсульта, лёгочной гипертензии, гидроторакса и других патологий», – рассказал главный специалист по лучевой и инструментальной диагностике Департамента здравоохранения Москвы, директор Центра диагностики и телемедицины Юрий Васильев.

Уже более 10 лет в столице проводится цифровизация системы здравоохранения. Умные технологии широко используются в ежедневной врачебной практике. Это позволило ускорить и упростить диагностику и лечение, обеспечить высокий уровень медицинской помощи.

Игорь НАУМОВ.

Перемены

Профстандарт по спортивной медицине

Врачом по спортивной медицине может работать специалист, имеющий образование по специальности «лечебное дело», «педиатрия» или «остеопатия» и подготовку в ординатуре по специальности «лечебная физкультура и спортивная медицина»; врач, прошедший ординатуру по любой медицинской специальности и потом окончивший программу профессиональной переподготовки по специальности «лечебная физкультура и спортивная медицина».

По документу, утверждённому Минтрудом, специалист может оказывать медпомощь спортсменам; отвечать за организацию обеспе-

чения спортивных мероприятий, медицинское обеспечение спортсменов; направлять на реабилитацию после травм, в том числе при индивидуальных программах реабилитации и абилитации; контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни.

Кроме того, спортивный врач будет осматривать граждан перед выполнением ими нормативов комплекса «Готов к труду и обороне», контролировать состояние здоровья людей, регулярно занимающихся физкультурой и спортом, а также сдающих ГТО.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Профессиональное выгорание свойственно многим профессиям. Но в медицине встречается достаточно часто. Постоянная учёба, работа, общение с людьми – не каждый способен правильно выстроить свой график и просто оставить время на себя или отдых. А в начале карьеры, тем более когда тебе доверяют ответственную должность, справиться с этим ещё сложнее.

О своём опыте рассказала заведующая городской поликлиникой № 1 центральной городской клинической больницы Реутова Елена ЛИХАНОВА.

Подработка стала постоянным местом

Елена родилась в Москве, там же окончила школу. И если с выбором профессии стать врачом было понятно, то с выбором конкретной специализации было сложнее.

«С детства я хотела быть врачом. Папа одобрял мой выбор и видел меня стоматологом. Уважаю эту специальность, но у меня с детства панический страх перед ними. Боюсь и по сей день. В итоге мой выбор пал на терапевтический профиль. Я поступила в Медицинский институт Российского университета дружбы народов», – рассказала наша собеседница. Стоит отметить, что медиков в семье Е.Лихановой не было, она первая, кто пошёл по этому пути.

Дальше Елена проходила ординатуру в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М.Ф.Владимирского по направлению «гастроэнтерология». В это же время, в 2019 г., она устроилась в поликлинику № 1 в Реутове. «Планировала набраться опыта и пойти дальше по специализации. Но судьба распорядилась иначе – я стала руководить терапевтическим отделением, а с июня 2023 г. назначена на должность заведующей поликлиникой», – отметила Е.Лиханова.

Поддержка молодых и перспективных

На вопрос, а почему же всё-таки местом работы стало Подмосковье, а не Москва, Елена подчеркнула, что условия здесь не хуже, чем в столичных клиниках. По её мнению, руководящий состав больницы очень заинтересован в поддержке докторов. Существуют различные выплаты, компенсации, программы поддержки. Так она сама получила от города служебное жильё.

Наша коллеги

Время на работу, учёбу и...

Женщины-медики успевают уделить внимание пациентам, родным и себе



Любая поддержка основана на перспективности и целеустремлённости каждого отдельного специалиста. И самый важный судья – пациент. Именно ориентация на жителей – важный аспект. Помимо того, что она ведёт приём, руководит поликлиникой, так ещё необходимо отвечать на вопросы пациентов. «У меня нет выделенного дня приёма жителей с вопросами. Они ко мне могут зайти практически в любое время. Всех стараюсь принять и выслушать, если меня нет на месте, то этой работой обязательно занимаются заведующие отделениями. Часто обращаются жители, которым можно помочь решить их вопрос очень быстро. А с учётом того, что я про-

работала терапевтом, заведующей отделением и продолжаю работать гастроэнтерологом, – для меня нет сложности отвечать самостоятельно. Если не помогать пациенту, то зачем тогда всё это создавалось. Этика, деонтология, пациенториентированность – важные понятия в нашей работе. Бывают такие пациенты, которых, главное, выслушать, поговорить с ними – это половина успеха в лечении», – подчеркнула Елена.

Всегда учиться!

Несмотря на то что Е.Лиханова уже руководит поликлиникой, она продолжает вести приёмы и одновременно оканчивает магистратуру

по направлению «менеджмент», программа «управление в здравоохранении». Как раз перед 8 Марта она защитила выпускную квалификационную работу. «Моя деятельность врача, безусловно, помогает мне в написании диплома. Я веду приём по гастроэнтерологии и очень много практических знаний переношу в научную работу», – уточнила она.

Цель её дипломной работы – внедрение в амбулаторные поликлинические приёмы технологий, позволяющих облегчить медикам их деятельность. Голосовые вводы, искусственный интеллект (ИИ), применение планшетов – в современном мире это важные составляющие в любой деятельности. Два года назад, например, в Московской области, пожалуй, можно было отметить наличие голосового ввода. Теперь же активно применяется ИИ и планшеты.

«Тема моей работы сейчас достаточно актуальна. Зачастую складывается мнение, что в Москве всё самое лучшее, – отмечает Е.Лиханова. – Но за короткий промежуток времени в Подмосковье выпущено очень много обновлений. Регион идёт в ногу со временем. Да многим опытным коллегам сложно постигать эти нововведения. Хотя есть и те, кто активно пользуется современными функциями». В частности, ИИ уже может предлагать диагнозы, а голосовой ввод помогает с заполнением документов. Всё это уменьшает время пребывания пациента в кабинете.

«Скажу по своему опыту, у меня не было такого, чтобы ИИ был стопроцентно прав. Но суть как раз в том, что выдаётся несколько групп диагнозов, а доктор ставит окончательный. Понятно, что программы будут дорабатываться, подшиваться клинические стандарты и рекомендации, но заменить полностью врача они не смогут. В умелых руках это хороший инструмент. Вот, например, в расшифровке МРТ и КТ при подозрении на онкологию – там во главе стоит время, нужно как можно быстрее определить тактику лечения, и здесь помощь ИИ незаменима», – поделилась Елена.

О планах на будущее

Главной целью этого года для заведующей поликлиникой является запуск дневного стационара. Они будут неврологического профиля. По её словам, рассматривали ещё терапевтическое направление, но когда изучили основной возраст пациентов, стало понятно, что оно не будет так востребовано. Многим амбулаторное лечение не подходит. Зачастую пациенту надо просто прийти, сделать капельницу и сразу пойти домой.

Как и любая девушка, Елена мечтает научиться уделять внимание себе. «С учётом того, что до недавнего времени я совмещала работу с учёбой, времени на себя, конечно, не оставалось, – отмечает она. – Сейчас появились выходные дни, поэтому стараюсь отделять работу и отдых. Я пока учусь совмещать профессиональную деятельность и свободное время. Должность очень ответственная, задач много и главное не перегореть. Родных вижу только поздно вечером, но опыт надо получать – без этого никуда, приходится чем-то жертвовать».

Услуга или призвание

В завершение беседы мы поговорили с Еленой о призвании врача. По её мнению, сейчас много говорят, что медицина – это сфера услуг. «Для меня это очень странно. Пациента необходимо лечить, и мы это стараемся донести всем коллегам и в первую очередь тем, кто только начинает профессиональную деятельность. Людей, приходящих к нам, надо слушать и помогать им. Мы не просто оказываем услугу и ждём следующего – мы лечим наших пациентов», – подчеркнула она.

Е.Лиханова уверена, что главной ценностью для врача всегда должно оставаться здоровье пациента. Именно для этого и происходят все преобразования в медицине.

Сергей БУДАЧЕНКОВ,
корр. «МГ»

Идеи

Один из ведущих молекулярных биологов России академик РАН Сергей Недоспасов, который с недавнего времени руководит направлением «Иммунология и биомедицина» в Научно-технологическом университете «Сириус», побывал в Томске, где обсудил с коллегами возможность построения научно-образовательного моста между Сочи и Сибирью.

В обсуждении участвовали ректоры ведущих вузов Томска и представители Томского национального исследовательского медицинского центра. В сотрудничестве заинтересованы обе стороны. И это очевидно, учитывая интеллектуальный потенциал томичей и технологические ресурсы «Сириуса».

Как отметила заместитель губернатора Томской области по научно-технологическому развитию, член-корреспондент РАН Людмила Огородова, НТУ «Сириус» имеет современную инфраструктуру, новейшее оборудование для исследований, здесь созданы научные центры по приоритетным направлениям. Потому для университетов и научно-исследовательских институтов Томска возможность взаимодействия с НТУ «Сириус» на постоян-

«Утечка мозгов»: теперь из Сибири в Сочи?

ной основе открывает прекрасные перспективы. Коллаборация сибирских учёных с краснодарскими коллегами может реализоваться в совместных научных исследованиях и образовательных программах.

– Мы заинтересованы в том, чтобы максимально эффективно наращивать компетенции и работать в лучших лабораториях, к числу которых, несомненно, относится площадка «Сириуса», где ведётся подготовка специалистов высочайшей квалификации, – подтвердил готовность к сотрудничеству директор Томского НИМЦ академик РАН Вадим Степанов.

Все участники встречи оказались весьма воодушевлены возможностью сотрудничества с С.Недоспасовым – учёным с мировым именем. За «круглым столом» в Томском НИМЦ были представлены те направления, в которых возможно организовать совместную работу.

Так, заместитель директора Томского НИМЦ Игорь Лебедев рассказал о проводимых здесь геномных, клеточных и мультиомиксных исследованиях, и в частности о применении омиксных технологий в изучении многофакторных заболеваний и генетики психических расстройств.

Среди проектов с наибольшей востребованностью результатов – разрабатываемые томскими учёными подходы к профилактике опухолевой прогрессии. Работа ведётся на уровне генома и транскриптома. Член-корреспондент РАН Надежда Чердынцева отметила, что в томском НИИ онкологии с помощью методов молекулярной биологии решается задача по определению маркеров ранней диагностики рака и критериев его чувствительности к лечению. Более того, уже разработана мультигенная панель, с помощью которой

можно прогнозировать эффективность противоопухолевой терапии.

Исследования, связанные с иммунологией, проводятся в томском НИИ психического здоровья. Одно из направлений – поиск маркеров иммунновоспаления, которые можно использовать для оценки рисков и прогноза психического заболевания. В институте получили результаты, исследуя связь каталитически активных антител и процессов миелинизации в головном мозге пациентов с шизофренией. К слову, томские учёные-психиатры уже начали сотрудничество с НТУ «Сириус» в проекте, который направлен на изучение разнообразия Т-клеточных рецепторов гамма-цепи при расстройствах психики.

Ведущий научный сотрудник НИИ кардиологии доктор медицинских наук Наталья Нарыжная отметила, что иммунологические исследования ведутся и в этом учреждении. Конкретно в рамках

изучения ишемических реперфузионных повреждений сердца кардиологи намерены исследовать роль цитокина TNF в микроваскулярной обструкции.

В итоге академик С.Недоспасов высоко оценил уровень исследований учёных Томского НИМЦ и обозначил перспективы научного сотрудничества на географической оси Сочи – Томск. Он сообщил также, что НТУ «Сириус» активно развивает образовательную деятельность в формате аспирантуры и ординатуры, чем могут пользоваться и уже пользуются выпускники томских вузов. А ещё на базе университета «Сириус» стартует спецкурс по онкоиммунологии, куда специалист пригласил студентов и молодых учёных из Томска.

Остаётся надеяться на то, что научное сотрудничество регионов будет продуктивным, при этом томский научно-образовательный комплекс не окажется всего лишь источником кадров для исследовательских подразделений университета «Сириус». Вряд ли перспектива «утечки мозгов» может образовывать центр сибирской науки.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Статистика Кубанского государственного медицинского университета впечатляет: более чем 100-летняя история, 7 факультетов, 57 направлений подготовки, более 8,5 тыс. обучающихся, 67 кафедр, более 700 преподавателей. Абитуриентам обещают инновационные методы обучения, учебу у врачей высшей категории и опытных наставников, участие в клинических испытаниях и научных исследованиях Клиники КубГМУ и ведущих медучреждений города и края. Словом, как написал в отзывах один из студентов: «Университет хороший, но учиться действительно тяжело. Если вы привыкли к «халяве», то вам не сюда». Как трансформируется в вузе модель классического высшего медицинского образования, нам рассказал ректор Кубанского государственного медицинского университета, заведующий кафедрой профилактики заболеваний, здорового образа жизни и эпидемиологии, доктор медицинских наук, профессор Сергей АЛЕКСЕЕНКО.

– Сергей Николаевич, в 2021 г. Министерство науки и высшего образования признало вас лучшим ректором года в стране. Как им становятся? Помогает вам в работе то, что вы сами являетесь выпускником КубГМУ?

– Считаю, что лучшим ректором можно стать, только когда в твоём фарватере уверенно идёт надёжная, слаженная команда квалифицированных специалистов. И когда полномочия грамотно делегируются, профессионалы разных направлений следуют единым курсом, осознают меру ответственности за свои решения. Вклад в это вносит и масштабная поддержка Минздрава России, администрации Краснодарского края и властей Краснодарского края.

Тот факт, что я сам обучался в вузе, которым ныне руковожу, воспринимаю двояко. С одной стороны, это позволило максимально быстро погрузиться в процессы, глубже понимать, что необходимо для прорывного развития и укрепления статуса одного из лучших медицинских вузов страны. Но, с другой стороны, я был учеником многих преподавателей этого вуза, а сейчас мне надлежит ими управлять. Это такой тонкий психологический момент между благодарностью и требованиями, который иногда мешает принимать жёсткие кадровые решения.

– Как ваш вуз представлен в программе «Приоритет-2030»?

– Университет с 2024 г. является получателем базовой части гранта программы академического стратегического лидерства «Приоритет-2030». С 2021 г. мы участвовали в ней и развивали свою деятельность в статусе вуза-кандидата.

Программа развития вуза направлена на социально-экономическое развитие региона, отрасли здравоохранения и формирование центра научно-технологического лидерства. Сфокусировались на трёх приоритетных направлениях – биотехнологии, цифровые технологии и человекоцентричность. Реализуем два стратегических проекта: «ЛинЗдрав» обеспечивает улучшение качества медпомощи в системе здравоохранения региона, создание эталонных клиентских путей по онкологическим и сердечно-сосудистым заболеваниям; «Технологии здоровья» позволяют преодолеть разрыв между реальным сектором экономики и вузовской наукой, здесь наш главный партнёр – НИИ – ККБ № 1.

– На сайте университета заявлено, что в вузе применяются инновационные методы обучения. Что это за методы?

– В настоящее время начата работа по проектированию и сборке программ высшего образования, что позволит трансформировать модель классического высшего медицинского образования и реализовать индивидуальные образовательные траектории. Запустили два междисциплинарных проекта – «Большие данные» и «Инновационная образовательная среда» с разными направлениями (цифровая морфология, «Виртуальная физиология» и др.). Создан центр компетенций для выявления и формирования у обучающихся надпрофессиональных компетенций «гибких навыков».

В 2023 г. у нас открылась первая на юге России медицинская

студия с администрацией вуза, получение справок об обучении, подача проблемы/предложения, сведений о материалах, необходимых для получения образования, оплата обучения и проживания в общежитиях и др.

Внедрение информационно-образовательной среды позволило проводить в очно-дистанционной форме большое количество занятий, особенно по дополнительному обучению, что удобно для практических врачей, находящихся в регионах. Совер-

ческое научное общество КубГМУ стало призёром Всероссийского конкурса на лучшее молодёжное научное общество среди медицинских и фармацевтических организаций, проводимого Минздравом России. Наши студенты принимали участие в более чем 200 конференциях и форумах международного, всероссийского и межрегионального уровней.

– Какие научно-исследовательские работы в вузе вы считаете наиболее актуальными и перспективными?

– Это не просто партнёры. Владимир Алексеевич много лет заведует кафедрой онкологии с курсом торакальной хирургии ФПК и ППС нашего университета. Он обладает редким свойством: говорит невероятные вещи, в которые здравомыслящему человеку трудно поверить, но которые потом реализуются и в дальнейшем становятся нормой. У него, если задача поставлена, то она будет выполнена.

Так было и с кафедрой, которую он возглавил в 1997 г. Поначалу

Наши интервью

Траектория развития



С.Алексеев показывает автору этих строк работу симулятора

«Точка кипения» – федеральная площадка для коллективной работы нового формата, основанная на реализации программы Национальной технологической инициативы. Она направлена на формирование навыков организационной и проектной деятельности, развитие креативного мышления, ведение переговоров и публичных выступлений.

Повторюсь, подготовить врача под новые вызовы отрасли возможно, если формировать у обучающегося индивидуальную образовательную траекторию, развивать надпрофессиональные компетенции, то есть так называемые гибкие навыки. Это возможно с использованием методов инновационного, модульного обучения, а также с применением инструментов бережливых технологий в медицине.

– Вы упомянули проект инновационной образовательной среды. Как идёт его реализация?

– Сегодня немыслима жизнь без цифровых технологий. Многие в нашей офлайн-жизни переносятся в цифровой формат. Сформирована электронная информационно-образовательная среда, позволяющая взаимодействовать с вузом в любое время в онлайн-режиме. Обучающиеся и сотрудники могут использовать цифровые ресурсы в любое удобное время, в любом месте, нужно лишь подключение к сети Интернет. В состав электронной информационно-образовательной среды входят официальный сайт университета, личные кабинеты обучающихся и сотрудников, система уведомления обучающихся, портал электронного (дистанционного) обучения, электронный каталог библиотеки КубГМУ.

Для упрощения использования цифровых ресурсов используется система единой авторизации, то есть каждый обучающийся получает единые логин/пароль для входа во все сервисы и может ими пользоваться после окончания учёбы. Среди сервисов в цифровой среде доступны такие, как взаимодей-

ствуется материальная база, запущена в работу студия для подготовки видеолекций. Преподаватели вуза обучают работе с информационно-образовательной средой на площадках Сколково и Иннополиса.

– Кубанский медицинский университет занимает почётное 6-е место по публикационной активности среди медицинских вузов России. Как вовлекаете студентов в научную работу?

– Можно также отметить, что среди вузов Краснодарского края КубГМУ занимает лидирующее положение по индексу Хирша, по удельному весу публикаций в журналах перечня Высшей аттестационной комиссии при Министерстве науки и высшего образования РФ, по числу публикаций в журналах, входящих в международные базы данных. Университет также в этом рейтинге находится на лидирующих позициях среди медрес ЮФО. В 2023 г. журнал «Кубанский научный медицинский вестник» вошёл в перечень журналов международной базы Scopus, а ВАК присвоила ему наивысшую категорию в стране – квартал К1.

У нас активно действует система научного наставничества через студенческие научные кружки, которых в вузе 53, в их работе регулярно участвуют около 2500 студентов. За каждым новым кружковцем закрепляется наставник-старшекурсник, а общую координацию работы кружка осуществляет преподаватель-наставник, отвечающий на кафедре за научно-исследовательскую работу студентов. Каждый студент получает представление о возможности реализовать себя в науке от активистов Студенческого научного общества на таких научно-популярных мероприятиях, как «Лекторий Per Aspera».

В этом году планируем провести уже 85-ю Международную научно-практическую конференцию студенческого научного общества им. профессора Н.П.Пятницкого, участниками которой станут около 3 тыс. студентов из вузов России, зарубежья, они уже прислали более 500 работ. В 2023 г. Студен-

– Сотрудники университета выполняют более 50 комплексных научно-исследовательских работ, свыше 20 грантовых, более 120 клинических исследований и хозяйственных научно-исследовательских работ. Все эти темы актуальны. Но наиболее перспективны, на мой взгляд, работы в области регенеративной медицины (в 2012 г. на базе КубГМУ открыт Международный научно-исследовательский центр регенеративной медицины), связанные с созданием экспериментальных образцов тканеинженерных конструкций на основе децеллюляризованных и синтетических матриц. Активно реализуется ещё один проект – по разработке комплексного биосинтетического нервного имплантата для замещения протяжённых дефектов периферических нервов.

Кроме того, прорывными можно считать и другие проекты. Так, под руководством академика РАН В.Порханова создаётся «Кубанский регистр геномики и терапии рака лёгкого», под руководством профессора И.Быкова – «Разработка высокоинформативных методов скрининга хронического употребления алкоголя».

Ряд проектов связан с созданием систем искусственного интеллекта для применения в лучевой диагностике, КТ- и МРТ-диагностике, анестезиологии и реаниматологии. Научно-исследовательские разработки наших хирургов посвящены созданию системы лечения ран путём одномоментного применения методов вакуумной терапии и дозированного растяжения мягких тканей, что в современных условиях крайне актуально для оказания медицинской помощи участникам СВО. Ведётся разработка индивидуального внесосудистого стента для пациентов, новых медизделий для выполнения робот-ассистированных и лапароскопических операций.

Другим важным научно-практическим направлением стал аэропаллинологический мониторинг в Краснодаре, который с 2018 г. проводится на нашей кафедре биологии с курсом медицинской генетики. Суть проекта – в постоянном контроле за содержанием определённых видов аллергенов в окружающем воздушном пространстве. Станция мониторинга включена в интерактивную мировую карту по наблюдению за аллергенной обстановкой. Данные по пылеию предоставляются на сайте университета в разделе «Пациентам». На основе проводимых исследований будет создан Южно-Российский центр аэропаллинологического мониторинга.

– Вы сказали, что сотрудничаете с НИИ – Краевой клинической больницей № 1 им. С.В.Очаповского и её руководителем академиком РАН В.Порхановым. Иметь таких партнёров не только почётно, но и ответственно...

это была кафедра онкологии. Он первым поставил вопрос о преемственности лечения больных раком лёгкого (поскольку это распространённая нозология с высокой летальностью). Дело в том, что тогда эта нозология была падчерицей, этакой Золушкой. Болезнь выявлялась, но отсутствие взаимодействия между онкологической и неонкологической службами вредило пациентам, им приходилось метаться между онкоцентром и онкодиспансером.

Концепция Владимира Алексеевича состояла в том, что пациентов с раком лёгкого нужно максимально лечить, а не привязывать к диспансеру. И могу вам сказать, что ситуация по раку лёгкого кардинально изменилась, появилось взаимодействие с онкодиспансером. А в 2002 г. при ККБ № 1 заработал центр грудной хирургии, и у больных появилась возможность проходить весь цикл лечения под наблюдением одной службы.

Сегодня это самая представительная кафедра по наличию докторов медицинских наук. Здесь занимаются не только онкологией, но и торакальной хирургией, торакальными травмами грудной клетки. Около 800 врачей прошли переподготовку или подготовку на кафедре онкологии с курсом торакальной хирургии. Подготовлено огромное количество диссертаций, написаны десятки научных работ.

– Традиция обучения иностранных граждан в КубГМУ берёт начало в 1961 г. Какие современные тенденции вы наблюдаете сегодня?

– Мы наблюдаем устойчивый рост количества иностранных граждан. Неизменным и растущим спросом пользуется обучение на факультете довузовской подготовки. Решили такой актуальный вопрос, как онлайн-обучение иностранных граждан на факультете довузовской подготовки. Рассматриваем новую программу подготовительного факультета длительностью полтора года. Дело в том, что наш анализ показал – такие обучающиеся будут более адаптированы и готовы к обучению по основным программам.

В последние годы ведётся приём и обучение иностранных граждан и на факультете фармации. С недавнего времени успешно проводим приём документов и вступительное тестирование онлайн, а это даёт возможность отобрать самых сильных и достойных обучающихся.

Увеличивается объём и разнообразие программ ординатуры и циклов повышения квалификации, в том числе с применением смешанных форм обучения. К особым условиям обучения, несомненно, можно отнести программы обучения на специалитете с элементами английского языка. Спрос на данное направление всё время растёт.

Беседу вёл
Алексей ПАПЫРИН.



По сообщениям СМИ, в Ростове-на-Дону оглашен приговор по уголовному делу о пытках в подведомственной ФСИН межобластной туберкулёзной больнице № 19 (МОТБ-19). По версии следствия, пациентов учреждения безосновательно на долгое время привязывали к кроватям, отчего у многих образовывались пролежни. Потерпевшими по делу признаны 40 человек, двое из них умерли от полученных повреждений. Бывшему заместителю начальника учреждения Александру Ляху назначено семь с половиной лет колонии соответственно. Инициативная группа, куда вошли психиатры и правозащитники, проводила собственную проверку опубликованных фактов (разосланное в различные инстанции летом прошлого года «Обращение» членов группы публикуется в сокращении). Корреспондент «МГ» Болеслав ЛИХТЕРМАН попросил прокомментировать резонансное дело создателя комиссии, психиатра и члена правления Ростовского областного отделения Российского общества психиатров Игоря СИМАКОВА и члена этой группы кандидата медицинских наук вице-президента Независимой психиатрической ассоциации России Алексея ПЕРЕХОВА.

– Игорь Борисович и Алексей Яковлевич, как и почему возникло данное уголовное дело?

И.Симаков: Всё началось с публикаций о пытках в тюремных больницах, в результате чего указом Президента РФ был заменён руководитель ФСИН. На самом деле аналогичные случаи происходят на протяжении последних 30 лет. Мы беседовали с разными людьми – с бывшими заключёнными, врачами, охранниками. Вести себя так, как это отражено в материалах уголовного дела – устойчивая традиция.

А.Перехов: Оно возникло после смерти двух человек в тюремной больнице. Когда дело возбудили, 69 заключённых написали жалобы в прокуратуру. Кто его инициировал, я не знаю. Мы подняли этот вопрос, когда уже были осуждены замначальника и начмед тюремной больницы. В тот момент возникло ощущение, что дело могут спустить на тормозах. Мы запрашивали информацию из правоохранительных органов через депутата Законодательного собрания Ростовской области.

– Что вы думаете по поводу случившегося?

А.Перехов: По-человечески мне жаль осуждённых врачей. Не могу сказать, что это монстры или негодяи. Они оказались стрелочниками. Никакого злорадства у меня нет. Но они нарушили все этические нормы и положения психиатрии. Мне не очень удобно о них говорить. Некоторые учились на нашей кафедре. Осуждены не только психиатры, но и врачи других специальностей, но они отделались условными сроками или штрафами. Больше всех пострадала заведующая психиатрическим отделением и психиатр, выполнявшая её требования. Другая психиатр, сотрудничавшая

Инициатива

Эксцесс исполнителя?

Карательная психиатрия процветает в тюремных больницах

со следствием, получила условный срок. Эти врачи находились под подпиской о невыезде и продолжали работать.

Конечно, осуждённые врачи виноваты как в юридическом, так и этическом отношении. В психиатрическое отделение попадали не только психически больные, но и люди, которые никогда на учёте психиатра не состояли.

– Как они туда попадали и зачем их связывали?

А.Перехов: Это было наказание, чтобы не жаловались. Например, один заключённый отказался сотрудничать с тюремной администрацией. За это его принудительно госпитализировали в психиатрическое отделение и там пытали. Санитарами работали заключённые уголовники.

Использовать психиатрическое отделение в карательных целях нехорошо. Но лично я считаю, что наказание слишком жестокое. Можно было ограничиться условными сроками, штрафами и лишением права врачебной деятельности на какой-то срок и уж, конечно, права занимать административные должности. Мы не можем оправдать этих врачей, но говорим, что их вина вторична. Нужно менять всю

систему ФСИН, чтобы это не повторялось с новыми врачами. Могли ли они не выполнять распоряжения начальства? Конечно, могли, но для этого им надо было увольняться. Вероятно, им не хотелось терять высокооплачиваемую работу.

И.Симаков: Насчёт этики – сложный вопрос. Требования соответствовать этическим нормам и стандартам в законе вроде как есть, есть «Этический кодекс врача-психиатра», но нет никакой структуры, которая бы отслеживала соблюдение врачами этих норм. Мне неизвестен ни один регион РФ, где существовали бы какие-то этические комитеты, помимо исследовательских. Нет никаких нормативных документов, как и

А.Перехов: Так ведь письменных приказов никто не отдавал. Как бы они доказали свою правоту? У них было три выхода. Во-первых, выполнять устные распоряжения начальства. Во-вторых, уволиться. В-третьих, обратиться с жалобой в вышестоящие инстанции, в следственный комитет, правозащитные организации. Но как вы это себе представляете? Наша страна – единственная, где нет состязательности экспертиз, например, в психиатрии. У нас судебную экспертизу назначает только государство в лице обвинителя, адвокаты таким правом не обладают. Если ты напишешь жалобу, тебя в любом случае подставят и уволят, а, возможно, ещё и посадят. Нельзя осуждать людей

Есть приказ Минздрава о том, что психиатрические больницы должны информировать органы внутренних дел, если имеется подозрение, что психически больные подверглись насилию, а регламента такого нет.

А.Перехов: Необходимо реформировать всю систему ФСИН. Основной посыл нашего запроса в Госдуму и прокуратуру – вывести медицинскую службу, особенно психиатрическую, из подчинения ФСИН – чтобы медики не были офицерами и не подчинялись приказам ФСИНовского начальства. Мы просим, чтобы медицина была освобождена от контроля силовых структур. Прецеденты имеются. Например, закрытые психиатриче-

ские больницы, где лечатся больные, признанные судом невменяемыми, ранее были подконтрольны ФСИН, а в 1990-е годы переданы в ведение Минздрава России. Естественно, там осталась система охраны, но руководит такой больницей главный врач, и силовики не могут ему указывать, что и как делать. За этим стоят огромные деньги, потому что система медицинского обеспечения в тюрьмах требует необыкновенных затрат. Все хотят власти и денег. При передаче медслужбы Минздраву ФСИН эти бюджетные деньги потеряет.

– Что надо сделать, чтобы подобное не повторилось?

И.Симаков: Мы предложили включить историю болезни в тюремных больницах в систему ЕГИСЗ, чтобы они велись не в бумажном, а в электронном виде на федеральном сайте, и их нельзя было переписать. Когда психически здоровые люди признаются сумасшедшими и привязываются – это явное превышение полномочий психиатра. У нас отсутствует регламент по фиксации пациентов. Это огромнейшая проблема, которая касается не только тюремных больниц. В январе этого года появилось первое уголовное дело, когда врача приговорили к реальному сроку за привязывание больного. У нас ничем не регламентировано привязывание пациентов в терапии, неврологии, реаниматологии, домах-интернатах. А за это в УК есть статья, предусматривающая до 5 лет лишения свободы. Нет специальных средств для фиксации. Каждая больница самостоятельно шьёт какие-то ремни.

за то, что они не стали бороться с безобразиями внутри системы. На мой взгляд, единственный морально приемлемый выход в такой ситуации – это уволиться.

И.Симаков: Нужно понимать экономику этого процесса. Это жутко выгодный бизнес под названием «тюремная больница». Наши многочисленные обращения в разные структуры остались без особого ответа. Дело было расценено как эксцесс исполнителя: случайным образом на службу в ФСИН попали четыре негодяя, а так у нас всё хорошо. Итоги нашего расследования были направлены в различные инстанции. Никаких иллюзий, что что-то изменится, у меня нет. Крайними сделали психиатров. Они отсидают и вряд ли вернутся к практике. А караван пойдёт дальше.

чем руководствоваться при рассмотрении нарушений врачебной этики, не предусмотрено никакой ответственности за эти нарушения. Говорить о нарушении врачебной этики осуждёнными психиатрами, которые из корыстных интересов взяли на себя функцию Господа Бога? По их указаниям на несколько недель или месяцев привязывали заключённых. Врачи самостоятельно или по просьбе начальства принимали решение о дополнительном наказании заключённых. Я не ожидал, что они получат такие сроки, потому что те, кто причастен к смерти первого заключённого, отделались условным сроком, и, по моим данным, вернулись работать в эту же больницу в качестве вольнонаёмных. Ростовское областное отделение РОП, зажурившись, не видит этих фактов и, похоже, не собираются их осуждать. Если врачебное сообщество не будет заниматься этическими вопросами, то ими займётся следственный комитет, в арсенале которого – только уголовное преследование. Если нет иммунной системы, то всё разлагается, что мы и наблюдаем.

– Может быть, если бы врачи предали огласке сложившуюся ситуацию, увольнения удалось бы избежать?

свободы, использования медицинских психиатрических технологий в немедицинских целях предлагаем рассмотреть и поддержать следующие наши предложения:

1. Изучить результаты ранее реализованного в Москве и Московской области пилотного проекта об административном переподчинении тюремных медицинских служб Минздраву в целях оценки возможности его реализации на территории Ростовской области.

2. Разработать и принять нормативные документы, регламентирующие порядок создания и оснащения помещений для изоляции стационарных пациентов в психиатрических стационарах и регламент их работы, а также разработать и принять регламенты проведения процедур физического стеснения и изоляции.

3. Разработать и принять регламент медицинского освидетельствования при сообщении о пытках.

4. Поскольку ведение медицинской документации в системе ЕГИСЗ является обязательным, предлагаем инициировать процесс обязательного подключения МОТБ-19 к ЕГИСЗ в установленном законом объёме требований.

5. В медицинских организациях должен быть принят порядок информирования органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинён в результате противоправных действий.

6. Инициировать разработку регламентирующих документов, которыми должно руководствоваться при оценке этико-деонтологических нарушений и установления мер ответственности за нарушения этих норм. Сформировать в Ростовской области орган или структуру, осуществляющую оценку действий медицинских работников на предмет соблюдения ими норм и принципов медицинской этики и деонтологии.

7. Учитывая уровень организации и степень закрытости в медицинских структурах региональной ФСИН систем внутреннего, ведомственного и федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности, полагаем целесообразным распространить на данную сферу деятельности не только прокурорский надзор, но и гражданский, силами ОНК и государственный

надзор с регулярным привлечением структур Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения.

8. Рекомендовать руководству ФКЛПУ МОТБ-19 ГУФСИН России по Ростовской области и членам ОНК Ростовской области провести обучение врачей психиатров и членов ОНК особенностям осуществления данной обязательной процедуры и контроля за её соблюдением.

Андреев А.С.,
врач-психиатр, стаж работы 40 лет, заведующий отделением психиатрической больницы Новочеркасского филиала психоневрологического диспансера, член Ростовского областного отделения РОП.

Бухановская О.А.,
врач-психиатр высшей квалификационной категории, стаж работы 30 лет, судебно-психиатрический эксперт, кандидат медицинских наук, член правления Ростовского областного отделения РОП.

Величко Д.А.,
депутат Законодательного собрания РОП.

Меркачёва Е.М.,
журналист, писательница, общественный деятель и правозащитник, член Совета при Президенте РФ по развитию гражданского общества и правам человека.

Перехов А.Я.,
врач психиатр, стаж работы 40 лет, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии РостГМУ, вице-президент НПА России, член РОП.

Симаков И.Б.,
член Общественного совета по защите прав предпринимателей при Прокуратуре области, член Федерального политического совета.

Хуруджи А.А.,
глава комитета «по Правозащите» ВПП «Новые люди», советник заместителя председателя Государственной Думы Федерального Собрания Даванкова В.А.

(Публикуется в сокращении.)

Уполномоченному по защите прав человека в РФ Российскому обществу психиатров Независимой психиатрической ассоциации России

Главному управлению Министерства юстиции РФ по Ростовской области Законодательному собранию Ростовской области территориальному органу Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения министру здравоохранения области

ОБРАЩЕНИЕ

Из публикаций в СМИ нам стало известно о вопиющей ситуации, связанной с пытками пациентов в психиатрическом отделении ФКЛПУ МОТБ-19 ГУФСИН России по Ростовской области, Ростов-на-Дону. При этом участие в пытках принимали врачи этой ведомственной медицинской организации, за что они были привлечены к уголовной ответственности и уже осуждены.

Ситуация носила столь неправдоподобно шокирующий характер, что мы решили провести собственное изучение обстоятельств случившегося.

К нашему огромному сожалению, факты, изложенные журналистами, нашли своё подтверждение. При этом ситуация, по нашему мнению, не связана с эксцессом конкретного исполнителя и не носит случайного характера. Пытки и насилие в системе ФСИН, как мы полагаем, это сегодня обязательный атрибут «перевоспитания». Но в последние годы непосредственное участие в этих «воспитательных» процессах стали принимать врачи, в том числе ростовские врачи психиатры. По нашему мнению, это совершенно неприемлемо и противоречит всем этическим принципам врачебной профессии, кроме того, это грубо нарушает и действующее законодательство.

Безусловно, те, кто совершал эти постыдные и неприемлемые поступки, должны понести справедливое наказание. Но, мы считаем, что важнее разработать и принять более системные меры к недопущению вовлечения медицинского персонала к процессам «перевоспитания» заключённых.

В целях недопущения нарушения прав заключённых и пациентов медицинских организаций в местах лишения

Председатель Челябинской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ Денис Рыбаев относится к людям ответственным, неравнодушным, болеющим за своё дело.

Он хорошо известен медикам региона, поскольку нет такой больницы в области, где бы он не побывал за 17 лет работы, — сначала в должности технического инспектора ЦК Профсоюза работников здравоохранения РФ по Челябинской области, а в последние полтора года — в качестве руководителя областной организации.

Мы попросили его рассказать о реалиях современной профсоюзной жизни, о возможностях решения проблем и о планах на будущее.

— Денис Петрович, сколько людей входит в организацию, какие лечебные учреждения они представляют? Когда она создана, как развивается?

— Наступивший год для нас особенный: 90 лет назад, 14 апреля 1934 г., создано бюро ЦК союза «Медсантруд», и на первой конференции был избран состав областного комитета профсоюза.

За девять десятилетий Челябинская областная организация профсоюза работников здравоохранения РФ стала одной из самых крупных отраслевых организаций профсоюза в регионе. 144 первичные организации объединяют более 52 тыс. человек, то есть более 70% южноуральских медиков. И этот процент остаётся стабильным на протяжении многих лет.

В организацию входят и студенты, и пенсионеры, и работающие медики. География обширная, так как область большая, расстояния из конца в конец в некоторых местах достигают до 600 км.

За 90 лет своего существования, какие бы структурные и организационные изменения ни претерпевал наш профессиональный союз, какое бы название ни носил, главная цель его деятельности была неизменной: представлять интересы работников отрасли перед работодателем, активно защищать их права, последовательно развивать социальное партнёрство.

— Что, на ваш взгляд, побуждает людей вступать в профсоюз? В силу привилегий, или им важно быть вместе, решать какие-то общие задачи? Или надежда на поддержку и помощь в сложных ситуациях?

— Сейчас население в целом становится более грамотным и осведомлённым юридически, так как доступ к информации практически неограниченный. Люди стали более активными, не боятся озвучивать свои проблемы, бороться за свои права. Для нас важно, что число обращений в профсоюз растёт.

И даже если кто-то жалуется, например, губернатору, в Минздрав, прокуратуру или следственный комитет, все эти письма возвращаются на место. Работа с ними ведётся на местном уровне. Поэтому порой обращение в первичную профсоюзную организацию куда более действенно.

Именно в профсоюзе выстроена эффективно работающая система, и между членом профсоюза в любой точке страны и решением его проблемы на уровне правительства всего несколько ступеней: работник — первичка — региональная организация — председатель профсоюза — правительство.

Надо сделать всего один шаг — стать членом профсоюза, обозначив тем самым свою активную позицию.

— Какие задачи ставит перед собой ваша организация?

— Их можно разделить на несколько частей. Это в первую очередь защита трудовых прав и отстаивание интересов членов профсоюза работников здравоохранения в соответствии со статьёй 370 Трудового кодекса РФ.

Важнейшим является и направление, связанное с нормотворчеством. И, конечно же, особенно повышает авторитет профсоюза эффективная работа с обращениями. Ни одно не остаётся без ответа! Ведь за каждым стоит конкретная помощь медицинскому работнику. Это и восстановление нарушенных прав, и представленные интересы в судебных орга-

После вмешательства профсоюза работникам врачебно-физкультурного диспансера Миасса произведён перерасчёт всех компенсационных и стимулирующих выплат с первого января 2022 г. на общую сумму более 140 тыс. руб.

Мы за то, чтобы к нам с актуальными вопросами обращались и руководители, причём в плановом, упреждающем возможный

условий труда, социальных выплат в соответствии с постановлением № 2568.

— С помощью понятно. А какие есть возможности нормотворческой деятельности?

— Недавно областная профсоюзная организация начала сотрудничать с Научно-исследовательским институтом открытых горных работ. Там накоплен положительный

Кроме того, спортсмены-медики участвовали в V юбилейном спортивном фестивале «Профсоюзы на льду» Уральского федерального округа, XX кубке губернатора Челябинской области по горнолыжному спорту и сноуборду, X юбилейном чемпионате по зимней ловле на морзяшку Уральского федерального округа. Проведены совместные с профсоюзом работ-

Профсоюз — врачу

Люди должны спокойно работать и получать хорошие деньги

Так считает лидер Челябинского профсоюза медиков



нах, и консультирование членов профсоюза.

Активно отстаиваются интересы и права работников в судебных органах.

А в конце прошлого года и в начале нынешнего мы обратились в прокуратуру — впервые за 17 лет. Мера была вынужденной. И должен сказать, по всем обращениям суды приняли решения в пользу работников.

— Поделитесь подобным опытом решения проблем.

— После того как одному из членов профсоюза в связи с незаконным увольнением областной комитет порекомендовал обратиться в суд, работник был восстановлен в должности, в его пользу взыскана компенсация времени вынужденного прогула, морального вреда и судебные расходы в общей сумме более 400 тыс. руб.

Ещё один пример: среднему медицинскому персоналу областной туберкулезной больницы № 3 после вмешательства профсоюза была начислена и выплачена стимулирующая выплата в размере 179 400 руб.

Суд также удовлетворил исковые требования медицинской сестры районной больницы города Сатки: в её трудовой стаж теперь включено три года в льготном исчислении и назначена пенсия с момента обращения с заявлением в социальный фонд. В пересчёте на «экономический эффект» получалось порядка 500 тыс. руб.

конфликт, порядке, что даст возможность разругать его, не вынося и не раздувая. Люди должны спокойно работать и получать за это хорошие деньги.

Если человек видит изменения к лучшему, слышит «профсоюз добился... профсоюз провёл...», он начинает задумываться о том, что надо стать членом профсоюза. Это приводит к росту его численности.

— Что ещё оказалось в поле зрения челябинского профсоюза в последнее время?

— Напряжённая ситуация в скорой медицинской помощи. В прошлом году за довольно короткое время к нам обратилось сразу полтысячи водителей из 950 работающих. Несколько месяцев областной комитет профсоюза вместе с социальными партнёрами занимался обращениями водителей скорой помощи о социальных выплатах, об увеличении заработной платы, упорядочении условий и организации труда, распределении наградки внутри бригад, продолжительности рабочего времени.

Удалось достигнуть договорённости с областными Минздравом и правительством по поводу ежемесячной надбавки в размере 5 тыс. руб. водителям, которые занимаются переноской пациентов, тем самым увеличив заработную плату работников СМП в целом.

Не снимаются с повестки и вопросы компенсационных выплат по результатам специальной оценки

опыт по устранению пробелов в законодательстве, касающихся проблем в горной промышленности.

Намереваемся использовать этот опыт в совершенствовании организации работы скорой медицинской помощи в области, для чего также требуются определённые изменения в законодательстве. Сейчас это самая острая проблема.

Региональное Министерство здравоохранения поддержало идею сбора материала о работе скорой медицинской помощи. Мы обратились с таким предложением к главным врачам скорой помощи и их заместителям, врачам, фельдшерам, водителям — то есть ко всем работникам службы. Проанализировав их предложения, будем предлагать решения. Это большая, объёмная работа. В Российской Федерации такого ещё никто не делал. Если присоединятся другие регионы, результаты массовых опросов позволят обратиться к правительству РФ.

— Насколько «дружно» работают профсоюзы с руководством лечебных учреждений?

— В тандеме работают главный врач Чебаркульской районной больницы Александр Локтев и председатель первичной профсоюзной организации Ольга Уржумцева. Не раз консультировался с нами главный врач Челябинского областного кожно-венерологического диспансера Олег Зиганшин, что позволило правильно провести спецопенку условий труда в учреждении с первого раза. На партнёрских началах поставлено дело в Челябинской областной больнице № 3 (главный врач Михаил Вербицкий, председатель первичной профсоюзной организации Надежда Спешкова).

Опыт показывает: если в учреждении сильный профсоюз и налажено социальное партнёрство, там хороший микроклимат и спокойная деловая атмосфера. В ситуации постоянных проверок работать сложно и нервно. У нас есть примеры, когда в больнице с начала года прошло четырнадцать (!) проверок. Не до работы!

— Обычно профсоюзы активно занимаются и досугом своих членов...

— Спортивные, культурно-массовые, развлекательные мероприятия, которые проводятся областным комитетом совместно с первичными профсоюзными организациями, собирают и объединяют сотрудников системы здравоохранения региона.

Не проходит недели, чтобы профсоюзы не проводили что-нибудь интересное, важное, полезное, будь то лыжные соревнования, семинар для руководителей и ответственных за организационную работу в «первичках», региональный этап конкурса «Молодёжный профсоюзный лидер», форум «Молодёжь за свои права», конкурс агитбригад УрФО и т.п. Вот только краткий перечень событий прошлого года.

ников образования РФ турниры: по русскому бильярду, дартсу и настольному теннису.

Ярким запоминающимся событием стал первый межрегиональный отраслевой спортивно-туристический фестиваль «СМПФЕСТ-2023», участвовали в котором члены Профсоюза работников здравоохранения РФ не только Челябинской области, но и Республики Башкортостан.

Замечательно прошёл турнир на звание самых эрудированных в рамках интеллектуально-развлекательной игры «КВИЗАР» — одно из самых востребованных и любимых мероприятий у членов профсоюза.

— Как «смотрится» Челябинский профессиональный союз медицинских работников на фоне остальных подобных региональных объединений?

— Мы работаем в единой команде российских профсоюзов медицинских работников, и главным отличием, пожалуй, является масштаб охвата населения: в Челябинской области более 60 тыс. работников здравоохранения, и большая часть из них, как я уже говорил, является членами нашей организации. Таким образом, мы — одно из крупных учреждений в системе.

— Чувствуется, что задуманное в прошлом году вами выполнено. А какие важнейшие планы на год наступивший?

— Главными остаются защита социально-экономических прав и интересов работников здравоохранения, охрана труда и здоровья, участие в нормотворческой деятельности.

Если говорить о конкретных задачах: продолжится работа по улучшению ситуации в службе скорой медицинской помощи. Мы намерены и далее осуществлять контроль за правильностью установления заработной платы и её выплатой в соответствии с нормативно-правовыми актами, коллективными договорами, локальными нормативными актами.

Уже в первом квартале начались выезды в медицинские организации, чтобы на местах рассмотреть актуальные вопросы оплаты труда, выявить имеющиеся проблемы, оценить условия труда и отдыха медицинских работников, водителей автомобилей скорой медицинской помощи, обеспеченность их средствами индивидуальной защиты, проверить соблюдение норм охраны труда.

В 2023 г. практически во всех медицинских организациях области были подписаны коллективные договоры. Сегодня мы стремимся достичь стопроцентного показателя, чтобы все работники получали законодательно установленные преференции.

Иными словами, вся наша работа направлена на то, чтобы членам областного профсоюза работников здравоохранения было легче, радостнее и интереснее жить.

Беседу вела Алёна ЖУКОВА, корр. «МГ». Челябинск.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 10 (2416)

Это редкий синдром, который развивается у пациентов со злокачественными опухолями и проявляется нарушениями сознания и когнитивных (ответственных за понимание) функций мозга. Болезнь вызывается не поражением мозга метастазами, а действием собственной иммунной системы (антинейронных антител) против нейронов.

Абсолютное большинство таких состояний не диагностируется, и пациенты умирают в больницах, в которые они обратились. Стоимость лечения этой болезни в 80-100 раз превышает средства, выделяемые на это ОМС. Из этого клинического случая, в частности, понятно, почему рак лучше лечить в специализированном отделении многопрофильного стационара и почему «отдельно стоящий» онкологический центр в таких обстоятельствах «подобен флюсу, полнота которого односторонняя».

Наш пациент В. заболел в 2018 г., когда появилась боль в животе. При обследовании был выявлен рак желудка (РЖ) с метастазами по брюшине. Метастатический РЖ имеет неблагоприятный прогноз: без лечения продолжительность жизни ограничивается 3-5 месяцами, при лечении – только 6% пациентов переживают 5-летний рубеж. Стандартом является химиотерапия до тех пор, пока она работает. При прогрессировании, когда опухоль приобретает устойчивость к первоначальному лечению, химиотерапия меняется – назначаются иные химио-, а в некоторых случаях таргетные и иммунопрепараты. РЖ часто осложняется формированием сужений просвета желудка в области опухоли, что требует хирургического вмешательства для восстановления проходимости.

Такое вмешательство перенёс и В. – ему установили стент, и он снова начал нормально питаться. Сразу после этого была начата химиотерапия по схеме FOLFOX. Опухоль, по данным КТ, уменьшалась, а спустя 8 курсов химиотерапии пропала полностью и не выявлялась при гастроскопии. Вероятность излечить метастатический рак желудка только лекарствами минимальная, если не сказать нулевая, однако у В. опухоль исчезла, и более того, не появилась снова, когда лечение было приостановлено.

Что делать с пациентом в такой нетипичной ситуации? Считать его излеченным? На онкологическом консилиуме было решено удалить желудок в связи с высоким риском остаточной опухоли. В августе 2018 г. была проведена гастрэктомия с лимфодиссекцией. Правильность решения подтвердилась: в желудке и в регионарных лимфоузлах была обнаружена остаточная опухоль. Послеоперационный период осложнился аррозивным кровотечением из селезеночной артерии на фоне панкреатита и абсцессом селезенки, потребовались две повторные операции, чтобы эти проблемы были решены. В. восстановился, делал контрольные обследования раз в 3 месяца, затем раз в 6 месяцев, потом ещё реже, и всё это время продолжал жить активной жизнью.

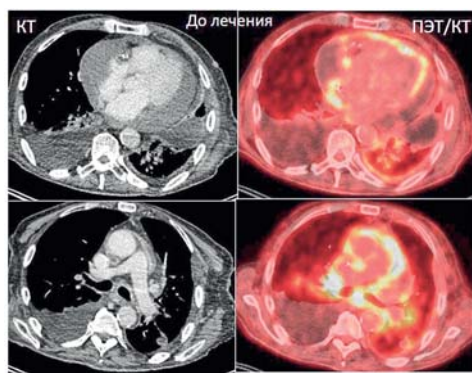
В январе 2023 г. (почти через 5 лет), при отличном самочувствии, на КТ были обнаружены увеличенные лимфоузлы на шее. В больнице по месту жительства, в Орле, его обследовали, сделали пункцию увеличенного лимфоузла и выявили в нём клетки рака желудка. По этому поводу с февраля по июнь 2023 г. получил 9 курсов химиотерапии FOLFOX с положительным эффектом в виде уменьшения лимфоузлов шеи. В связи с неисправностью аппарата КТ плановое обследование было отложено на месяц. Лечение тоже было остановлено. За этот месяц самочувствие В. ухудшилось – появилась одышка, слабость, боль в животе. Одышка возникла из-за накопления жидкости в грудной клетке – плевральном выпоте, который был удален и исследован – опухолевых клеток в нем выявлено не было, а значит, он мог появиться на фоне сердечной недостаточности. Пациент в августе 2023 г. был госпитализирован в кардиологическое отделение, где ему проводилась лекарственная терапия, дважды удаляли жидкость из плевральной полости, однако она продолжала накапливаться, как и в брюшной полости, а затем и в перикарде. При этом сердце не может сокращаться в полную силу, а при большом количестве может остановиться.

Состояние ухудшалось: В. перестал вставать, стал замкнут, апатичен, односложно отвечал на вопросы. В связи с ухудшающимся состоянием и отсутствием перспектив лечения, связанных в первую очередь с непониманием причин происходящего, благодаря поддержке благотворителя был инициирован перевод пациента в Ильинскую больницу.

30.08.23 в тяжёлом состоянии из реанимации больницы в Орле был доставлен в отделение реанимации Ильинской больницы. На осмотр реагировал вяло, общался односложно, не договаривал предложения, оставался заторможенным, смотрел в одну точку. На первый план, помимо оглушения, выходил полисерозит – накопление жидкости в полостях тела, который у В. вызывал сдавление сердца, правого легкого и мешал дышать. Был выполнен перикардиоцентез – дренирование сумки сердца, при котором удалено не меньше литра жидкости, что позволило сердцу снова сокращаться с

Лимбический паранеопластический энцефалит у пациента с раком желудка. Первое описание в РФ

Клинический случай



нормальной амплитудой. Затем был проведён торакоцентез – дренирование правой плевральной полости, после чего правое легкое смогло расправиться и снова участвовать в дыхании.

Когда состояние пациента улучшилось, начался активный поиск причин случившегося. По КТ, кроме многократно описанного полисерозита, ни инфекционных очагов, ни данных за прогрессирование РЖ (ни на месте удаленного желудка, ни в других органах). На МРТ головы – «чисто». Все тесты и анализы для исключения самых разных болезней, которые могут приводить к такому состоянию: неврологические, психиатрические, эндокринологические, аутоиммунные, инфекционные и другие, – показали либо норму, либо незначительные отклонения. Сложность была и в том, что ни один отрицательный анализ не мог полностью отвергнуть соответствующий диагноз. Например, анализ спинномозговой жидкости оказался абсолютно нормальным, что в значительной степени сокращало диагностический поиск, однако не исключало более редких заболеваний. Последовали молекулярные изыскания, посева и, конечно, поиск антител к инфекционным агентам в спинномозговой жидкости и не только.

Идея паранеопластического неврологического синдрома (ПНС) рассматривалась с момента госпитализации пациента. Этот синдром проявляется различными неврологическими нарушениями, которые вызваны не поражением мозга или нервных сплетений метастазами, а действием собственной иммунной системы организма против здоровых клеток нервной системы. Неврологические нарушения часто неспецифичны и имитируют другие заболевания. ПНС встречается у 1-15% пациентов с онкологическими заболеваниями, частота варьирует в зависимости от вида рака. Считается, что

в основе патологического механизма лежит взаимодействие специфических антинейронных антител и нейронов. Конкретный вид антинейронных антител может соответствовать определенному виду рака, однако не является строго специфичным. На момент госпитализации данных о наличии явной опухоли в организме не было. Известно, что неврологические симптомы при ПНС в 60% случаев предшествуют клиническому первичному выявлению опухолевого процесса или рецидиву заболевания, скрининг на ПНС был проведен и у В., ликвор был направлен на поиск антинейронных антител. Длительность такого исследования около месяца, поэтому лечение в это время основывается на рабочей гипотезе.

После дренирования перикардиальной и плевральной полостей сознание восстановилось, пациент почувствовал себя лучше и был переведён в стационар. Однако уже спустя пару часов он впал в кому и был экстренно возвращён в реанимацию, где ему провели бронхоскопию и гастроскопию для исключения острых ситуаций, а также подключили аппарат искусственной вентиляции легких. На КТ и МРТ снова не было ничего подозрительного – инсульты и инфаркты головного мозга были исключены, септические очаги, как и ранее, не выявлялись, признаков прогрессирования рака не было, но жидкость в сердечной сумке быстро накапливалась.

Первые результаты исследований отвергли инфекции, эндокринологические и метаболические нарушения. Рабочей гипотезой исключения стали аутоиммунный (паранеопластический) энцефалит с полисерозитом. Времени для дальнейшего раздумий не было – состояние ухудшалось, появились судороги. С учётом скорости накопления жидкости в перикарде в скором времени могло потребоваться повторное его дренирование.

Консилиумом было принято решение о проведении терапии гормонами коры надпочечников для иммуносупрессии и 5-и сеансов плазмообмена. Данные мероприятия носили диагностический и лечебный характер – неадекватный ответ иммунной системы можно нивелировать, очистив кровь пациента от циркулирующих в ней иммунных комплексов и антител. Излечивающим действием эти мероприятия не обладают – ведь нельзя полностью безопасно подавить иммунитет человека. Но важен был даже короткий эффект, так как нужно было выиграть время, чтобы уточнить диагноз и подобрать лечение.

Уже после первого сеанса плазмообмена В. стало лучше, он стал самостоятельно дышать. После второго он полностью пришёл в сознание, начал узнавать дочь и смог самостоятельно принимать пищу. Третий и последующий сеансы привели к тому, что пациент начал передвигаться, сначала с трудом и с помощью, но затем все более уверенно. Эффект был получен, но причина, вызывающая состояние пациента, не была ясна. Все анализы на антинейронные антитела оказались отрицательными, но это не исключало ПНС, при котором они обнаруживаются только в 60% случаев.

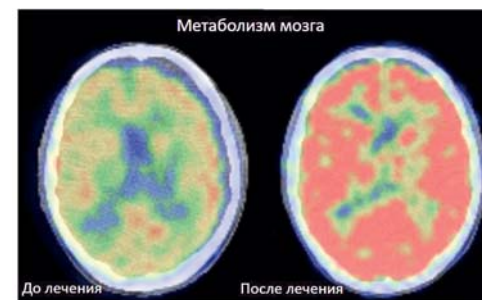
При ПЭТ-КТ глюкоза, меченная изотопом фтора, может накапливаться в опухолевых очагах, в некоторых случаях даже если их не видно на обычном КТ. Кроме того, при ПРС накопление глюкозы в головном мозге наоборот может снижаться. Заключение ПЭТ-КТ – активность изотопа определялась и в жидкости вокруг сердца и лёгких, высказано подозрение на «карциноматоз перикарда и плевры», то есть на опухолевые узелки в этих органах. Такие же узелки подозревались и в брюшной полости. Все это могло говорить о прогрессировании рака желудка. Кроме того, снижение накопления глюкозы в некоторых участках головного мозга (весьма редкое событие) подтверждало диагноз паранеопластического энцефалита.

Обнаружение ПРС, ассоциированного с раком желудка, согласно современной литературе, является казуистикой. Существуют одиночные кейс-репорты о ПЛЭ при раке

пищевода, ПНС при раке желудка, который полностью исчез после удаления желудка, стойких эпилептических приступах, как первых симптомах рака желудка.

В РФ ПНЭ при опухолях желудочно-кишечного тракта не описаны. Стандартным подходом при аутоиммунных неврологических синдромах является иммуносупрессия – угнетение выработки организмом антител, которые атакуют нейроны. Для аутоиммунных процессов, не связанных с онкологией, иммуносупрессии достаточно для стойкого улучшения, но не для опухоли-ассоциированных ПНС. В этих случаях основным методом лечения является снижение опухолевой нагрузки – то есть уничтожение опухолевых клеток. В нашей ситуации наиболее эффективными методами были лекарственное лечение, и незамедлительно была начата химиотерапия по схеме FOLFIRI, тем более что при микроскопии плевральной жидкости были выявлены клетки, похожие на клетки аденокарциномы желудка.

В течение нескольких дней после курса лечения состояние пациента ухудшилось – эффект плазмообмена прошёл, пациент снова стал сонливым, а жидкость в полостях тела накапливалась с прежней скоростью. Можно было бы повторить курс плазмообмена – но тогда никакого смысла не было в проведённом курсе химиотерапии, ведь мы бы просто вымывали все эффективные молекулы препаратов из организма. Химио-



терапии нужно время, чтобы сработать, поэтому оставалось наблюдать и сдерживать инфекции и другие осложнения. Экстренные меры всё же понадобились – 20.09.23 развилась тампонада сердца со снижением артериального давления и острым повреждением почек – на фоне низкого давления почки перестали фильтровать и выделять мочу. В реанимации повторно сделан перикардиоцентез, который привёл к восстановлению сердечной деятельности, и всё лечение было скорректировано, ведь помимо химиотерапии пациент получал антикоагулянты, антибиотики, кардиальные препараты, средства для предотвращения судорог и многое другое.

Уверенно говорить об улучшении можно было после первого выхода на прогулку. Дальше дела пошли ещё лучше – был удалён дренаж из плевральной полости, перестала накапливаться жидкость в перикарде. В. становился всё активнее, начал хорошо есть и прибавил в весе.

03.10.23 был выписан, а с 16.10.23 ему проводились курсы химиотерапии амбулаторно. Улучшение было отмечено не только самим пациентом и его родственниками, но и объективно – при повторном ПЭТ-КТ все опухолевые очаги исчезли. Жидкость больше не накапливалась в перикарде и плевральных полостях, пациент дышит полной грудью и с удовольствием. Он и близкие счастливы, что вернулась нормальная жизнь.

Вячеслав ЕГОРОВ,
руководитель онкологической службы и центра гепатопанкреатобилиарной хирургии Ильинской больницы,
профессор кафедры хирургии с курсами онкохирургии, эндоскопии, хирургической патологии, клинической трансплантологической и органной донорства Института последипломного профессионального образования ФМБА России.

Мария АЛАНИЯ, Ярослава СТАЦЕНКО,
онкологи отделения онкологии Ильинской больницы.

(Окончание. Начало в № 9 от 06.03.2024.)

Рекомендуется для увеличения эффективности ПНЛ выполнять пункцию ЧЛС под сочетанным ультразвуковым и рентгеновским контролем.

Помимо снижения лучевой нагрузки на пациента, преимуществами пункции под ультразвуковым контролем являются: более короткое время пункции, более высокий процент успешных пункций, меньшая кровопотеря и частота осложнений, включая повреждение соседних органов.

Рекомендуется использовать ультразвуковые, пневматические или лазерные урологические аппараты (гольмиевые, тулиевые и тулиевые волоконные) и/или литотрипторы для проведения контактной литотрипсии при ПНЛ у пациентов с камнями почек. Лазерная литотрипсия вызывает более низкий риск миграции камней, чем пневматическая литотрипсия.

При проведении стандартной ПНЛ предпочтительно должно отдаваться ультразвуковой и пневматической литотрипсии, а при проведении мини-ПНЛ – лазерной литотрипсии.

Рекомендуется выполнять бездренажную ПНЛ пациентам с камнями почек при условии отсутствия интраоперационных осложнений и отсутствия резидуальных камней с целью сокращения времени пребывания пациента в стационаре.

Рекомендуется антибактериальная профилактика пациентам с камнями почек после выполнения ПНЛ с целью снижения риска инфекционных осложнений.

После курса лечения необходимо выполнить повторное микробиологическое (культуральное) исследование мочи на бактериальные патогены.

Рекомендуется получение экстренной консультации хирурга соответствующего профиля при повреждении органов грудной клетки или брюшной полости в ходе выполнения ПНЛ пациентам с камнями почек с целью определения дальнейшей тактики лечения.

Определение дальнейшей тактики лечения пациента с повреждением смежных органов осуществляется хирургом вместе с урологом в условиях хирургического стационара.

Рекомендуется выполнение эмболизации почечных сосудов в экстренном порядке пациентам с нестабильной гемодинамикой и острой анемизацией на фоне неконтролируемого интра- или послеоперационного кровотечения, возникшего в процессе или после выполнения ПНЛ с целью остановки кровотечения.

Рекомендуется выполнение экстренной нефрэктомии по жизненным показаниям при невозможности выполнения эмболизации почечных сосудов пациента с нестабильной гемодинамикой и острой анемизацией на фоне неконтролируемого интра- или послеоперационного кровотечения, возникшего в процессе или после выполнения ПНЛ с целью остановки кровотечения.

Ввиду потенциального риска нефрэктомии после выполнения ПНЛ пациентам с единственной почкой рекомендуется выполнять ПНЛ только в стационарах, где имеется возможность проведения экстренной эмболизации почечных сосудов и гемодиализа.

Рекомендуется выполнение лапароскопической или открытой операции у пациентов с камнями почек, если неоднократные эндуро-логические операции (ПНЛ, гибкая УРС, ДЛТ) оказались неэффективными.

Лапароскопическую или открытую операцию по поводу камней почки проводят в редких случаях, когда ДЛТ, ПНЛ или гибкая УРС оказались неэффективными либо имеют низкие шансы на успех.

Лечение мочекаменной болезни в особые группы пациентов.

Пациенты, получающие антикоагулянтную терапию. Рекомендуется консультация кардиолога, трансфузиолога и/или гематолога с целью коррекции антикоагулянтной терапии пациентам с расстройствами коагуляции или с необходимостью приёма антиромботических препаратов перед оперативным лечением с целью профилактики интра- и послеоперационных осложнений.

К операциям высокого риска кровотечения относятся:

- ДЛТ
- ПНЛ
- ЧПНС
- лапароскопическая/открытая хирургия.

Пациентам с высоким риском тромботических осложнений и бессимптомными камнями может быть предложено активное наблюдение. Временное прекращение антикоагулянтной терапии или замена антикоагулянтов более длительного действия на антикоагулянты короткого действия для выполнения операции, сопряженной с высоким риском кровотечения, возможно только по согласованию с кардиологом и/или гематологом.

Камни у беременных. Рекомендуется выполнение УЗИ почек и мочевыводящих путей у беременных пациенток в качестве метода диагностики МКБ первой линии. В качестве метода диагностики второй линии рекомендуется выполнение магнитно-резонансной томографии почек 1.5 Тесла (серия HASTE). В качестве метода диагностики третьей линии

рекомендовано выполнение СКТ по низкодозовому протоколу.

СКТ по низкодозовому протоколу может быть использована только во втором и третьем триместрах беременности и только в крайних случаях. Применение лучевых методов диагностики во время беременности должно решаться консилиумом. У беременных пациенток помимо стохастического эффекта ионизирующее облучение может иметь детерминистический тератогенный, канцерогенный и мутагенный эффект. Дозы менее 50 мГр считаются безопасными по тератогенному эффекту. Канцерогенный эффект может развиваться при дозе и до 10 мГр. Мутагенный эффект требует высоких эффективных доз 500-1000 мГр.

Не рекомендуется назначение селективных α1-адреноблокаторов (АТХ группа альфа-адреноблокаторы) беременным пациенткам с МКБ с целью МЛТ ввиду отсутствия достаточной доказательной базы об их эффективности и безопасности.

Мочекаменная болезнь

Клинические рекомендации

Рекомендуется применение парацетамола у беременных пациенток с МКБ с целью купирования болевого синдрома.

Препарат применяется в соответствии с инструкцией в минимально эффективных дозах и максимально коротким курсом.

Рекомендуется установка мочеточникового катетера-стента или нефростомы беременной пациентке с МКБ при наличии рефрактерного болевого синдрома и/или гидронефроза с признаками системной инфекции с целью профилактики острого обструктивного пиелонефрита.

Стент или нефростому необходимо регулярно менять каждые 4-6 недель до родоразрешения во избежание их инкрустации.

Не рекомендуется выполнение ДЛТ беременным ввиду высокой вероятности повреждения тканей плода. Выполнение ДЛТ и ПНЛ у беременных рекомендуется отложить до послеродового периода.

Выполнение ПНЛ во время беременности возможно под УЗ-контролем во втором и третьем триместре беременности при невозможности выполнения гибкой УРС и непереносимости или быстрой инкрустации стентов/нефростом (ранее 4 недель). Данную операцию рекомендуется выполнять в экспертных центрах с опытом выполнения ПНЛ более 120 случаев в год.

Рекомендуется выполнение УРС с контактной литотрипсией беременным пациенткам с камнями мочеточника при отсутствии признаков системной инфекции в качестве альтернативы стентированию мочеточника или нефростомии.

Лучший период для УРС – второй триместр беременности – для минимизации риска перинатальных осложнений. При плохой переносимости стента или нефростомы или их быстрой инкрустации УРС может быть выполнено и в третьем триместре по согласованию с акушером-гинекологом в условиях перинатального центра. В качестве оптимального метода дробления камня рекомендована лазерная литотрипсия. Учитывая появление

данных о возможной контаминированности многозарядных уретероскопов, для минимизации рисков развития инфекционных осложнений у беременных пациенток рабочая группа допускает возможность использования однозарядных уретероскопов, несмотря на отсутствие исчерпывающей доказательной базы. Начиная с 22 недели беременности лечение камней почек должно осуществляться в рамках перинатального центра, имеющего отделение (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорождённых.

Камни у пациентов с отведением мочи. Рекомендуется в качестве методов лечения пациентов с отведением мочи и камнями ВМП выполнять ДЛТ, ПНЛ, антеградную уретероскопию, трансстомальную ретроградную нефро-уретеролитотрипсию.

При невозможности выполнения любого из вышеперечисленных методов необходимо планировать выполнение лапароскопического либо открытого хирургического вмешательства.

Рекомендуется в качестве альтернативы УРС выполнять антеградную перкутанную уретеролитотрипсию у пациентов с уростомой и камнями верхних мочевыводящих путей при затруднённом ретроградном доступе к почке.

Рекомендуется при проведении трансстомальных манипуляций у пациентов с гетеротопическим отведением мочи и камнями верхних мочевыводящих путей избегать повреждения механизма, удерживающего мочу.

Рекомендуется использовать чрескожное удаление камней у пациентов с ортотопическим отведением мочи для снижения риска склероза неошейки мочевого пузыря.

Рекомендуется выполнение КТ почек и верхних мочевыводящих путей с внутривенным болюсным контрастированием перед выполнением чрескожного удаления камней пациентам с орто- или гетеротопическим резервуаром для оценки взаимоотношения кишки и резервуара.

Пациенты с камнями в трансплантированной почке.

Рекомендуется выполнить незамедлительное дренирование трансплантированной почки пациентам при нарушении оттока мочи из неё с целью предотвращения возникновения осложнений.

Рекомендуется выполнение антеградной перкутанной уретеролитотрипсии при больших камнях мочеточника (>1,5 см) трансплантированной почки с целью извлечения от них.

Реабилитация

Специфическая реабилитация пациентов с МКБ после перенесённого приступа почечной

колики или перенесённой операции по поводу мочекаменной болезни ввиду отсутствия данных об эффективности последней не применяется.

Необходимо учитывать, что после чрескожных операций риск отсроченных кровотечений, связанных с формированием артериовенозной фистулы или псевдоаневризмы, составляет 1,5% в течение первого месяца, в связи с чем рекомендуется избегать в данный период после операции интенсивных физических нагрузок.

Профилактика

Пациентам, относящимся к низкой группе риска по рецидиву МКБ рекомендуется поддержание суточного диуреза в объёме 2,5 литра.

При соблюдении питьевого режима делать акцент на объём диуреза, который должен составлять не менее 2,5 литров в сутки для адекватной вторичной профилактики камнеобразования. Исключение составляют пациенты с хронической сердечной недостаточностью в связи с риском развития кардиальных осложнений, связанных с гипергидратацией. Питьё жидкости должно осуществляться циркулярно, но равномерно в течение суток. При возможности мониторинга – относительная плотность мочи, свидетельствующая об адекватном питье, должна быть не более 1010.

Пациентам, относящимся к низкой группе риска по рецидиву МКБ, рекомендуется потребление с пищей кальция в диапазоне 1000-1200 мг в сутки.

Пациентам, относящимся к низкой группе риска по рецидиву МКБ, рекомендуется ограничение потребления соли до 3-5 грамм в сутки.

Пациентам, относящимся к низкой группе риска по рецидиву МКБ, рекомендуется ограничение потребления белка до 0.8-1 г/кг массы тела в сутки.

Немаловажным аспектом вторичной профилактики является «нормализация» образа жизни – так борьба с ожирением или гипертензией может снизить риски специфического камнеобразования.

Рекомендуется дополнительное обследование пациентам, относящимся к высокой группе риска по рецидиву МКБ, с целью выявления метаболических нарушений, включающее:

- анализ крови биохимический общетерапевтический с определением уровня ионизированного кальция, фосфора, мочевой кислоты, витамина Д 25ОН
- биохимический анализ суточной мочи
- определение уровня паратиреоидного гормона в крови.

Сбор анализа суточной мочи осуществлять не ранее 20 дней с момента отхождения или удаления камня с целью повышения достоверности результатов. Анализ суточной мочи желательно выполнять двукратно с разницей в одну неделю для повышения достоверности результатов. При исследовании суточного анализа мочи должны оцениваться следующие показатели: кальций, оксалаты, цитрат, фосфор, мочевая кислота, сульфат, креатинин, магний, фосфаты, калий, хлориды, натрий, цистин (при подозрении на цистиновый характер камнеобразования), объём мочи за сутки (диурез). После сдачи средней порции мочи в лабораторию желательно выполнение биохимического анализа крови в течение тех же суток для более адекватного отражения метаболического статуса.

Рекомендуется пациентам, относящимся к высокой группе риска по рецидиву МКБ, кор-

рекция консервативной и медикаментозной противорецидивной терапии в соответствии с типом выявленных нарушений в ходе дополнительного расширенного обследования. При выявлении заболеваний, способных влиять на риск рецидива МКБ, необходима консультация профильных специалистов: нефрологов, ревматологов, эндокринологов и др.

Рекомендуется выполнение контрольного анализа суточной мочи через 8-12 недель после начала терапии пациентам, относящимся к высокой группе риска по рецидиву МКБ, с целью оценки эффективности проводимой терапии.

При условии нормализации параметров суточной мочи данный анализ следует выполнять не чаще одного раза в год.

Рекомендуется пациентам с МКБ выполнение визуализационных методов обследования (УЗИ, обзорная урография (рентгенография мочевыводительной системы),

СКТ по низкодозовому протоколу) не реже одного раза в год с целью исключения рецидива МКБ или для мониторинга размеров существующих камней.

При выборе любого из вышеперечисленных методов необходимо руководствоваться типом камнеобразования (инфекционный/метаболический и др.) и визуализационной способностью каждой из методик.

Организация оказания медицинской помощи.

Показания для плановой госпитализации:

- камни почек, требующие оперативного вмешательства
- камни мочеточников, требующие оперативного вмешательства
- социальный статус пациента, требующий удаления бессимптомных камней мочевой системы.

Показания для экстренной госпитализации:

- инфекционные осложнения МКБ
- некупируемый болевой синдром, вызванный камнями мочевой системы
- полная обструкция ВМП камнем.

Показания к выписке пациента из стационара:

- восстановление оттока мочи из почки
- отсутствие признаков системного воспаления
- отсутствие риска осложнений МКБ.

Необходимо подробно информировать пациента с показанием к оперативному лечению МКБ обо всех существующих методах лечения и их осложнениях с целью повышения осведомлённости и помощи в принятии решения о выборе метода оперативного вмешательства.

Современная клиническая практика лечения МКБ включает в себя множество вариантов оперативных методик извлечения пациентов от камней мочевых путей при возможной их равнозначной эффективности конечного результата. Однако у каждой из операций имеются различия в частоте рисков развития осложнений, времени извлечения от камня и степени её инвазивности. Зачастую выбор операции зависит от предпочтений врача, что приводит к отсутствию осведомлённости пациента о плюсах и минусах той или иной операции и тем самым усугубляет его приверженность лечению. Рабочая группа считает необходимым подробно информировать пациента обо всех существующих методах лечения МКБ и их осложнениях.

Алексей МАРТОВ,
заведующий кафедрой урологии и андрологии
Медико-биологический университет
инноваций и непрерывного образования
Государственного научного центра ФМБЦ
им. А.И.Бурназяна, профессор.

Реваз ХАРЧИЛАВА,
директор Учебного центра врачебной
практики Praxi Medica Первого МГМУ
им. И.М.Сеченова.

Тагик АКОПЯН,
профессор Института урологии и
репродуктивного здоровья человека
Первый МГМУ им. И.М.Сеченова.

Нариман ГАДЖИЕВ,
руководитель отделения дистанционной
литотрипсии и эндовидеохирургии НИИ
хирургии и неотложной медицины Первого
Санкт-Петербургского ГМУ им. И.П.Павлова;

Денис МАЗУРЕНКО,
доцент кафедры урологии и андрологии
МБУИНО ГНЦ ФМБЦ
им. А.И.Бурназяна;

Виген МАЛХАСЯН,
доцент кафедры МГМСУ им. А.И.Евдокимова.

У реформы отечественной науки, которую Правительство России совершило в 2013 г., есть как минимум один положительный результат. А именно: сегодня проводится строгая и объективная экспертная оценка научных проектов, под которые институты и коллективы учёных запрашивают дополнительное бюджетное финансирование.

Система грантовой поддержки, реализуемая государством в лице Российского научного фонда, формирует в научном сообществе здоровую конкурентную среду и что самое главное – даёт возможность молодым исследователям проявить свой потенциал как в фундаментальной, так и в прикладной науке. Фонд оказал поддержку уже большому числу действительно талантливых учёных, разглядев в потоке заявок именно те проекты, результаты которых затем станут новым словом не только в российской, но и в мировой науке.

Первая фаза пройдена

Среди грантополучателей Российского научного фонда группа генной иммуноонкотерапии Института биорганической химии им. М.М.Шемякина и Ю.А.Овчинникова, возглавляет которую кандидат биологических наук **Ирина Алексеенко**. Эта небольшая, но невероятно работоспособная команда имеет шанс войти в историю науки, поскольку каждый их проект направлен на поиск не просто оригинального, а наиболее эффективного способа борьбы с онкологическими и инфекционными болезнями человека.

Если совсем схематично, то в разделе «онкология» И.Алексеенко и её коллеги занимаются поиском тех уязвимостей злокачественной опухоли, которые до этого никому идентифицировать не удалось. Определив генетически обусловленные слабые места опухолевых клеток, можно разработать препарат для «снайперского» воздействия на них и лечить рак ещё более успешно.

К слову, именно такой препарат уже создан этим коллективом исследователей. Уникальность события не только в том, что авторы смогли-таки подтвердить свою гипотезу и реализовать план конвертации идеи в готовый продукт для медицины, но и в том, что весь путь от фундаментальных исследований до опытно-конструкторской разработки их научная идея прошла в стенах одной лаборатории.

Итак, в Институте биорганической химии разработан первый в России невирусный генотерапевтический противоопухолевый препарат. В декабре 2023 г. завершилась первая фаза его клинических исследований, которые проводились на базе четырёх ведущих профильных клиник: НМИЦ радиологии, НМИЦ акушерства и гинекологии им. В.И.Кулакова, МКНЦ им. А.С.Логина и НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина. В настоящее время, как сообщила И.Алексеенко, формируется досядь для проведения второй фазы клинических исследований препарата.

О разработке российских учёных известно, что это двухкомпонентный препарат. Первая его составляющая – кольцевая терапевтическая ДНК, содержащая два гена, из которых один – «киллер» раковой клетки, другой – стимулятор иммунного ответа.

Новые подходы

Генетика в помощь онкологии

Синапс между финансированием и научным результатом очевиден



Вторая – собственно носитель, который доставляет ДНК в опухоль. Компоненты смешиваются перед применением, и лекарство вводится прямо в новообразование, что обеспечивает его низкую токсичность для здоровых органов и систем организма. Механизм действия генной иммуноонкотерапии таков: попадая в опухоль, препарат стимулирует выработку в ней белков, которые уничтожают раковые клетки и одновременно активируют клетки иммунной системы, привлекая их на помощь в борьбе с новообразованием.

– Данную работу мы начали в 2011 г. с фундаментальных исследований и сейчас завершили первую фазу испытаний готового лекарства. Кто-то скажет, что очень долго. На самом деле это достаточно быстро, – с улыбкой отмечает И.Алексеенко.

Эра технологий

Вообще, по словам руководителя группы генной иммуноонкотерапии ИБХ, современная медицина переживает эру генетических технологий. Среди многих направлений генетики И.Алексеенко особо вы-

деляет три, способные максимально повлиять на здоровье и жизнь человека. Первое – появление методов геномного секвенирования нового поколения. Так называемое NGS-секвенирование позволяет одновременно определять нуклеотидную последовательность миллионов фрагментов ДНК, что в свою очередь даёт возможность увидеть структуру генома, генетические мутации и изменения в поведении генов.

– Понимание генетической основы заболевания открывает

Наконец, третье направление медицинской генетики, имеющее стратегическое значение, – это собственно генная терапия, которой занимается группа исследователей под руководством И.Алексеенко. Суть генной терапии, если совсем просто, заключается в том, что с помощью вирусных либо невирусных носителей терапевтические гены доставляются в клетки человека. Если речь идёт о лечении наследственного заболевания, то задача доставленных генов – индуцировать синтез белков,

(ОАФ), которые обеспечивают микросреду, благоприятную для выживания раковых клеток. Роль ОАФ в метастазировании уже хорошо изучена. Впервые метастазирующие опухолевые комплексы были найдены в асцитных пациенток с карциномой яичников. Находясь в брюшной полости, раковые клетки объединяются со свободно плавающими клетками миофибробластов, образуя гетеротипические комплексы, что позволяет раковым клеткам выживать и приобретать более инвазивный фенотип.

которых в этих клетках нет. Если же об онкологической патологии, то в этом случае гены индуцируют синтез белков, способных убивать раковые клетки изнутри.

Дверь в будущее

В настоящее время И.Алексеенко и её коллеги работают над реализацией ещё одной научной задачи, которую можно назвать стратегически важной для медицины, открывающей дверь в будущее онкологии. Проект имеет сложное название «Исследование коннектов раковых опухолей для идентификации нового типа терапевтических мишеней – контактов раковых клеток с окружающей стромой».

– У нас есть гипотеза, что в опухоли существуют синапсодобные структуры, которые обеспечивают передачу возбуждения с одной клетки на другую по аналогии с нейронами. Такие структуры позволяют раковым клеткам эффективно взаимодействовать с клетками опухолевого микроокружения. Именно это взаимодействие, а не внутреннее свойство самой раковой клетки провоцирует прогрессию и метастазирование опухоли, – поясняет учёный.

Данный проект тоже был финансово поддержан Российским научным фондом как перспективный в прикладном плане. Суть его в следующем. Солидные опухоли секретируют в кровотоке большое количество циркулирующих опухолевых клеток (ЦОК). Однако лишь небольшая их часть может выжить по отдельности и в итоге дать начало новой опухоли. Эффективное метастазирование (> 90%) ассоциировано с комплексами из двух или более ЦОК. В группах опухолевые клетки остаются защищёнными от окислительного стресса и иммунного ответа организма.

Максимальным метастатическим потенциалом обладают опухолевые комплексы, содержащие опухолевые ассоциированные фибробласты

Исследования межклеточных взаимодействий в опухоли, в частности, механизмов взаимного влияния опухоль-ассоциированных фибробластов ОАФ и раковых клеток во время их коллективной миграции, проводятся многими научными коллективами. Тем не менее окончательной ясности до сих пор нет. В частности, нет окончательного понимания, формируются ли во время метастазирования синапсодобные структуры между раковыми клетками и стромальными клетками в лице ОАФ. И если да, то какие гены участвуют в их формировании?

Учёные ИБХ намерены идентифицировать и изучить феномен онкогенных синапсов. Полученные ими сведения дадут возможность придумать способы разрушения синапсодобных контактов в опухоли и создать принципиально новый класс противораковых препаратов. Эти лекарства должны будут ингибировать проопухолевые взаимодействия. Таким образом, станет возможным усилить терапию злокачественных новообразований с использованием контрольных точек иммунитета, которая уже применяется в онкологии и направлена на нарушение взаимодействий между раковыми клетками и клетками иммунной системы.

На вопрос, как долго учёные Института биорганической химии будут проверять свою версию, И.Алексеенко отвечает: «Лет восемь нам надо. Но мы постараемся побыстрее».

От себя добавим, что оптимистичный временной прогноз может реализоваться только в том случае, если государство и дальше продолжит поддерживать это исследование на его фундаментальной стадии, а затем продолжит на прикладной.



Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Работают мастера

Они имели полное право сказать «не умеем, поэтому не будем рисковать», но приняли другое решение и спасли жизнь ребёнка. Эхинококковую кисту диаметром 10 см удалили из головы пятилетней девочки нейрохирурги Новосибирской областной больницы. За всю историю учреждения это первый случай, когда специалистам пришлось оперировать маленькую пациентку с таким заболеванием.

До сих пор у хирургов ГНОКБ был только опыт хирургического лечения эхинококкоза у взрослых и детей с локализацией паразитарных кист в печени и лёгких, но не в головном мозге. Впрочем, оказалось, что не было такого опыта ни у кого из новосибирских нейрохирургов, поэтому вопрос о переводе пациентки в другую

Киста-рекордсмен и врачи-победители

клинику региона даже не ставился. Как не ставился и вопрос о её транспортировке, например, в столичную клинику.

– В состоянии, когда произошла дислокация срединных структур мозга, нет времени на то, чтобы переводить пациента в другое лечебное учреждение. Состояние ребёнка могло ухудшиться в любой момент. Поэтому мы приняли решение, что будем оперировать сами, – поясняет нейрохирург ГНОКБ кандидат медицинских наук Шалиндер Аул, который выполнил эту операцию.

Пятилетняя девочка поступила в больницу с гемипарезом левой половины тела. Во время обследования были обнаружены

небольшие новообразования в лёгких и огромная киста в головном мозге, её диаметр превышал 10 см. Киста заняла почти весь объём правого полушария и сдавила мозг так сильно, что между мозговым плащом и черепом осталось не больше 2 мм. Подозрение на эхинококкоз основывалось в том числе на рассказе родителей девочки: вероятно, она была инфицирована во время одной из регулярных поездок в Среднюю Азию. Регион, где проживают родственники семьи, эндемичен по эхинококкозу.

По словам Шалиндера Аула, они с коллегами нашли в научной литературе всю информацию о паразитарных кистах в головном мозге, посмотрели видеозаписи

операций, которые в схожих ситуациях выполняли нейрохирурги за рубежом. Главная трудность заключалась в том, что кисту, которая локализована в головном мозге, нельзя дренировать, а необходимо убрать целиком. Содержимое паразитарной кисты очень токсичное, и при повреждении целостности её оболочки может развиться анафилактический шок. Кроме того, быстрая разгрузка кисты методом дренирования под давлением повредит головному мозгу: его сдавленные участки не смогут так же быстро расправиться, мозговой плащ «повиснет» на сосудах и начнётся кровотечение с риском смерти. Во время операции нейрохирурги предельно аккурат-

но, используя методику водной диссекции, высвободили кисту и извлекли её из черепной коробки, не повредив. Сдавленные участки мозга деликатно «встали на место». Работа заняла несколько часов.

После хирургического вмешательства прошло две недели. Движение в руке и ноге ребёнка восстановилось, все когнитивные функции в норме. Следующим этапом лечения станет антибиотикотерапия эхинококкоза, поскольку два очага паразитарной инфекции обнаружены в лёгких. Не исключено, что малышке потребуется ещё одна операция.

Елена СИБИРЦЕВА.

Новосибирск.

В современном мире всё меняется очень быстро, знания обновляются в течение месяцев, новые технологии постоянно приходят в медицину, и пациенты ждут, что врачи будут их использовать. Вот почему система непрерывного медицинского образования становится значимой и стратегически важной для развития здравоохранения, обеспечения населения качественной медицинской помощью. Свой вклад в обсуждение и решение задач профессионального развития медицинских работников успешно вносит Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Профессиональное совершенствование работников здравоохранения – путь к здоровью нации», которая в этом году прошла в третий раз.

За минувшие годы удалось выстроить эффективное взаимодействие между образовательными и медицинскими организациями и сохранить его, несмотря на разные организационные трансформации, констатировала выступившая на конференции заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Семёнова. По её словам, одной из ключевых задач при реализации эффективной кадровой политики остаётся обеспечение заполняемости квот целевого приёма. Объёмы подготовки кадров по программам ординатуры за счёт средств федерального бюджета ежегодно растут. Но при этом остаётся необходимость адресной подготовки специалистов для определённых рабочих мест, и единственный эффективный механизм здесь – целевое обучение. Квоты целевого приёма Минздрав сохраняет, но эти места не всегда удаётся заполнить.

Что касается программ дополнительного профессионального образования в подведомственных Минздраву России организациях, то они разнообразны, предоставляются по разным специальностям и с разными нормативными сроками обучения. По словам Т.Семёновой, сегодня это тот механизм, который позволяет быстро дать новую специальность, новые компетенции с учётом предыдущего образования и рабочих функций. Программы ДПО, куда включены профессиональная переподготовка и повышение квалификации, финансируются за счёт средств федерального бюджета. В 2023 г. их финансирование составило 4,3 млрд руб., и это без учёта денег работодателей на подготовку своих специалистов.

Говоря о непрерывном профессиональном образовании, замминистра отметила, что сегодня в законе ещё сохраняется норма о том, что медработники должны проходить повышение квалификации один раз в 5 лет. Тем не менее Минздрав выстраивает новую систему, и её ключевая особенность в том, что образование необходимо тогда и для того, чтобы реализовывать свою профессиональную деятельность, то есть здесь и сейчас. «Это возможно только в формате непрерывного профессионального развития, когда ты получил дополнительную компетенцию в виде информационного теоретического блока, в виде отработки навыка на симуляторе, закрепив это на стажировке на собственном рабочем месте или в медицинской, научной, образовательной организации, и смог применить это в своей практической деятельности», – сказала она.

Такая концепция предполагает отношение медработников к образованию, как к возможности получить дополнительную компетенцию, реализовать новые знания и навыки, а не как к необходимости получить бумажку для прохождения формальных процедур. К сожалению, посетовала Т.Семёнова, сегодня ещё остаются работники, которые не стремятся к знаниям, а работодатели не очень их стимулируют к этому. И потому на рынке сохраняются образовательные

организации, которые реализуют некачественные программы. Одной из стратегических задач Минздрава в ближайшее время будет внедрение эффективных механизмов отбора тех, кто реализует программы ДПО для медработников. «В последние годы мы подходим к этому, но всё ещё не смогли это формализовать. Я думаю, что сегодня политическая, государственная повестка направлена на то, чтобы мы всё-таки эти задачи решили», – сказала она.

Три миллиона пользователей

Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России стал не только агрегатором различных

значившаяся в последнее время тенденция – снижение количества обучения за счёт средств самих врачей и увеличение обучения на бюджетной основе, за счёт средств работодателя. «У физических лиц чек ниже, у юридических выше, и это очень хорошо, потому что хорошие программы стоят дорого, и всё-таки работодатели выбирают более качественные и дорогие программы», – заметила эксперт. По её словам, актуальность выбора специалистами некачественного обучения остаётся, но всё чаще на портал заходят мотивированные работодатели: «Мы видим, что система начала функционировать – по суммам, затраченным на обучение».

Есть, правда, некое пользовательское пресыщение образова-

тельную медицину из государственной, где в силу ряда причин они не удерживаются.

Малая гибкость системы в ответ на возникающие вызовы, снижение квалификации специалистов через уход в крайне узкую специализацию, отсутствие самореализации врачей через профессиональную мотивацию, профессиональное выгорание – таковы кадровые риски системы. Нельзя не учитывать и то, что информатизация здравоохранения, развитие технологий искусственного интеллекта способны заменить большую часть функций врача (в первую очередь и преимущественно на амбулаторном этапе). Структура образования может не успеть за таким быстрым прогрессом, опасается специалист.

Речь идёт о приведении этих учреждений к единым стандартам, что позволит сделать их более эффективными и ориентированными на удобство пациентов. Для этого в поликлиниках Подмосковья создаётся удобная и понятная навигация, появляются стенды с нужной информацией, комфортные зоны ожидания приёма. Новый стандарт затрагивает всё: регистратуру, кабинеты диагностики, отделения профилактики и пр. Потоки пациентов разделяются, чтобы уменьшить время ожидания в очереди. Выписать льготные лекарственные препараты можно без очного визита в поликлинику. Стационары тоже приведут к единым стандартам качества. Организация шести межрайонных специализированных хирургических центров должна

Деловые встречи

Поспевать за обновляющимися знаниями

Система НМО становится стратегически важной для развития здравоохранения



видов образовательной активности, но и системой её планирования и учёта в рамках НМО. Как сообщила проректор по послевузовскому и дополнительному образованию РНИМУ им. Н.И.Пирогова, руководитель Федерального центра развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России **Ольга Природова**, на сегодняшний день на портале зарегистрировано около 3 млн пользователей. Участники образовательного континента – это 2 тыс. организаций, имеющих лицензию ДПО, 9 тыс. организаций, где работают медики, и ещё 86 региональных органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья, 15 федеральных органов исполнительной власти, включая Минздрав России. Более 85% работающих специалистов-медиков вовлечены в программы НМО. Доступны для выбора 201 тыс. дополнительных программ повышения квалификации, 1700 дополнительных программ профессиональной переподготовки, 8 тыс. интерактивных образовательных модулей.

Специалисты фиксируют, что пик образовательной активности на портале НМО пришёлся на 2021 г., а дальше началось её снижение, и сейчас отмечается меньшая активность. Чем это обусловлено? Динамикой разработки контента, считает О.Природова: «Количество программ очень быстро растёт, и они все в доступе. О появлении новой программы мы не объявляем нигде на портале, её нужно искать из общего перечня, а их там огромное количество».

В 2023 г. по востребованности лидировали «короткие» программы повышения квалификации, что О.Природова считает положительным явлением, – врачи могут получать информацию по вопросу, который актуален для них в настоящее время. Ещё одна обо-

тельным контентом, признаётся О.Природова, что также частично объясняет снижение активности на портале. Организаторам это указывает на необходимость обновления: «Нам нужно обновлять контент, проводить новые мероприятия, разрабатывать новые интерактивные образовательные модули и программы». Тем не менее движение есть, и в желательную сторону: «Мы видим высокую динамику вовлечения специалистов всех статусов, повышение значимости обучения в государственных организациях и более тщательный выбор образовательных элементов работодателем».

Кадровые риски системы

Опросы показывают, что россияне предпочитают лечиться в государственных поликлиниках, а не в частных. Тем не менее Росстат фиксирует неприятный для государственной медицины тренд. Как рассказал заместитель директора по организации клинических исследований Московского многопрофильного клинического центра «Коммунарка» **Сергей Мосин**, предварительные данные об объёме платных медицинских услуг за 2023 г. показывают, что этот показатель достиг отметки в 1,365 трлн руб., что в текущих ценах превысило значение 1,22 трлн в 2022 г. (11%). В среднем один житель, который пользовался платными медуслугами, потратил около 9,3 тыс. руб. (против 8,3 тыс. в 2022 г.). Объём платных услуг уверенно восстанавливается после резкого падения в 2020 г. Напрашивается вывод, что государственные медорганизации проигрывают коммерческим конкурентную борьбу за специалистов на рынке труда, заключил С.Мосин. И предположил, что дефицит специалистов связан в том числе с их уходом в коммер-

В качестве одной из мер, способных улучшить ситуацию, С.Мосин предлагает организаторам здравоохранения рассмотреть возможность объединения университетских кафедр и клиник, а также всех стационаров и поликлиник в единые крупные организации по территориальному признаку. Такие объединения уже произошли по некоторым профилям, например, в акушерстве и гинекологии, отметил он. Подобная практика хорошо себя показала и в самой «Коммунарке». «Наш стационар объединён с ЦАОП – бывшим онкодиспансером, который имеет прикрепленное население. Мы между собой тесно общаемся, они всегда могут задать вопрос, снизив риск ошибки. Это как бы профессиональный лифт внутри организации. Задача нашей организации – развитие системы мотивации для наших стационарных и амбулаторных сотрудников, для повышения квалификации специалистов внутри объединения. Профессиональный лифт и для тех, кто захочет перейти на работу в стационар», – рассказал С.Мосин.

Таким объединениям, всем крупным многопрофильным медицинским организациям обязательно нужна образовательная лицензия, добавила директор Российской детской клинической больницы – филиала РНИМУ им. Н.И.Пирогова, заведующего кафедрой эндокринологии университета **Елена Петряйкина**. «Для чего? Для возможности обустроить наставничество, которое есть всё равно. Поступает много запросов от регионов на обучение у конкретного врача, потому что в федеральных учреждениях работают врачи, которых знает вся страна, и не всегда они сотрудники кафедр. Поэтому должна быть возможность обучения на рабочем месте, краткосрочного совершенствования у конкретного врача», – сказала она. – Врач – не наставник, который не учит, вреден. Я бы сказала, разлагает молодое поколение. Не делясь своими знаниями он нарушает традиции».

В последние годы всё больше говорится о создании организованной системы формирования надпрофессиональных навыков и soft skills у будущих врачей как об обязательном условии для повышения профессиональной эффективности. В Московской области это особенно остро почувствовали после начала реализации проектов «Поликлиника: перезагрузка» и «Стационар: перезагрузка», рассказала заместитель министра здравоохранения Московской области **Елена Штукина**.

сократить время нахождения пациентов в приёмном отделении до постановки диагноза с 80 до 45 минут, активно будет использоваться дневной стационар.

«Здесь уже важно не только получение обязательного медицинского образования, но и надпрофессиональных компетенций, знание технологий бережливого производства. Тогда врач, медицинская сестра смогут оптимизировать свои процессы и сохранить время для непосредственного участия в лечебном процессе, а не для оформления бумаг и выписки рецептов», – сказала Е.Штукина.

Вопросы государственной кадровой политики в сфере здравоохранения особенно актуальны на региональном уровне. Как рассказала директор Отраслевого центра компетенций и организации подготовки квалифицированных кадров для системы здравоохранения РНИМУ им. Н.И.Пирогова **Валерия Шлемская**, федеральные проекты по обеспечению медорганизаций квалифицированными кадрами показывают, что регионы постарались, активно провели большую работу, результатом чего стало некоторое улучшение ситуации. Если посмотреть в разрезе регионов, то показатель укомплектованности в первичном звене почти у всех не менее 92-94%. Увеличилась численность врачей, работающих в государственных и муниципальных медорганизациях. А вот что касается численности средних медработников, специалисты отмечают убыль на протяжении уже нескольких лет.

Недостатки плановых показателей и результатов региональных проектов в 2023 г. специалист объяснила рядом причин. Это высокая доля лиц предпенсионного и пенсионного возраста, неблагоприятные социально-экономические и географические условия жизни в ряде регионов, высокая текучесть кадров в государственных медорганизациях, неактуализированные штатные расписания. Отстающим регионам рекомендуют внедрять лучшие региональные практики привлечения и закрепления медработников, совершенствовать процессы оказания медицинской помощи, повышать производительность труда, создавать региональные кадровые центры в системе здравоохранения, анализировать рынок труда, материально стимулировать целевиков за счёт средств работодателя, содействовать повышению их уровня компетентности и профессионализма.

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

Президент Всемирного общества стереотаксической и функциональной нейрохирургии и бывший президент Американского общества стереотаксической и функциональной нейрохирургии, почётный профессор НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко Константин СЛАВИН родился в 1969 г. в Баку в семье военного. В 13 лет стал студентом Азербайджанского медицинского института им. Н.Нариманова, в 18 лет получил диплом врача. Обучался в ординатуре и аспирантуре в Москве на кафедре нейрохирургии ЦОЛИУВ (ныне РМАНПО). В 1992 г. уехал с семьёй в США, где прошёл резидентуру по нейрохирургии в Иллинойском университете в Чикаго. В настоящее время является там профессором нейрохирургии. Внештатный корреспондент «МГ» Дмитрий ЕЛИФЕРОВ попросил его рассказать об американской системе последипломной подготовки нейрохирургов.

– Константин Владимирович, чем отличалось последипломное медицинское образование в СССР и США на примере вашей специальности?

– Разница в сути обучения. Советское обучение было направлено на создание базового нейрохирурга, который может вылечить какие-то неотложные хирургические патологии, а также определить дальнейшую тактику ведения больного с последующей его маршрутизацией. Всё остальное проходило после окончания этого базового курса. Люди, оканчивая ординатуру и даже аспирантуру, в итоге начинали работать в качестве если не «подмастерьев», то скорее младших соратников, набирали опыт уже на рабочем месте вместе со «старшим инструктором», руководителем. В итоге они становились на его место. Американская система построена по-другому. Здесь резидентура значительно дольше и сейчас занимает 7 лет (когда я приехал, было 5). Процесс обучения строился таким образом, что к моменту окончания резидентуры человек становился совершенно независимым. За эти 7 лет его учили не только диагностировать или набирать какие-то базовые хирургические навыки, а именно доводить нейрохирургию до вполне независимого уровня. На момент окончания нейрохирургической резидентуры американский нейрохирург должен уметь проводить все операции – от хирургии основания черепа до сосудистых, спинальных, функциональных операций и т.д. Пока ты не научишься всему этому, ты не можешь закончить обучение. Там не просто проходят какие-то дидактические курсы, циклы и т.д., а обучаются именно «по примеру». Резиденты первого года обучения обычно ведут больных и начинают приходиться в операционную «поднабрать навыков». Следующие 2-3 года они в основном ассистируют на операциях. А последние год или два сами оперируют под наблюдением своих руководителей – доцентов, профессоров и т.д. Последний год нейрохирургической резидентуры нацелен на то, что резиденты оперируют независимо. В Москве в то время и, наверное, в других городах Советского Союза не было такого, чтобы можно было оперировать совершенно независимо – серьёзные операции мне бы вряд ли доверили. О том, чтобы быть полностью независимым, и речи не было, разве что в какой-то «маленькой» области. Но быть по всей нейрохирургии достаточно компетентным и квалифицированным – так процесс обучения не строился. Здесь же проводишь как минимум 1-1,5 года со спинальными врачами, год или два в нейроонкологии и ещё минимум год в сосудистой. В итоге набирается, если так можно сказать, весь опыт. Невозможно окончить резидентуру, не имея 50 операций по эпилепсии или 150 операций по аневризмам. Там довольно суровые требования на этот счёт. Каждая программа, если в ней отсутствует какая-то компетенция, подразумевает

– Нет, без сдачи USMLE работать невозможно. Для работы в США врач должен иметь лицензию. А для её получения нужно сдать экзамен – USMLE. Он одинаковый и для зарубежных выпускников, и для американских. Для окончания мединститута там нужно успешно сдать два этапа этого экзамена. И то же самое требуется от зарубежных выпускников. Сдав этот экзамен, получаешь право на работу в

ной специальностью. С низкими баллами – шанс на попадание значительно меньше. Недавно разрешили принимать двух кандидатов в год. Когда я учился, был только один. Каждый раз на одно место в резидентуре подаётся, по крайней мере у нас, более 200 заявлений. Из них мы выбираем 40 человек, которые приглашаются на интервью, а потом из этих 40 только один попадает в программу. Конкуренция довольно

профессор Ким Бёрчиел в Орегоне, у которого я учился. Мне очень повезло, что я смог попасть к нему.

– Оставалось ли во время учёбы в резидентуре свободное время?

– Сейчас всё полегче, резидентам не разрешают перерабатывать больше 80 часов в неделю. В моё время в течение 5 лет таких ограничений не было: мы приходили на работу утром, работали

А как у них?

Надо просто нырнуть и через семь лет вынырнуть

Как готовят американских нейрохирургов



направление резидентов в другое учреждение, где его этому научат. Если хочешь стать узким специалистом в нейрохирургии, то нужно пройти дополнительную годовую специализацию после резидентуры. В целом система очень налаженная. Независимо от того, в каком городе ты проходишь обучение, уровень будет совершенно одинаковым на момент окончания. И в этом плане американским больным как-то спокойнее.

– Нужно проучиться ровно 7 лет? Можно ли «проспециализироваться» в процессе работы?

– Для обучения базовой нейрохирургии и получения квалификации нейрохирурга в США нужно 7 лет резидентуры. Обычно резидентам даётся год на то, чтобы они занимались какими-то научными исследованиями. Но сейчас позволяет этот год заменить так называемой включённой стажировкой по субспециальности. Раньше требовалось прохождение нейрохирургом год в какой-то экспериментальной лаборатории, участие в проектах и т.д. Сейчас таких требований нет. Стало понятно, что для клинической работы это не обязательно, и будет лучше, если они займутся какими-то специальностями. Те, у кого получается это сделать во время резидентуры, экономят на этом время. Большинство же продолжает после резидентуры проходить этот дополнительный год.

– Может ли врач, не сдавший United States Medical Licensing Examination (USMLE) или не планировавший его сдавать, как-то подтвердить свой диплом российского нейрохирурга и работать там? Насколько это сложно и возможно ли это вообще?

стране, включая медицинское обучение. Без этого экзамена в США можно заниматься исследовательской деятельностью, проходить какие-то программы стажировки, подразумевающие «наблюдение» за работой врачей без контакта с пациентами. Но для клинической работы и непосредственного общения с больными USMLE необходим. При его сдаче можно работать без резидентуры. Однако для специалиста резидентура нужна в принципе. Исключения делаются в каких-то особых случаях для людей, которые уже занимались нейрохирургией в другой стране. Но сертификат по специальности они в таком случае получить не могут, так как для этого требуется не только сдать USMLE, но и пройти резидентуру, сдать письменный и устный экзамен по специальности, который потом даёт возможность получить именно такую сертификацию.

– Правда ли, что USMLE по любой специальности нужно сдавать с первого раза для поступления в резидентуру, иначе это будет плохое резюме? Какова конкуренция?

– Это на самом деле так. Сдача с первого раза больше ценится. Некоторые сдавали с 10-го раза, а если не с первого, то уже не важно с какого, но это принимается во внимание. Экзамен проходит в два этапа: первый по всем базовым дисциплинам, а второй – по клиническим. Раньше по первому и второму этапам выдавались листки с набранными баллами. Сейчас первый этап упростился – сдал/не сдал. А со второго – продолжают выдаваться баллы. Поэтому чем выше баллы, тем больше шансов приглашения на интервью по нейрохирургии, ведь нейрохирургия считается элитар-

большая. При этом считается, что у американских выпускников шанс попадания в нейрохирургическую резидентуру около 80%, а у зарубежных – около 30%.

– Письменный экзамен по окончании резидентуры можно назвать «драконовским»? Что можете сказать про устный?

– Письменный экзамен в итоге сдают все. Первый раз обычно «на пробу». Второй раз большинство сдаёт с первой попытки. Все заинтересованы в том, чтобы резиденты были подготовлены и сдали экзамены. Устный экзамен по нейрохирургии сдаётся по окончании резидентуры. Нужно представить список проведённых клинических операций и послать его в экзаменационную комиссию на рассмотрение. Не просто сам факт операций, а всё детально. Если возникнут вопросы, то они могут задать их в первый год в письменном виде, а во второй – это может всплыть на экзамене. Устный экзамен действительно «драконовский», поскольку длится 3 часа, и его как раз сдать удаётся не всем. Можно передать ещё раз через год, но если не сдал два раза, то надо будет сдавать письменный экзамен заново – ты явно делаешь что-то не так. По завершении экзамена каждому экзаменуемому выдаётся описание того, что было правильно и неправильно для лучшей подготовки в следующий раз. Если всё сдано, то поздравляют и присылают сертификат.

– Из чего состоит устный экзамен?

– Экзамен строится таким образом, что первый час посвящён краниальной патологии, второй – спинальной, а третий – клиническому опыту экзаменуемого. Комиссия интересуется, чем вы занимались, потом спрашивает по проведённым операциям. Тем самым получается более «индивидуализированный» подход. Экзамен я сам сдавал и сам его принимал, поэтому могу сказать – это довольно серьёзный процесс. При этом гарантий, что сдашь, никаких нет.

– Кто были вашими учителями в американской резидентуре?

– Люди, которым я обязан своим обучением – это те, кто непосредственно взял меня в резидентуру и у кого я проходил специализацию. Моим ментором в резидентуре был тогда заведующий кафедрой в Чикаго, а сейчас практикующий в Калифорнии профессор Джеймс Аусман. И один из корифеев в области функциональной нейрохирургии

весь день, дежурили всю ночь, работали весь следующий день. Я приходил домой каждую вторую ночь, к утру засыпал, просыпался и уходил на работу. Жена и дети меня не видели, но знали, я где-то есть (смеётся. – Д.Е.). В резидентуре времени ни на что не остаётся – это всепоглощающая активность, которая просто не позволяет иметь никаких хобби. Надо просто «нырнуть» и вот эти 7 лет «проплыть». Сейчас между рабочими сменами у резидентов как минимум 12 часов, за этим следят. Это относительно новое правило.

– А выходные дни?

– В зависимости от дежурств. Если дежуришь в воскресенье, то в субботу отдыхаешь, а если дежуришь в пятницу, то выходной в воскресенье. Это была очень предсказуемая активность, потому что 3 года дежурили каждую третью ночь. Все знали, через что придётся проходить. Когда ты работаешь главным резидентом на 7-м году обучения, практически весь год ты непрерывно на дежурстве. Никаких выходных. Сейчас есть мобильные телефоны, а тогда были пейджеры, звонившие в любое время, и на них надо было отвечать, ехать в больницу, осматривать больных, оперировать при необходимости. Это всё готовило к практике. После года такой интенсивной деятельности невольно привыкаешь ко всему. В итоге, когда дело доходит до «боевой» ситуации, чувствуешь себя комфортно.

– Откуда это исходит?

– Понятие «резидент» появилось в начале XX века. Для обучения хирургии врачи жили в больнице. Поэтому они и назывались резидентами – residents in hospital. Потом это изменилось: им разрешили ездить домой ночевать и т.д. Но на время обучения в резидентуре Кушинг, один из основоположников американской нейрохирургии, требовал, чтобы не было никаких семей, так как на жён и детей времени не оставалось. Это было в порядке вещей. Сейчас по-другому: семейное положение берётся во внимание, дальность проживания от больницы и т.д. Подход стал более «гуманистичным». Но хирургическая специальность, какая бы она ни была, остаётся хирургической специальностью. Все к этому готовятся ещё с институтской скамьи. Поэтому резидентура не оказывается сюрпризом ни для кого.

Дмитрий ЕЛИФЕРОВ,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

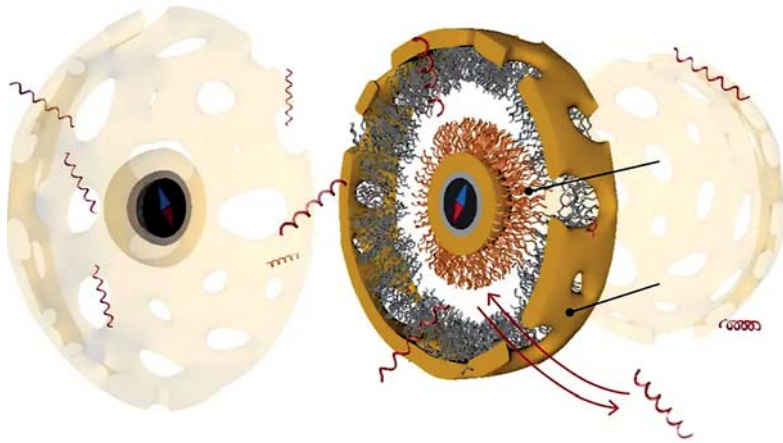
По выражению одного из героев романа, написанного врачом по образованию М.Булгаковым, люди бывают «внезапно смертны». Очень часто выясняется, что конец земного пути вызван именно оторвавшимся тромбом, который «вдвигается» в просвет сердечного или мозгового сосуда, закупоривая его и лишая ткань кровоснабжения и главного ресурса, а именно O_2 . В медицине известно, что тромбоз необходим для остановки кровотечения благодаря тромбоцитам, которые, несмотря на своё название, не являются клетками, а всего лишь обрывками цитоплазмы. Запускаемый ими фибриновый каскад приводит к образованию фибрина. Нарушение этих хорошо отлаженных механизмов ведёт к ишемии, то есть нехватке геммы-крови, о чём сказано выше.

Робототехники, пользуясь открывшимися возможностями миниатюризации их продуктов, не так давно предложили гибкий робот для решения некоторых сердечных проблем. В качестве примера можно привести ДНК-клатч, в котором подобно маленькой женской сумочке удерживается золото-железная «сердцевина». Нанобот имитирует сходные протеиновые «клатчи», которые у той же довольно опасной бактерия (V.subtilis) «вращают» молекулярные моторы их жгутиков. Описанные в журнале боты могут использоваться путём «выдвижения к цели» – для уничтожения изменённых или вредных клеток (например, для «очистки» органов и тканей от постаревших, но не «желающих» умирать, что грозит им трансформацией). Можно

Взгля

Сплетение технической и фармакологической мысли

Какие перспективы открывает миниатюризация медицинской техники



ДНК-«клатч» с магнитным сердечником

напомнить, что к флагеллянтам относится демонстрируемая в школе эвглена (E.viridis), являющаяся типичным гибридом, т.к. может питаться тем, что уловит в воде, но также и за счёт синтезируемой органики, за счёт энергии света, улавливаемой с помощью зелёного хроматофора, на цвет которого указывает viridis (сравни: Капо Верде – о-ва Зелёного мыса).

Другой пример – это представленный нанолазер толщиной менее человеческого волоса, испускающий не «монолитный» луч, а импульсы в форме пончика-тора с «дыркой», которые, по мнению журнала, могут использоваться для передачи информации по «волоконкам» буквально из воздуха. Подобные оптические торусы можно, словно известные лазерные пинцеты,

использовать для переноса в нужную точку ничтожно малых объектов, например, малых молекул лекарственных средств. Вряд ли Н.Басов и А.Прохоров, а также Ч.Таунс могли представить себе, как практически будут использоваться созданные ими когерентные источники.

Не отстают от коллег и сотрудники цюрихского Политеха, представившие гибкий наноробот диаметром менее миллиметра и к тому же имеющий магнитную головку. Столь ничтожное сечение избрано из соображений возможности проникновения в просвет мозговых сосудов. Они имеют и больший диаметр, но он может уменьшаться в результате развившегося на фоне ишемического инсульта спазма. Кардиологам несколько легче, так как у них имеются в распоряжении зонды и с тенты, а также ТАП, или тканевой активатор пламиногена. Этот белок, «разжижающий» кровь, даёт симметричный ответ фибриновой системе и предупреждает в норме образование тромбов. Невропатологи и нейрохирурги, помимо многих других проблем, сталкиваются также с гемато-энцефалическим барьером, который призван не

пропускать ничего из крови к нервным клеткам.

Создатели гибкого внутрисосудистого робота указывают в своей статье на то, что его можно проводить – «вести» – по извилистому сосудистому руслу с помощью внешнего магнитного поля. Этим обеспечивается успешная эндovasкулярная навигация из аорты в мозговые сосуды и далее вплоть чуть ли не до капилляров. Тем самым можно получить не травмирующий доступ к внутрисосудистому тромбу, восстанавливая жизненно важное мозговое кровообращение. Незадолго до сообщения из Цюриха журнал PNAS писал, что на сегодня уже созданы потенциально эффективные лекарства для лечения ишемического инсульта. Хочется надеяться, что «сплетение» двух потоков технической и фармакологической мысли позволит скорее спасти людей, предупреждая слишком уж пессимистическое мнение романтического героя...

Игорь ЛАЛЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам New Scientist,
Science Robotics.

Особый случай

Судебный иск против хирургического робота

Согласно иску о причинении смерти по неосторожности, поданному во Флориде (США), роботизированное устройство Da Vinci производства компании Intuitive Surgical обожгло и разорвало тонкую кишку женщины, что привело к её смерти после операции по поводу рака толстой кишки. Аналогичные проблемы с хирургическим роботом существуют уже более 10 лет, утверждается в исковом заявлении.

У Сандры Сульцер после операции в сентябре 2021 г. появились боли в животе и лихорадка, и ей потребовались дополнительные процедуры, чтобы закрыть разрыв в кишечнике. Пациентка умерла в феврале 2022 г. из-за травмы тонкого кишечника. Её муж, Харви Сульцер, подаёт в суд на производителя устройства, Intuitive Surgical, за причинённый ущерб. Мужчина уверен, что компания знала, что у робота были проблемы с изоляцией, которые могли привести к электрическому ожогу внутренних органов, но не сообщила об этом семье или общественности.

В заявлении также говорится, что Intuitive продаёт своих роботов больницам, которые не имеют опыта в роботизированной хирургии и должным образом не обучают хирургов тому, как пользоваться устройством. Компания действительно предлагает программу обучения, но исследование NBC News в 2018 г. показало, что по закону она не может требовать от хирургов её прохождения.

Как утверждает истец, Intuitive получила тысячи сообщений о

травмах и повреждениях, связанных с Da Vinci, но «систематически занижала статистику» о травмах в отчётах перед Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA).

В финансовом отчёте компании за 2014 г. говорилось, что она была ответчиком по 93 судебным искам. Истцы утверждают, что они или члены их семьи подверглись хирургическим процедурам с использованием хирургической системы Da Vinci и получили различные телесные повреждения, а в некоторых случаях и смерть в результате такой операции. Компания выделила 67,4 млн долл. в первом квартале 2014 г. и 9,6 млн долл. во втором, чтобы урегулировать ряд претензий по ответственности за качество продукции.

Дело, переданное в суд в 2017 г., касалось использования робота Da Vinci во время гистерэктомии у женщины. Intuitive заявила, что иск был необоснованным, и он был урегулирован на нераскрытую сумму. Ранее присяжные вынесли решение в пользу Intuitive по делу в 2013 г., в котором утверждалось, что компания не обеспечила достаточную подготовку врачей.

В своём годовом отчёте за 2023 г. компания сообщила, что она была ответчиком по «ряду индивидуальных исков об ответственности за продукцию», связанных с теми же обвинениями.

Многие врачи считают роботизированную хирургию безопасной, но ведутся споры о том, является ли она более эффективной, чем традиционная хирургия. Технология предназначена для того, чтобы

сделать процедуры более точными и менее инвазивными, что теоретически привело бы к более быстрому и менее болезненному выздоровлению.

Intuitive представила первую версию системы Da Vinci в 1999 г., когда роботизированная хирургия была ещё относительно новинкой. FDA одобрило систему годом позже.

Согласно иску Сульцера, с июля 2009 по декабрь 2011 г. Intuitive получила сотни жалоб и отчётов о своём роботе Da Vinci. Во многих отчётах упоминались трещины или прорезы на резиновых наконечниках металлических инструментов, в результате чего у пациентов возникали электроожоги.

В 2011 г. исследователи из Университета Западного Онтарио в ходе исследования отметили проблемы безопасности хирургических инструментов устройства. Исследователи протестировали 37 инструментов и обнаружили, что все они имели «утечку электроэнергии», которой, по их мнению, в некоторых случаях было достаточно, чтобы вызвать ожоги.

Затем, в июле 2013 г., FDA направило Intuitive письмо с предупреждением, приведя несколько примеров несоблюдения федеральных правил. Одним из примеров была рассылка компанией писем клиентам о том, как использовать её наконечники, в ответ на жалобы и сообщения о травмах пациентов.

Марина КЫН.

По материалам
NBC News.

Ситуация

Южная Корея впервые повысила уровень тревоги в области общественного здравоохранения до «серьёзного» после того, как тысячи врачей объявили забастовку и уволились в знак протеста против планов правительства по набору персонала.

вогу по поводу спора, в котором обе стороны отказываются идти на компромисс. «Если правительство действительно заботится о своих людях, я надеюсь, что они сейчас сделают шаг назад и врачи тоже уступят, чтобы пациенты не пострадали», – говорит 34-летний

В поисках компромисса

Увольнение 8400 врачей начало сказываться на медицинской помощи: крупные больницы общего профиля были вынуждены отменить до 50% операций и отказать пациентам, обратившимся за неотложной помощью. Отделение неотложной помощи во всех больницах страны, кроме одной из крупнейших, были приведены в состояние повышенной готовности, поскольку врачи предупредили, что продолжат забастовку.

Медики протестуют против планов увеличить число врачей-стажёров в основных секторах здравоохранения, таких как педиатрия, акушерство и неотложная помощь. Бастующие выступают за повышение заработной платы, сокращение рабочей нагрузки, а также высказались против планов найма, утверждая, что врачей и так достаточно и дополнительный набор поставит под угрозу уровень медицинской помощи.

В ответ правительство заявило, что для решения будущих проблем здравоохранения, связанных с быстрым старением общества Южной Кореи, потребуются больше врачей. Чиновники прогнозируют, что к 2025 г. более пятой части населения страны, примерно 51 млн человек, будет старше 64 лет.

Пациенты, ожидающие медицинской помощи, выразили тре-

офисный работник со сломанной ногой.

Пациент по фамилии Ким сказал, что ему отказали в приёме в трёх больницах, прежде чем он наконец получил лечение в государственном медицинском центре в Сеуле. «Предполагается, что врачи должны лечить пациентов, поэтому кажется неразумным объявлять забастовку», – считает пациент.

«Так много врачей подали заявления об увольнении, что мы не знаем, что произойдёт», – беспокоится другая пациентка – 31-летняя учительница.

Врачи уволились, проигнорировав приказы правительства вернуться на работу или столкнуться с наказанием и даже арестом. Пак Дан, глава Корейской ассоциации интернов и ординаторов, сказал, что он готов к аресту. «Все злы и разочарованы, поэтому мы все покидаем наши больницы. Пожалуйста, услышьте наши голоса», – говорит Пак, рассказывая, что бастующие открыты для переговоров при условии, что правительство выслушает их требования.

Недавний опрос показал, что 76% респондентов в Южной Корее поддерживают планы правительства по найму медицинского персонала.

Кира МАРИНИНА.

По материалам Guardian.

Взгляд

Ожирение становится эпидемией

Согласно результатам глобального исследования, общее число детей, подростков и взрослых во всём мире, живущих с ожирением, превысило миллиард. Исследование проведено в сотрудничестве со Всемирной организацией здравоохранения и NCD Risk Factor Collaboration – организацией, объединяющей более чем 1,5 тыс. учёных по всему миру, в том числе из Лондонской школы гигиены и тропической медицины и Имперского колледжа Лондона, которые предоставляют точные и своевременные данные об основных факторах риска неинфекционных заболеваний.

Учёные проанализировали измерения веса и роста более чем 220 млн человек в возрасте 5 лет и старше (63 млн человек в возрасте от 5 до 19 лет и 158 млн в возрасте 20 лет и старше), представляющих более 190 стран. Взрослые считались страдающими ожирением, если их ИМТ превышал или был равен 30 кг/м², и классифицировались как люди с недостаточным весом, если их ИМТ был ниже 18,5 кг/м². Среди детей школьного возраста (от 5 до 9 лет) и подростков (от 10 до 19 лет) ИМТ, используемый для определения ожирения и недостаточного веса, зависел от возраста и пола, поскольку в детстве и подростковом возрасте наблюдается значительное увеличение роста и веса.

Специалисты установили, что уровень ожирения среди детей и подростков во всём мире с 1990 по 2022 г. увеличился в четыре раза. Среди взрослых уровень ожирения более чем удвоился у женщин и почти утроился у мужчин. В общей сложности в 2022 г. ожирением страдают 159 млн детей и подростков и 879 млн взрослых.



Ожирение и недостаточный вес являются формами неполноценного питания и во многих отношениях наносят ущерб здоровью людей. Это последнее исследование даёт очень подробную картину глобальных тенденций в отношении обеих форм неполноценного питания за последние 33 года.

Старший автор исследования – профессор Маджид Эззати из Имперского колледжа Лондона считает, что большую тревогу вызывает тот факт, что эпидемия ожирения, которая была очевидна среди взрослых во многих странах мира в 1990 г., теперь отражается на детях школьного возраста и подростках. В то же время сотни миллионов людей по-прежнему страдают от недоедания, особенно в некоторых беднейших частях мира. Для успешной борьбы с обеими формами неправильного питания жизненно важно значительно повысить доступность здоровых, питательных продуктов.

«Рост ожирения вызывает большую тревогу и рискует свести на нет многие достижения в медицине, которыми мы воспользовались за последние десятилетия. Эти показатели также выявляют недостатки нашей системы пи-

тания, её растущую зависимость от промышленного производства продуктов с высоким содержанием энергии», – комментирует один из авторов исследования профессор Мартин Макки.

С этим можно справиться только путём согласованных действий, которые ставят здоровье в центр дискуссий о политике в таких областях, как сельское хозяйство и торговля, считают учёные. Странами с самой высокой распространённостью ожирения в 2022 г. были островные государства Тонга, Самоа и Науру, где более 60% взрослого населения живут с ожирением.

В Великобритании уровень ожирения среди взрослых увеличился с 13,8 в 1990 г. до 28,3% в 2022 г. у женщин и с 10,7 до 26,9% у мужчин, с 4,7 до 10,1% для девочек и с 4,3 до 12,4% для мальчиков. В США – с 21,2 до 43,8% и с 16,9 до 41,6%, 11,6 до 19,4% и 11 до 21,7% соответственно, в Китае – с 2 до 7,8% и с 0,8 до 8,9%, с 0,6 до 7,7% и с 1,3 до 15,2% соответственно.

Странами с самой высокой распространённостью ожирения у детей в 2022 г. были Ниуэ и Острова Кука, где более 30% детского и подросткового населения живут с ожирением.

Бывает и такое

Несостоявшаяся казнь

Власти штата Айдахо приостановили казнь серийного убийцы Томаса Крича после того, как медики не сумели попасть в его вену для введения смертельной инъекции.

Казни в Айдахо проводятся редко, с 1976 г. в штате было приведено в исполнение только три приговора. Несостоявшаяся казнь, которая должна была стать первой в штате за 12 лет, является ещё одним примером неудачной попытки исполнения смертного приговора путём введения инъекции из-за неспособности установить линию внутривенного вливания. Алабама в 2022 г. отменила две казни после того, как врачи не смогли найти вены у заключённых.

73-летний Крич заключён в тюрьму в 1974 г., признан виновным в нескольких убийствах, а также признан в убийстве более 40 человек. Он уже отбывал пожизненное заключение, когда в 1981 г. забил до смерти своего сокамерника, – за это преступление Крича должны были казнить.

Казнь Крича была признана «невозможной» директором Департамента исправительных учреждений штата Айдахо Джошем Тьюолтом примерно через час после начала процедуры. Тьюолт проконсультировался с руководителем медицинской бригады и «определил, что она не смогла установить линию внутривенного вливания». «Мистер Крич возвращён в свою камеру, а свидетели выведены из учреждения. В результате срок исполнения смертного приговора истечёт», – говорится в пресс-релизе CNN.

Шесть должностных лиц штата Айдахо, включая генерального прокурора, и четыре представителя средств массовой информации присутствовали при попытке исполнения приговора.

Медицинская бригада исправительных учреждений штата Айдахо

перед запланированной казнью Крича рассчитывала, что сможет обеспечить надлежащий доступ к его венам, рассказывает Тьюолт.

Три члена медицинской бригады восемь раз пытались установить капельницу. В некоторых случаях они не могли получить доступ к вене, а в других могли, но были опасения по поводу качества вен. Тьюолт подчёркивает «компетентность» медицинской бригады и доверие департамента к ней – в ходе подготовки команда установила доступ к внутривенному вливаю «каждому члену нашей административной команды, включая меня».

В настоящее время у департамента нет плана действий по делу Крича. Ещё одна попытка смертельной инъекции потребует от чиновников и медицинских специалистов поиска новых химических веществ.

В последние годы ряд штатов США испытывали трудности с получением необходимых лекарств для проведения смертельных инъекций, что способствовало сокращению числа казней, проводимых в стране. В свете этих трудностей Айдахо в прошлом году принял закон, разрешающий расстрел в качестве средства казни, если наркотики недоступны или смертельная инъекция признана неконституционной.

В прошлом месяце в штате Алабама была проведена первая известная в стране казнь с использованием азота, когда был казнён Кеннет Смит, один из двух заключённых, которые – теперь, как и Крич, – пережили попытку смертельной инъекции.

Однако Тьюолт заявляет, что в штате Айдахо нет необходимых условий для проведения казни с применением расстрельной команды. Чтобы использовать для казни газообразный азот, потребуются внести изменения в законодательство штата.

Бывает и такое

Исследователи Университетской клиники Вюрцбурга (Германия) разработали метод восстановления повреждённого коленного сустава с помощью хряща из носовой перегородки. Учёные получили финансирование в размере 2,3 млн евро на дальнейшую работу по одобрению и внедрению этой инновационной процедуры.

«Мы берём небольшой кусочек хряща из носовой перегородки пациентов, культивируем его на коллагеновой матрице и имплантируем через четыре недели в повреждённое колено для регенерации хряща», – объясняет доктор Оливер Пуллиг.

В рамках проекта ENCANTO («магия» по-испански) учёные доказали, что поражения хряща в колене возможно вылечить, взяв ткань из хряща, который находится в носовой перегородке пациента. Безопасность метода международная команда подтвердила более чем на 100 пациентах в предыдущем исследовании – на базе университетской клиники Базеля (Швейцария).

В этом исследовании очаговые поражения хряща, которые возникают, например, после не-

Коленный сустав... из носа

счастливого случая, лечили с помощью выращенной в лаборатории хрящевой ткани из носа.

Пациенты с более распространёнными дефектами хрящевой ткани теперь впервые будут включены в исследование ENCANTO. Учёные выяснят, является ли эта процедура альтернативой протезированию и, следовательно, новым методом лечения пателлофemorального остеоартрита – повреждения хряща на задней поверхности коленной чашечки и противоположной бедренной кости. Отсюда и аббревиатура ENCANTO: искусственный хрящ из носа для лечения остеоартрита (ENgineered CAartilage from Nose for the Treatment of Osteoarthritis).

Производством имплантатов руководит специальная команда учёных и врачей под руководством Оливера Пуллига в сотрудничестве с коллегами из Университетской больницы Базеля. Инновационная хрящевая матрица будет использоваться в 12 клинических центрах Европы, включая ортопедическое отделение

университетской больницы Вюрцбурга, где план включает в себя в общей сложности производство 56 имплантатов и набор 25 пациентов.

Хотя сама по себе имплантация относительно проста, усилия, необходимые для культивирования хряща вне организма человека, огромны. Поскольку имплантат состоит из живых клеток, он классифицируется как лекарственный препарат для продвинутой терапии (ATMP), а это означает, что на него распространяются особые правила. Теперь задача заключается в постоянном поддержании высоких стандартов производства и качества продукции.

«Это клетки человека. Они не всегда ведут себя так, как мы хотим или ожидаем, – объясняет исследователь проекта доктор Сара Нитцер. – Нам нужно больше данных, чтобы понять, почему, например, клетки одного человека растут не так хорошо, как клетки другого. Кроме того, мы работаем над методом мониторинга качества и жизнеспособ-

ности клеток на протяжении всего производственного процесса в режиме реального времени, а не только в конце».

Как создаётся такой тканевый имплантат? Первоначально из носовой перегородки участников исследования берётся крошечный кусочек хрящевой ткани. Клетки носового хряща очень похожи на клетки коленного сустава; они обладают механической упругостью и их можно эффективно размножить в лаборатории.

После удаления небольшого кусочка носовой перегородки хрящевая ткань обрабатывается в строжайших асептических условиях. Клетки выделяются и культивируются, а затем помещаются на несущую конструкцию размером 4 x 5 см. Здесь они мигрируют в коллагеновую мембрану и выращивают свою собственную хрящевую матрицу. Через 4 недели имплантат под названием

NTEC (тканеинженерный хрящ на основе назальных хондроцитов) готов к использованию.

Примечательно, что для культивирования клеток больше не требуется аутологичная кровь, и вместо одной матрицы можно получить две. Это усовершенствование также позволяет лечить большие участки дефектов хряща.

По словам Пуллига, если имплантаты окажутся жизнеспособной альтернативой протезированию, они произведут революцию в лечении дегенерации хряща. До сих пор терапевтические подходы ограничивались обезболиванием или заменой искусственного сустава. Во всём мире более 500 млн человек страдают от артрита коленного сустава. По мере того, как показатели ожирения продолжают расти, а ожидаемая продолжительность жизни увеличивается, растёт и распространённость этого заболевания.

Материалы подготовила Марина КЫН.
По материалам The Lancet.

В январе 1903 г. Мария Чехова возвращалась поездом из Крыма в Москву. Позади были три недели рождественских и новогодних каникул, к которым она прихватила ещё несколько дней, впереди – работа в московской частной гимназии Л.Ржевской, где сестра Чехова преподавала историю и географию. Сразу по возвращении она написала брату: «Милый Антоша, передай мамаше, что я доехала благополучно. Сегодня уже была на уроке, всё обошлось благополучно. Мороз большой. Мне грустно было уезжать из дому, давно я не проводила так приятно время, как эти праздники!» В том же письме упоминала об одном попутчике: «Рядом в купе ехал татарин-студент, с которым я праздновала Татьяну. Купили шампанское и ели хорошие апельсины».

Татарин-студентом был назван Василий Хорошко, студент предпоследнего курса медицинского факультета Московского университета. В минувшие праздничные дни М.Чехова познакомилась с ним в доме известной всей Ялте артистки-любительницы Фанни Татариновой. Путь в Москву пришёлся на Татьянин день – день основания Московского университета, неукоснительно отмечаемый всеми поколениями студентов и выпускников (в число которых входил и Антон Чехов). Этот праздник и был отмечен в поезде бокалом шампанского.

Много лет спустя В.Хорошко напомнил о той поездке в письме к М.Чеховой из Москвы в Ялту. Шёл июль 1944 г., ещё длилась Великая Отечественная война, Ялта всего три месяца как была освобождена от фашистской оккупации. В апреле в Государственную библиотеку им. В.И.Ленина, в подчинении которой находился Дом-музей А.П.Чехова в Ялте, пришло известие, что уцелел и музей, и жива его заведующая, 80-летняя сестра писателя. 15 июля 1944 г. во всех газетах страны был опубликован правительственный Указ, в котором говорилось: «За успешную сорочающую работу по хранению, изучению и изданию литературного наследия великого русского писателя А.П.Чехова наградить Чехову Марию Павловну орденом Трудового Красного Знамени».

Известие о награждении вызвало поток писем к Марии Павловне с поздравлениями от знакомых и незнакомых корреспондентов. Это событие стало поводом и для письма от В.Хорошко. К этому времени у него уже было громкое имя в отечественной медицине. В 1904 г. он окончил университет и был оставлен ординатором, затем ассистентом клиники нервных болезней при Ново-Екатерининской больнице. В 1912 г. защитил докторскую диссертацию, преподавал на Высших женских курсах в Москве и параллельно работал в Травмотологическом институте. В 1929 г. был назначен заведующим неврологической клиникой Государственного института физиотерапии и ортопедии Наркомздрава РСФСР. С 1935 по 1941 г. заведовал кафедрой нервных болезней 4-го Московского медицинского института. В 1943 г. был избран заведующим кафедрой нервных болезней 3-го Московского медицинского института, которую возглавлял до конца жизни. В годы Великой Отечественной войны входил в президиум госпитального совета Наркомздрава СССР, руководил работой невропатологов госпиталей. Ему удалось осуществить мечту Чехова – заниматься не только практической, но и научной медициной. Он опубликовал более 200 работ по различным аспектам медицины, входил в учёные медицинские советы, в 1945 г. стал действительным членом Академии

медицинских наук, возглавлял Всесоюзное медицинское общество невропатологов и психиатров. И все прожитые годы и десятилетия хранил радостную память о немногих встречах с Марией Чеховой. В профессиональной деятельности для него неизменным примером оставался Чехов-врач. Не случайно первым печатным произведением В.Хорошко стала заметка памяти Чехова, опубликованная к первой годовщине смерти писателя. И в служебных кабинетах, где Хорошко занимал всё более важные государственные посты, неизменным оставался большой фотографический пор-

трет В.Хорошко ещё раз написать Марии Павловне, поздравить её с личным юбилеем и поделиться воспоминаниями, связанными с чеховским МХАТом.

Оба письма В.Хорошко к М.Чеховой, от 26 июля 1944 г. и 23 октября 1948 г., ныне хранятся в отделе рукописей фонда «А.П.Чехов» Российской государственной библиотеки (ранее – Государственной библиотеки им. В.И.Ленина). Здесь они публикуются впервые по рукописным оригиналам.

Москва 1944 26/VII
Глубокоуважаемая Мария Павловна, позвольте просить Вас

да Тузенбаха играл уже Качалов, сидевшая неподалёку от меня М.Н.Ермолова плакала крупными слезами в последней сцене.

Вы написали свою памятку о Художественном Театре очень трогательно и волнующе. И как это хорошо, что ко дню праздника МХАТ раздавался голос, близкий к Антону Павловичу. Как это значительно, торжественно и в то же время интимно.

Зрителей, имеющих 50-летний срок, осталось мало. Они тоже играют какую-то роль в истории Театра. Поэтому позвольте и мне глубоко, глубоко поблагодарить Вас за Ваши строчки.

Пути-перепутья

Татарин-студент

Василий Хорошко – крымский знакомый Марии Чеховой



М.Чехова (1903)

трет писателя, снятого вдвоём с университетским товарищем Григорием Россолимо – выдающимся отечественным неврологом.

Своей профессиональной деятельностью В.Хорошко был известен в Москве – городе, где он родился, трудился и умер. Но имя его известно и краеведам Крыма благодаря семейным связям с Токмаковыми-Водовозовыми, оставившими заметный след в истории Южного берега Крыма. Будучи молодым врачом, В.Хорошко женился на Марии Водовозовой, урождённой Токмаковой. Её отец, Иван Токмаков, основатель имения «Олеиз», занимался большой общественно-полезной деятельностью в Кореизе, Мисхоре и Ялте. Водовозовой Мария Ивановна была по первому браку с Николаем Водовозовым, соратником Ленина в борьбе с народничеством. В 27 лет она овдовела, имея на руках троих маленьких детей, и вскоре вышла замуж за В.Хорошко, в браке с которым родила ещё троих. Бывая в имении «Олеиз», в один из приездов Хорошко посетил М.Чехову в Новом Мисхоре, где у неё была дача «Чайка». Об этой встрече Василий Константинович также вспоминал в письме к Марии Павловне в июле 1944 г.

В августе 1948 г. М.Чеховой исполнилось 85 лет, в связи с чем ей было присвоено звание почётного гражданина Ялты. А в октябре в Москве широко и торжественно, со всесоюзным размахом отмечалось 50-летие со дня основания Художественного театра. Сочетание этих дат побу-

принять мой сердечный привет и горячее поздравление по поводу награждения Вас орденом от имени нашего Государства, Правительства, Народа. Разрешите вызвать у Вас некоторые воспоминания. Я был представлен Вам, как студент-медик, в доме Ф.К.Татариновой в Ялте. В январе 1903 г. я возвращался из Ялты в Москву, в том же вагоне, в котором находились Вы. Второй день пути был 12 января, т.е. Татьянин день, и я позволил себе предложить Вам не отказаться выпить бокал шампанского в честь праздника Московского Университета. Вы были так любезны, что выполнили мою просьбу, о чём у меня и осталось на всю жизнь радостное воспоминание. После этого я почти с Вами не встречался, но однажды летом был у Вас на даче в Мисхоре в связи с тем, что моя жена, Мар. Ив. Водовозова, из семьи Токмаковых (Олеиз).

В кабинете у меня висит портрет Антона Павловича (кажется, предпоследний, вместе с Г.И.Россолимо), портрет, как мне кажется, очень хорош.

В первую годовщину смерти была напечатана в «Русских Ведомостях» небольшая заметка памяти его – моё первое печатное произведение.

Примите ещё раз мой сердечный привет, большой поклон и пожелания здоровья, бодрости и радости.

Почтительно целую Ваши руки. Вас. Хорошко.

* * *

Москва 1948 23/X
Глубокоуважаемая Мария Павловна,

примите мой сердечный привет и почтительнейший поцелуй Ваших ручек по случаю Вашего 85-летия. Когда я прочёл в своё время об этом в газетах, я тотчас же хотел Вас приветствовать, но тогда так остро для меня сложилась злоба дня, что я проманировал. Очень, очень сожалею об этом и прошу прощения.

Сейчас я лежу больным, но прочёл Вашу статью «Незабываемое» в Литерат. газете, посвящённую Художественному Театру. И вновь заволновался и хочу последовать старой поговорке, что лучше поздно...

Желаю Вам от всей души всего самого лучшего, здоровья, сил, радостей, успеха.

На этих днях я также не мог удержаться от того, чтобы не написать послания Художественному Театру, в котором старался перечислить все наиболее яркие, как живые, образы, которые стоят передо мной за 50 лет. Между прочим я вспоминаю, как в один из спектаклей «Трёх сестёр», ког-



А.Чехов и Г.Россолимо (1903)

У меня в служебном кабинете в клинике висит большой хороший портрет Антона Павловича (это увеличенный портрет с Г.И.Россолимо в последний приезд в Москву). Мой портрет лучше того, который имеется в Чеховском музее в Москве.

Ещё раз желаю Вам быть здоровой и радостной.

Целую почтительно Ваши руки. Вас. Хорошко.

Из ответов М.Чеховой сохранился только черновой машинописный текст телеграммы с домашним адресом В.Хорошко:

Москва, Новослободская 57/65
квартира 51 ХОРОШКО

Очень тронута вашим письмом <...> сердечно благодарю за вашу память теплое приветствие = Чехова

Ялта, Дом-музей А.П.Чехова. М.П.Чехова.

Текст этот скрывает какую-то загадку. Первоначально он был гораздо длиннее, после часть его была густо зачёркнута (здесь этот пропуск обозначен угловыми скобками). Всё же некоторые слова можно прочесть: «оно напомнило мне много воспоминаний», следующее слово очень похоже: «страшных». При обработке материалов, поступивших из ялтинского архива М.Чеховой в библиотеку им. В.И.Ленина, дата была поставлена под вопросом: «1948?». Но это мог быть ответ и на письмо 1944 г. – в таком случае получает объяснение слово «страшных», относящееся к тому что тяжело пережитой оккупации Ялты. А фраза о «многих воспоминаниях» могла относиться

к тем давним годам, о которых напомнило первое письмо бывшего «татаринского студента».

В 1994 г. в газете «Вечерняя Москва» были опубликованы небольшие воспоминания старшей дочери В.Хорошко Марианны Хорошко-Лекаревой. Об отце там сказано: «Дома мы, дети (нас росло троё), всегда видели его за письменным столом над очередной научной статьёй... И только по воскресеньям он разрешал себе отдохнуть, брал в руки любимую свою флейту и часа полтора-два музицировал. На флейте он играл чудесно, а мама или я ему аккомпанировали на рояле».

Представление о личности В.Хорошко и его лечебном методе дополняет одна из записей в дневнике писателя Андрея Белого (Б.Бугаева). Осенью 1933 г. он сильно мучился головными болями и бессонницей, и давняя знакомая, физиотерапевт и хорошая массажистка Варвара Марсова направила его на консультацию к профессору Хорошко. Через несколько дней после этой рекомендации А.Белый записал в дневнике: «6-го октября. Был профессор Хорошко; любезно он сам навещал меня, вместо того, чтобы мне к нему тащиться; просидел более часу: «исследование» меня носило характер разговора; выслушал историю моей болезни, исследовал, расспрашивал о моих привычках, вкусах, быте. Относительно режима в общем не строг, но очень опечалил тем, что почти потребовал, чтобы я приучался к тому, чтоб вовсе бросить курение; электризацию отклонил, предписав массаж В.С.Марсовой».

Отец В.Хорошко был врачом, впоследствии медицинскую династию продолжила младшая дочь Василия Константиновича Нина. В воспоминаниях Марианны Васильевны о ней сказано: «Моя сестра Нина Васильевна Хорошко, врач-хирург, вышла замуж за Дмитрия Алексеевича Арапова, также хирурга по профессии. Оба работали в Институте Склифосовского, оба являлись учениками и друзьями великого хирурга С.С.Юдина. В 1941 г. Арапов уходит на фронт главным хирургом Северного флота, вслед за ним едет и моя сестра. После окончания войны Дмитрий Алексеевич был назначен главным хирургом всего Военно-Морского Флота СССР».

Как вспоминала М.Хорошко-Лекарева, семья родителей «жила разносторонними интересами, медицина и здравоохранение переплетались с общественными делами, интересом к культуре и искусству. Круг друзей нашей семьи был обширен и ярким». В доме часто бывали видные музыканты и певцы, в том числе И.Козловский, много лет друживший с М.Чеховой. Но о связях В.Хорошко с семьёй Чехова до сих пор, в сущности, ничего известно не было, и только обнаруженная переписка с М.Чеховой позволяет расширить круг знакомств этого замечательного человека. С другой стороны, та же переписка позволяет пополнить новыми деталями биографию чеховской семьи крымского периода.

Алла ГОЛОВАЧЁВА,
кандидат филологических наук,
старший научный сотрудник
Театрального музея
им. А.А.Бахрушина.

Советское время. Поздний «застой». Сдана очередная летняя сессия на лечфаке второго московского меда, предстоит врачебная практика. Мать, завстанцией скорой помощи в Туре – столице Эвенкии, подкинула идею: приехать на практику в местную ЦРБ, заодно подшабашить «длинных» рублей в студенческий бюджет. Региональный коэффициент – 1,7 – соблазн, что и говорить! Родители, закоренелые южане, вот уже третий год зарабатывают по контракту северные льготы и прибавку к пенсии. Знать бы тогда, чем дело вскорости кончится, точнее, начнётся...

Легко сказать – приехать. Купейный вагон поезда «Москва – Красноярск» вечером заполнился под завязку. Подумалось – ничего себе, популярный город. Утром, в Казани, народ схлынул, остались вчетвером в вагоне, считая проводницу. Так и доехали. Редкие попутчики на перерон-другой не в счёт.

Из Красноярска в Туру тогда летал один рейс в день. И то среднемагистральный Як-40, другой борт просто не сел бы на короткую полосу горного аэродрома. Каким чудом удалось пробить кордон в три винта перед кассами – отдельный сказ. Лечу. «Под крылом самолёта о чём-то поёт зелёное море тайги». Погода безоблачная, панорама – дух захватывает от бескрайности российских просторов. Раньше не доводилось путешествовать больше, чем на тысячу километров. Через два часа – промежуточная посадка в Байките, затем ещё два часа лёта к полярному кругу.

Не отрываюсь от иллюминатора, пытаюсь, глядя сверху на чёрные громадные пропеллины от лесных пожаров, понять причины их возникновения в безлюдных местах. Никто тогда не толковал ни о «сухих» грозах с молниями (так за всю жизнь увидеть и не довелось), ни о фантастических брошенных бутылках, концентрирующих по принципу линзы солнечные лучи. Да ещё прямо на готовую вспыхнуть былинку. Но термин «человеческий фактор» уже крутился на кончике языка.

Не найдя прямых ответов, мысли переключаются на конкретику. Ну и дурак же был Гитлер! Слетал бы для начала на экскурсию по России, прежде чем замахваваться. Ну, вошёл бы он в Москву, как некогда Наполеон, а дальше что? Русь вон сколько стоит, а и до сих пор не все белые пятна на карте ластиком стёрты. Подлая злобная тварь, бездушный дурак и псих. Сколько жизней загубил, сколько не дал родиться! Сколько среди них могло бы быть талантов и гениев! Сколько рабочих умелых рук на такую необъятную страну, в конце концов! Да, прореживает нас лживый, лицемерный Запад с известной регулярностью, чтобы невзначай не зажали лучше них...

Сели впритирку, но всё равно при развороте к домику «азоровкала» самолёт малость заехал передним шасси с бетонки на грунт. Асы северные пилоты, ничего не скажешь! Теперь – вертолётном с сопки вниз, в посёлок, что виден макетом на мысе в месте слияния Нижней Тунгуски с Кочечумом. Забегая вперёд, скажу, вода в реках – чистый балзам, черпай кружкой с камушка на берегу, пей.

Встреча-обнимашки. Хариус, оленина, жареные грибочки – поздний завтрак, плавно перетёкший в ужин. Конец июня, в два ночи светло, как днём, звенят детские

На литературный конкурс

Просторы



голоса за окном. Ночь и день размечаются по часам. Непривычный приполярный уклад.

Утром оформляюсь – «отбивать» дорожные затраты в оба конца. С девяти до часу – практика в отделениях Туринской ЦРБ, затем обед; с двух до пяти – разносчик почтовых телеграмм по учреждениям, затем водные процедуры – час купания в Тунгуске; с шести вечера до утра – фельдшер на скорой по скользящему графику.

Канули в Лету бумажные телеграммы. А мне пришлось побегать с доставкой, но прежде надо было прочитать метры телетайпной ленты, вклеить блоками в бланки, записать в журнал адрес, и вперёд. На второй день работы поймал себя на дежавю, что вчера такую телеграмму доставлял уже. Слово в слово: «Обратить внимание... усилить контроль... доложить...» Выказал начальнику почты недоумение. Растолковали доходчиво. Вчера КрайОНО телеграфировал РайОНО. Сегодня – РайОНО телеграфирует ГорОНО. Завтра ГорОНО спустит указавки вниз школам. Субординация. «Так они же на соседних этажах в одном здании сидят!» Документооборот, молодой человек, понимать надо! Было, есть и будет...

Куда как интересней протекало вступление в профессиональную жизнь. И копился альбом вариаций людских психотипов.

Однажды привожу в «инфекцию» пищевое отравление, в сопроводилке пишу – жалобы на понос. Женщина, завотделением, чуть не швыряет мне в лицо направление – нет слова «понос» в медицине, переписите грамотно! Пишу – диарея, всем полегало, кроме меня. (Что поразительно, за всю практику так и не встретил пациента с жалобами на диарею). Возвращаюсь на станцию, листаю привезённый «Справочник практикующего врача», свежайшее издание, нахожу в разделе «инфекционные болезни» термин «понос», в неоднократном исполнении. Мать успокаивает – человек был в плохом настрое-

нии по каким-то причинам, вот и поставила заезжего недоучку во фронт. С точки зрения семейных психологов, обляять чужака полезнее для нервов, чем спустить собак на кого-нибудь из домашних. В качестве моральной компенсации за незаслуженный наезд – лечу завтра санрейсом на дальнюю охотничью факторию, ножевое в живот, в ФАПе перевязку сделали, надо доставить в хирургию.

Поутру летим. Винты «Мишки» восьмого, ворча, пластают воздух, сержант-милиционер дремлет. Я про себя прокручиваю возможные алгоритмы вспомоществования, хотя понятно – раз на ноже не рухнул и ночь пережил, значит, крупные сосуды в брюшной полости не пострадали, борьба с гиповолемическим шоком от внутреннего кровотечения мне не грозит. Уже спасибо. Недостаёт ещё опыта, ясен пень, мандраж потряхивает, но вида не показываю. Впервые за мой более чем скромный медицинский стаж мелькает мысль, которая так или иначе посещает молодых врачей скорой помощи: что лучше – поспешить или всё-таки чуток опоздать? Все мы люди, все мы человеки, постоянно чего-то выгадываем для себя любимых. Но совесть-то на кривой козе не объедешь...

Вот и большая поляна, по периметру – посёлок не городского типа, с полста рубленых домишек. Местная фельдшер поведала: вечером соседи стояли у штакетника, разделяющего огорода, беседовали, ничто не предвещало, вдруг один пырнул беззлобно другого в живот и пошёл пить дальше (возможно, даже чай). Со всей очевидностью – разошлись во мнениях на текущий в таёжной глуши политический момент. Перевязала, ввела анальгин, дала радиогамму в Туру. Что тут ещё сделаешь?

Принесли носилки с пострадавшим. Вяло лупает глазами, лицо серое, нос заострился, губы в струнку – facies Hippocratica; температура за 38, перитонит в ходу. Больше для проформы колю лити-

ческую смесь, на дорожку. Сержант подводит к борту «виновника торжества» с вещами, загружаемся, отрыв, ложимся на обратный курс. Убийца время от времени сквозь гул винтов пытается что-то втолковать убитому, но тот безучастен (умер через сутки).

Сдаю в приёмном покое подопечного дежурному хирургу. «Поздноватенько», – бесстрастно выдаёт он диагноз и прогноз в одном флаконе.

Перед заступлением в ночь дал по посёлку два «круга почёта» на персональном одиннадцатом номере с реактивной тягой, разнёс телеграммы. Плаваю в Тунгуске, развлекаюсь раздумьями. Живи человек в городе, нарвись на такое приключение – уже бы с соседями по палате бодрячком ляссы точил. А тут занесла нелёгкая в пространстве и времени к чёрту на рога – вот и результат. И кто даёт добро вертолётчикам на ночной полёт ради человеческой жизни? И почему не дали вчера вечером? Овчинка выделки не стоит, какой-то там бич с фактории? Обстоятельства не сложились? Какие? Не все поляны в тайге посадочными огнями расцвечены? Так в войну не вертолёты, кукурузники на три партизанских костра в поле сядились, и ничего. Впрочем, гадай не гадай, наперёд судьбу кто угадал?..

Интересна поначалу всё же работа на скорой. За несколько месяцев почти весь «Справочник практикующего врача» в картинках перед глазами пройдёт. И жизнь калейдоскоп такой покажет! От анекдотов до трагедий. Чаще вперемешку.

Простенький вызов – констатация смерти. Милиционер повесился. За час до самоубийства зашёл в уличный туалет по большой нужде. Чтобы тяжёлый пистолет случайно не соскользнул с ремня куда не надо, снял кобуру, повесил на гвоздик за спиной. Сделал дело, машинально затянул ремень, отправился в участок. Вызывает его начальство, замечает недостачу во внешнем виде. Громы, молнии,

топот ног... Отчётность и так на грани звездопада с погон, а тут ещё менты-раздолбаи в сортирах подарки криминалу развешивают... Дал же бог дебила в подчинение... За полярный круг сошло, наши минус сорок тропиками покажутся!..

Тот и без того весь в порицаниях и взысканиях, бегом обратно. Забегает в кабинку – пистолета нет. Утрата боевого оружия по халатности налицо. Недолго думая закинул брючный ремень за перекладину...

За полчаса до этого заходит в ту же кабинку гражданин хороший, видит пистолет ничейный на гвоздике. Нужду справил, взял пистолет, принёс в милицию – тут вот из ваших, видать, кто-то забыл. Минуты не прошло – телефонный звонок в дежурку. В туалете на Кочечумской улице кто-то из ваших висит...

Что переключивает порой головы людские, похоже, даже богу не всегда понять.

Богата на события и байки скоропомощная жизнь. Но закончилась практика, попутно и каникулы в трудах. В последний день августа принял прощальные спа-процедуры в Тунгуске. На удивление тёплой всё лето была вода в северной реке. А первого сентября в Туре выпал первый снег.

Лечу домой. В Байките вновь промежуточная посадка. С посадкой. Перед рулёмкой на взлётку народу в салон набивается, как в трамвай в час пик, – неделю не было лётной погоды. Стоят плечом к плечу, держатся за края багажных полок. В передних рядах встаёт с кресла в рост человек с багровым лицом, подзывает стюардессу, сверкает красной «корочкой». Прокурор Байкинского района, оказывается. Так вашу мать, растак! Гробануться от перегруза хотите?! Быстро навели порядок в салоне!..

Что там у средневековых поэтов-вагантов (бродяг, по-нашему) в «Колесе фортуны» значит? «Случай правит, случай травит нас с жестокой страстию. В его власти наше счастье, и в его – несчастье». Выходит, повезло мне лететь тем рейсом с прокурором. А то б читали вы сейчас мои мемуары.

Наверное, кому-то интересно будет узнать, сколько же я заработал? Две годовые стипендии с хвостиком. За два месяца на двух работах. Плюс почётную кличку «Тайфун» от почты России бонусом.

И в заключение. Конфуций как-то сказал: «Если хотите перемены, называйте вещи своими именами». Понятно, речь о переменах во благо общественных устоев. Следуя совету китайского мудреца, бросаю ключ коллегам по перу. Давайте прекратим в жизнеописаниях олигархата тиражировать имярек заработал...» Предлагаю более точный, всеобъемлющий и, главное, безупречно честный термин – поимел. Полагаю, каждый подписчик нашей газеты согласится, что оказаться в нужное время в нужном месте, в кругу нужных друзей с нужными связями, получить карт-бланш на сомнительные, с точки зрения нормального социума, схемы и поиметь на этом свой гешефт – это одно. А зарабатывать, от слова «работать», – это совсем, совсем другое.

Юрий КУБАНИН,
психиатр-нарколог, психотерапевт.
Новосибирск.

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

Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов.

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

Главный редактор А.ПАПЫРИН.

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

Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

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

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

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

E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru

(отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения);

medgazeta72@mail.ru (электронная подписка); www.mgzt.ru

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

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

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

Отпечатано в ОАО «Московская

газетная типография».

Адрес: 123022, Москва,

ул. 1905 года, д. 7, стр. 1

Заказ № 0786

Тираж 11 015 экз.

Распространяется

по подписке

в Российской Федерации

и зарубежных странах.

