

Медицинская

31 мая 2023 г.
среда
№ 21 (8090)

Газета®



ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

www.mgzt.ru

В законодательстве нет чёткого определения понятия «пропаганда наркотиков», тогда как запрет на неё установлен.

Стр. 6

Меняет ли война психологию врача?

Стр. 7

Роль ректора в развитии вуза.

Стр. 11

Главная тема

Должны смеяться дети и в мирном мире жить



Завтра страна отмечает Международный день защиты детей. Отмечает широко, масштабно, повсеместно: в городах и сёлах, в парках и скверах, в культурных центрах и медицинских учреждениях. Фестивали, развлекательные программы, конкурсы, творческие мастер-классы, поздравления и подарки – всё для того, чтобы праздник принёс радость подрастающему поколению, и дал ему возможность почувствовать, как им дорожат.

«Дети – это будущее страны, – не устаёт повторять главный педиатр Минздрава России академик РАН Александр Баранов. – И мы должны защитить их от всего, от чего можно защитить: инфекций, травматизма, наркотиков, насилия, психоэмоциональных потрясений...»

«Дети – это наше солнце, наше продолжение, наша генетика, наша жизнь в следующих десятилетиях и столетиях, – считает директор НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова академик РАН Геннадий Суших. – Мы работаем для них. И пусть их рождается как можно больше!»

Для благополучного появления малыша на свет, хорошего развития, успешного познания мира, ему необходимо чувствовать себя в безопасности. Это ощущение ему даёт мать, семья, доброжелательное окружение, забота государства. Цель праздника – заострить внимание на проблемах детства, напомнить взрослым, как важно соблюдать права каждого ребёнка.

По случаю Международного дня защиты детей в медицинских учреждениях проходят самые разнообразные мероприятия. В стационарах и поликлиниках проводятся лекции, конференции, «круглые столы» для родителей; акции, викторины, конкурсы, концерты – для юных пациентов. Так, в детской городской клинической больнице им. Г.Н.Сперанского Москвы перед пациентами хирургических отделений и отделений нейроурологии выступил инструментальный квартет «Глобалис» с музыкальным проектом «ДоШкольная классика». А детская городская поликлиника № 118 столицы пригласила всех желающих в возрасте до 18 лет «на полезное мероприятие», напрямую связанное со здоровьем и включающее УЗИ брюшной полости, осмотр невролога, консультацию алерголога, приём офтальмолога (при

этом запись и прикрепление не требуется). Медицинские организации Волгоградской области устраивают выставки детских открыток и фотовыставки, конкурс рисунков на асфальте на тему: «Отдыхаем безопасно». Санкт-Петербургский детский хоспис организует благотворительную акцию «Белый цветок», направленную на сбор средств для медицинской и социальной поддержки больных онкологическими и другими тяжёлыми заболеваниями. Фонд «ДаДобро» собирает «Коробку храбрости» для ребят, находящихся на лечении в больницах. В коробку, которую устанавливают в процедурных кабинетах, кладут игрушки, книги, наборы для творчества. И после процедур дети могут выбрать из неё то, что им нравится, в награду за терпение.

Стоит отметить, что в нынешних условиях праздник приобретает особое значение. На Донбассе, в приграничных областях жизнь детей может оборваться в любой момент. Поэтому от пуль и снарядов их тоже приходится защищать.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото Алексея ПИМШИНА.

Перспективы

Кого и чему будут учить

Выступая на «круглом столе», посвящённом началу приёмной кампании в медвузы в 2023 г., директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Людмила Летникова отметила постоянный рост контролируемых цифр приёма – на 3% по специальности и на 17% по ординатуре.

Две трети поступающих на бюджетные места будут приняты по целевому набору – 24 тыс. из 33 тыс. обучающихся. Примерно такое же соотношение среди поступающих в ординатуру – более 14 тыс. из 20 тыс. По отдельным специальностям целевики составляют подавляющее большинство. Так, по словам ректора МГМСУ им. А.И.Евдокимова академика РАН Олега Янушевича, на стоматологическом факультете их 80%. Как отметила ректор Омского ГМУ член-корреспондент РАН Мария Ливзан, 60% целевых мест предназначены для жителей Омской области. Отдельная квота для детей участников СВО. Отвечая на вопрос о подготовке военных врачей, О.Янушевич упомянул военно-врачебные центры, а также возможность пройти дополнительное образование с получением военно-учётной специальности.

Около 40% мест в медвузах являются внебюджетными. В вузах Минздрава России обучается более 75 тыс. иностранцев. Например, в Сеченовском университете – их около 5,5 тыс. из 70 стран. В этом году для них выделено 2,5 тыс. мест. В Тюменском ГМУ обучаются 100 человек из 38 стран (6%

общего числа студентов). В плане приёма – более 600 человек по англоязычной программе, причём половина из них из Египта, где признаются наши дипломы. В Омском ГМУ много студентов из Казахстана в силу географической близости региона.

Ректор Сеченовского университета академик РАН Пётр Глыбочко рассказал об открытии инженерной школы и наборе на специальность «медицинский инженер». Ординатура совмещается с аспирантурой, появилась должность стажёра-исследователя. «Каждый студент имеет право быть полноценным исследователем в том или ином научном проекте», – отметил П.Глыбочко. Набор по специальности «врач-исследователь» удвоился, составив 100 человек.

По словам ректора Тюменского ГМУ Ивана Петрова, кадры для научных проектов готовят по специальной программе – после 3-го курса отбирают 40 человек и формируют у них научные компетенции. На этапе специалитета готовятся диссертации, имеется целевая аспирантура.

Ректор Саратовского ГМУ им. В.И.Разумовского Андрей Ерёмин остановился на вопросах подготовки абитуриентов. В школах области создано 28 медицинских классов, где обучается 780 человек. Более половины выпускников получают целевые направления в медвуз, а хотят их получить почти все.

Таким образом, абитуриентам и выпускникам медицинских вузов доступны новые образовательные траектории и возможности карьерного развития.

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.

ДЕЛОВЫЕ ВСТРЕЧИ

Владимир КЛЕВНО

Заведующий кафедрой патологической анатомии и судебной медицины факультета усовершенствования врачей МОНКИ им. М.Ф.Владимирского, профессор:

Юбилейный конгресс дал возможность поделиться опытом работы профессионального сообщества. Тем более что актуальных тем в судебной медицине не становится меньше.



Стр. 4-5

Новости

Решил уйти добровольцем
на спецоперацию

И.о. министра здравоохранения Республике Коми Игорь Дягилев заявил о своей отправке на спецоперацию в качестве добровольца. Он отметил, что иначе не может поступить – не позволяют личные убеждения и жизненные принципы.

«Я был в Луганской Народной Республике и видел, в каком важном деле принимают участие мои коллеги, врачи, военнослужащие и граждане всей России. Мой многолетний опыт работы травматологом, мои знания операционной работы будут необходимы и востребованы на передовой», – отметил И. Дягилев.

На своей должности он находился с апреля 2021 г. До этого работал в московских больницах травматологом. В Минздраве сообщили, что увольнять И. Дягилева не будут – его функции временно возьмёт на себя заместитель.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

Республика Коми.

Роды на особом контроле

Врачи родильного дома при московской городской клинической больнице № 29 им. Н.Э.Баумана приняли уникальные роды – женщина 30 лет стала мамой в 8-й раз, и все предыдущие роды прошли путём кесарева сечения.

Пациентка обратилась в родильный дом на 30-й неделе беременности, и врачи взяли её на особый контроль. Помимо наличия рубца на матке после 7 операций кесарева сечения ситуация осложнялась полным предлежанием плаценты.

Роды у пациентки принимала заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГКБ № 29 Лариса Есипова. По её словам, современные методы проведения кесарева сечения минимизируют риск образования спаечного процесса, что позволяет женщинам планировать столько беременностей, сколько им хочется.

«Операция прошла без осложнений благодаря слаженной работе команды высококлассных профессионалов: акушеров-гинекологов, анестезиологов, неонатологов и операционных медицинских сестёр. Никаких осложнений не было, после непродолжительного наблюдения в палате интенсивной терапии мамочку вместе с малышом перевели в послеродовое отделение. Сейчас они прекрасно себя чувствуют», – рассказала Л.Есипова.

Юрий ДАНИЛОВ.

Телемедицина помогла спасти
новорождённого

В перинатальном центре Луганской республиканской клинической больницы появился на свет ребёнок с тяжёлым врождённым пороком сердца. Луганские врачи с помощью телемедицинских технологий оперативно связались с коллегами НМИЦ им. В.А.Алмазова Минздрава России. Была определена совместная тактика дальнейшего лечения, несколько недель медики боролись за жизнь новорождённого.

– Малыш родился очень слабым, поэтому сразу транспортировать его было невозможно, он мог бы просто не пережить дорогу. Коллеги из Санкт-Петербурга на протяжении почти 2 недель консультировали нас. Совместными усилиями ребёнок был стабилизирован и готов к эвакуации, – рассказала заведующая отделением реанимации новорождённых Анна Чумакова.

Специалистами Луганского республиканского центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф мальчик был в стабильном состоянии доставлен в Санкт-Петербург для дальнейшего прохождения лечения в НМИЦ им. В.А.Алмазова.

Павел БАЛАГИН.

Луганская Народная Республика.

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

Подписка-2023

ВЫГОДНОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ

С 15 апреля по 15 июня 2023 г. при оформлении через редакцию подписки печатной версии профессионального врачебного издания «Медицинская газета» на второе полугодие 2023 г. подписчикам будет предоставлен бонус – бесплатный доступ к электронной версии издания, где можно прочитать как текущие номера газеты, так и архивные, начиная с 2006 г.

Подписаться на «МГ» можно
через редакцию, направив
заявку по электронной почте
mg.podpiska@mail.ru
или по QR-коду.

Стоимость бумажной
и электронной версий
составляет 12 500 руб.

По всем вопросам подписки
обращаться по телефону:
8 (495) 608-85-44

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«МЕДИЦИНСКАЯ ГАЗЕТА»
ул. Гиляровского, дом 68, стр. 1

Отсканируйте
этот QR-код
для оплаты



Работают мастера

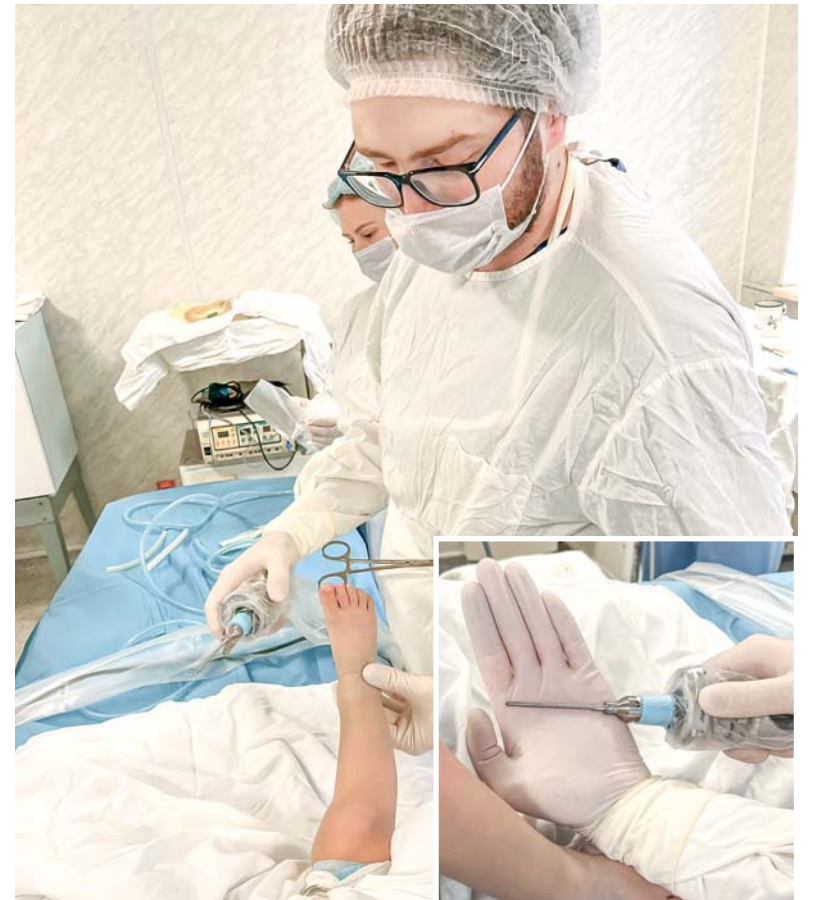
Вернули малышу
возможность ходить

Учитывая уникальность патологии и то, что ребёнок будет расти

В Клиниках Самарского государственного медицинского университета впервые в регионе выполнили артроскопию коленного сустава полугодовалому ребёнку. Возможность нормально ходить малышу вернули врачи детского травматолого-ортопедического отделения.

Как рассказал заведующий отделением Андрей Шмельков, в прошлом году родители ребёнка заметили, что при ходьбе он сгибает ногу в колене, начинает хромать и плакать. Такие приступы стали повторяться 1–2 раза в месяц. Когда мальчика начали обследовать, МРТ показало неправильную форму латерального мениска правого коленного сустава. Родители обратились за помощью в Клинику СамГМУ, где врачи диагностировали врождённую нестабильность латерального мениска и решили оперировать ребёнка.

«Главной проблемой были размеры сустава – они очень маленькие, стандартные инструменты для артроскопии не подойдут, так как высок риск повреждения структур коленного сустава во время операции, – говорит А.Шмельков. – Поэтому мы использовали специальные инструменты для проведения артроскопии мелких суставов. Провести подобную операцию позволило то, что недавно в Клиниках СамГМУ появился необходимый для этого инструментарий. Ребёнку выполнили устранение вывиха заднего рога латерального мениска коленного сустава, шов заднего рога и тела латерального мениска. Патология крайне редкая, но мы всегда придерживаемся принципа органосохранения. И наши навыки, и необходимое оснащение позво-



лили сохранить мениск. Это важно, потому что у людей с процессом старения развивается артроз, а некоторые исследования показывают, что у пациентов с удалённым мениском этот процесс начинается уже в молодом возрасте». Спустя 3 месяца после операции мальчик нормально ходит. По словам родителей, за этот период

хромоты и приступов болей в колене они не отмечали.

«Учитывая уникальность врождённой патологии, а также то, что ребёнок будет расти, мы ведём за ним динамическое наблюдение», – уточнил А.Шмельков.

Сергей ФЁДОРОВ.

Самара.

Опросы

Окладом по усталости

Эмоциональное состояние ниже удовлетворительного оценили 52% опрошенных медиков Башкирии, 29% отметили, что «у них практически нет сил». Лишь 9,3% сказали, что усталости нет, и они бодры. Таковы результаты опроса, проведённого Республиканским профсоюзом работников здравоохранения накануне республиканского кадрового форума. В опросе приняло участие почти 2700 респондентов – членов профсоюза. В конце 2022 г. при проведении аналогичного опроса 27% опрошенных отметили, что у них практически нет сил, а в 2020 г., в начале пандемии, этот показатель составлял 16%.

Среди факторов, снижающих желание работать в государственной медицине, – низкий уровень оплаты труда. Его отметили 16,2% работников, тогда как в 2021 г. об этом говорили 26% опрошенных. Медиков беспокоят высокие нагрузки, загруженность бумажной работой и отчётами (22,1%). Снижается уровень негативного отношения населения к медицине. Если в 2021 г. 23% опрошенных среди факторов, влияющих на нежелание работать в здравоохранении, отметили негатив со стороны пациентов, то в 2022 г. этот показатель составил 8,6%, а в 2023 г. – 8,1%.

На первом месте потребностей 22,7% работников здравоохранения назвали необходимость в оздоровлении и реабилитации, в том числе в «вечерних» профилакториях. Медики также говорят о важности обеспечения комфортных условий труда и отдыха на рабочем месте (28,4%).

– Правительством и Министерством здравоохранения республики делается большая работа для привлечения кадров – открываются филиалы медицинских колледжей, увеличивается целевой набор, – рассказывает председатель Республиканского профсоюза работников здравоохранения Рауль Халфин. – По результатам наших опросов мы видим, что количество работающих на 1,5 и более ставки снижается. А вот интенсивность труда, отчётность как факторы нежелания работать в госмедицине растут. Так же как и эмоциональная усталость медиков. По данным последнего опроса, 12,9% медиков рассматривают возможность перейти в коммерческую медицину, где нагрузки ниже, а ещё 9,4% уйти на заслуженный отдых. И это серьёзный повод продолжать поддерживать действующие в отрасли программы привлечения кадров и искать новые подходы для их сохранения.

По его словам, поддержать работоспособность уставших и «выгорающих» медиков необходимо уже сейчас. Одной из приоритетных

задач профсоюз видит в повышении окладов, особенно немедицинским работникам и индексации заработной платы работников отрасли, которая не проводилась с 2019 г. Уровень заработной платы, который достигнут сегодня в отрасли, должен обеспечиваться не за счёт переработок и стимулирующих выплат, а в большей степени базовой заработной платой. Аргументированные предложения для этого профсоюз направил на рассмотрение Республиканской трёхсторонней комиссии, отметил перед началом форума Р.Халфин.

Кадровый форум, организованный Министерством здравоохранения Башкирии при поддержке профсоюза, собрал 160 представителей кадровых служб всех медицинских организаций республики. На форуме был представлен анализ состояния кадрового обеспечения здравоохранения республики, на примере работы центра подбора персонала Минздрава Тульской области рассматривались новые подходы и технологии работы кадровых служб. Министр здравоохранения республики Айрат Рахматуллин в своём выступлении подчеркнул, что обеспечение квалифицированными кадрами отрасли – приоритет в работе министерства.

Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.
Республика Башкортостан.

Проекты

Пора начать управлять эффективно

Ставя перед медицинской отраслью задачи, государство должно создать условия

При Комитете Госдумы по охране здоровья создан Экспертный совет по вопросам современного управления и цифровизации в сфере здравоохранения. Возглавил его заместитель председателя комитета Бадма Башанкаев. Как следует из названия экспертного совета, ключевыми задачами нового совещательного органа станут оценка действующей нормативной базы и разработка дополнительных законодательных и регуляторных мер, необходимых для внедрения эффективных методов управления и информационно-цифровых технологий в медицинской отрасли.

Работа экспертного совета будет строиться исключительно исходя из тех запросов, которые формулирует профессиональное врачебное сообщество. Ставя перед системой здравоохранения всё новые и новые задачи по повышению доступности медицинской помощи и её качества, государство не может не учитывать мнение «исполнителя» и должно принимать необходимые решения, чтобы устранить те регуляторные препятствия, которые мешают организовать работу лечебных учреждений с максимальной эффективностью, – пояснил Б.Башанкаев.

По словам парламентария, важно обеспечить высокий уровень компетентности и объективности оценок и предложений, которые лягут в основу законопроектной деятельности, вот почему к участию в работе экспертного совета пригласили представителей научного сообщества, государственных структур и общественных организаций, предпринимательского сектора. В его состав вошли специалисты Минздрава России, Департамента здравоохранения Москвы, Счётной палаты РФ, руководители ряда крупных негосударственных медицинских центров, юристы, представители Всероссийского союза страховщиков, профессиональных врачебных ассоциаций, разработчики и операторы цифровых систем.

Ознакомительная встреча членов Экспертного совета в Госдуме со-

стоялась 22 мая. По итогам первого обмена мнениями было обозначено сразу несколько разделов, требующих первоочередного внимания экспертов и законодателей в плане актуализации нормативно-правовой базы.

Одно из направлений – разработка и внедрение системы индивидуального страхования профессиональной ответственности врача. Такой запрос уже давно формулируют профессиональные медицинские ассоциации, есть опыт страхования врачей в отдельных субъектах РФ. Теперь предлагается распространить его повсеместно и закрепить данную норму в законе. Члены ЭС подтвердили, что обязательное индивидуальное страхование профессиональной ответственности – важное и пока недостающее звено в цепочке правового обеспечения медицинской деятельности в Российской Федерации.

Не менее важный аспект – правовая субъектность российского врача, а точнее, её отсутствие. Какое отношение данное обстоятельство имеет к эффективности управления отраслью или отдельными медицинскими организациями? Самое прямое. Члены экспертного совета намерены проработать целесообразность и возможность персонального лицензирования врачей по заявительному принципу. Это станет не альтернативой, а дополнением к существующей ныне практике лицензирования медицинских организаций. В этом случае доктор, получивший лицензию на частную практику, сам организует место своей работы, оснащает его медицинским оборудованием, заключает договор с фондом ОМС и страховыми компаниями. Он сам несёт все юридические риски, его деятельность любой клиники, контролируемая надзорными органами, и так же его лицензия может быть отозвана при допущенных им серьёзных нарушениях. Подобная практика применяется не только за рубежом, она имела место и в истории нашей страны много десятилетий назад.

Далее, требует детального рассмотрения регулирование финансовой самостоятельности медицин-

ских организаций, работающих в системе ОМС: в какой мере гармонична действующая регуляторика с самим понятием «современное управление в здравоохранении»? В частности, насколько оправдано лимитирование объёмов их финансовых трат? По мнению членов экспертного совета, в установленных правилах заложены ограничения, препятствующие тому, чтобы учреждения могли направлять заработанные ими деньги на своё развитие. Особенно парадоксальными эти ограничения выглядят применительно к негосударственным клиникам.

Что касается информатизации и цифровой трансформации здравоохранения, в этом разделе, по словам Б.Башанкаева, несмотря на продвижение в целом, остаётся целый ряд серьёзных нерешённых задач. Речь идёт о технических, организационных и нормативно-правовых недоработках, которые мешают реализовать важные «цифровые» проекты, в частности, широкое использование телемедицинских технологий, разработка систем поддержки принятия врачебных решений, влияние ВИМИС на повышение качества медицинской помощи по профилям, оптимизация многочисленных учётно-отчётных форм, которые заполняют медицинские организации и отправляют в разные ведомства.

Особое внимание эксперты и законодатели планируют уделить эффективной организации работы лечебных учреждений в отдалённых регионах и сельских районах. Там уровень подготовленности управленцев и ресурсы цифровых технологий, в частности, телемедицинских, важны как нигде.

– Это лишь малая часть проблем в системах менеджмента отрасли и цифровизации, которые были обозначены самими членами экспертного совета в ходе первой встречи. Уверен, с началом его постоянной работы количество запросов от государства, профессионального медицинского сообщества, бизнеса и пациентских организаций будет увеличиваться, а их тематика расширяться, – подытожил Б.Башанкаев.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Однако

Политизация ВОЗ вызывает тревогу

Политизация в здравоохранении продолжается, примером этого является закрытие офиса ВОЗ в Москве по профилактике неинфекционных заболеваний до начала 2024 г., заявил заместитель министра здравоохранения России Сергей Глаголев.

Выступая на 76-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, С.Глаголев отметил, что офис ВОЗ в Москве финансировался Россией и успешно предоставлял помощь нуждающимся странам в преодолении бремени неинфекционных заболеваний в течение 10 лет.

«Принятое спецсессией решение противоречит духу сотрудничества организации и уставу ВОЗ. Создан прецедент закрытия проектов исключительно по политическим интересам узкой группы государств», – подчеркнул С.Глаголев.

По его словам, не менее важным вопросом является продвижение секретариатом ВОЗ концепции «третьего пола» в документы ВОЗ.

«Это согласуется с повесткой коллективного Запада по навязыванию населению стран Африки, Азии, Восточной Европы и Ближнего Востока нехарактерной для национальных устоев модели поведения, формируя очаги локальной напряжённости. В подавляющем большинстве стран-членов ВОЗ на законодательном уровне закреплено существование лишь двух биологически признанных полов – мужчины и женщины. Концепция «третьего пола» также не закреплена в основополагающих международных документах ООН, где понятие пола освещается в традиционном его понимании – мужчина и женщина», – отметил заместитель министра здравоохранения РФ.

Он выразил обеспокоенность в связи с возможным снижением значимости института семьи и традиционных семейных ценностей.

Владимир ЧЕРНОВ.

Сотрудничество

Сформировать службу санавиации в Африке

Холдинг «Вертолёты России» Госкорпорации Ростех передал Республике Зимбабве партию из 18 «Ансатов». Эти лёгкие многоцелевые вертолёты, изготовленные на Казанском вертолётном заводе, призваны сформировать основу санитарной авиации африканского государства.

Активное развитие сотрудничества холдинга «Вертолёты России» с республикой началось в 2022 г. Был заключён ряд контрактов на поставку гражданских вертолётов Ми-17 и «Ансат» для ключевых федеральных структур Республики Зимбабве. Госкорпорация Ростех наряду с поставкой вертолётной техники делится успешным опытом России, где уже много лет эффективно работает Национальная служба санитарной авиации.

«Сегодня мы торжественно передаём Республике Зимбабве партию вертолётов «Ансат» российского

производства. Прежде всего – для спасения пациентов в труднодоступных районах. Каждый санитарный вертолёт укомплектован полным набором медицинского оборудования для реанимации и неотложной помощи», – заявил генеральный директор Госкорпорации Ростех Сергей Чемезов.

Он подчеркнул, что создаваемая совместными усилиями программа санавиации станет первым подобным проектом на африканском континенте.

«Мы намерены и дальше развивать наше сотрудничество. Спасение людей, навыки оказания экстренной медицинской помощи – прекрасный повод для укрепления партнёрства и дружбы двух наших стран. Эти вертолёты заложат основу современного медицинского авиапарка страны», – подчеркнул Президент Республики Зимбабве.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Подписка-2023

2023 Подписные Издания

ПОЧТА РОССИИ Газеты Журналы Альманахи Книги

2 полугодие

Официальный каталог Почты России на второе полугодие 2023 года

Все 6000 изданий (полная номенклатура) представлены на сайте podpiska.pochta.ru

8 800 800 80 80

Уважаемые читатели!

Оформить подписку на «Медицинскую газету» можно, воспользовавшись каталогами:

Подписные издания

- ✓ Официальный каталог «Почта России» на второе полугодие 2023 г.
- ✓ Электронный каталог «Почта России».

Подписные индексы:

ПН014 – на месяц.

- ✓ Каталог периодических изданий – газеты и журналы, второе полугодие 2023 г. («Урал-Пресс»).

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

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

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

КАТАЛОГ периодических изданий газеты и журналы

II полугодие 2023 года

30 лет со своей прессой

Избранные издания для бизнеса

В этом году юбилейный форум проходил в смешанном формате (очно-дистанционном). Все желающие могли приехать в столицу. Если по каким-то причинам прилететь не получалось, то присоединиться к сообществу можно было и с помощью интернета. «Медицинская газета» не раз рассказывала об этом главном международном мероприятии в области судебной медицины в России. Ограничительные меры привели к тому, что в период пандемии оно проводилось в дистанционном формате. Но никто не сможет оспаривать тот факт, что живые дискуссии позволяют лучше понять точку зрения коллег, точнее донести до них собственные взгляды и быстрее прийти к устраивающему всех решению. Опыт этого года продемонстрировал, что профессиональное сообщество не потеряло интереса к расширению знаний специалистов. Тем более что актуальных тем в судебной медицине не становится меньше.

Юбилейный конгресс по видеосвязи приветствовал и пожелал успехов президент Национальной медицинской палаты профессор Леонид Рошаль. Слова поддержки и значимости вклада судебных медиков в практическое здравоохранение адресовали участникам конгресса министр здравоохранения Московской области Алексей Сапанюк, советник губернатора Подмосковья Нина Суслонова, директор МОНКИ им. М.Ф.Владимирского доктор медицинских наук Константин Соболев, заместитель директора по науке и международным связям МОНКИ им. М.Ф.Владимирского доктор медицинских наук Екатерина Какорина. Руководитель отдела судебно-медицинских экспертиз Судебно-экспертного центра Следственного комитета РФ доктор медицинских наук Валерий Спиридонов подчеркнул важность повышения качества экспертиз. Он считает, что конгресс является важной площадкой для обсуждения с коллегами волнующих всех вопросов и высказал слова благодарности заведующему кафедрой патологической анатомии и судебной медицины факультета усовершенствования врачей МОНКИ им. М.Ф.Владимирского, президенту Ассоциации СМЭ, доктору медицинских наук, профессору Владимиру Клевню как главному модератору форума. Председатель правления Общества по организации здравоохранения и общественного здоровья, директор Высшей школы управления здравоохранением Сеченовского университета, доктор медицинских наук Руслан Хальфин особо выделил неутомимость профессионального сообщества: «Как бы двусмысленно это ни звучало, но служба – живая». Судебные медики – неравнодушные люди, активные, стремящиеся внедрять новые методы, работающие рука об руку с клиницистами и организаторами, успевающие даже издать к отраслевому форуму новые книги по специальности (они были представлены в фойе). Кроме того, у входа в зал была развернута выставка российских поставщиков современного медицинского и судебно-экспертного оборудования, реактивов и расходных материалов, используемых при проведении всех видов экспертиз.

Время подвести итоги

Уточним, что юбилейный конгресс состоялся под эгидой Министерства здравоохранения Московской области, Национальной медицинской палаты и Ассоциации судебно-медицинских экспертов с участием ведущих медицинских вузов Москвы.

– Мы вспоминаем начало, каким был путь конгресса? – поставил неизбежный вопрос в своём выступлении В.Клевню. Он коротко перечислил все этапы становления.



В.Клевню вручает награду Р.Хальфину

Деловые встречи

Десять лет опыта и инноваций

Международный конгресс «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики – 2023»



27-29 марта 2013 г. впервые состоялась 3-дневная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы медико-криминалистической экспертизы: современное состояние и перспективы развития», посвящённая 50-летию образования медико-криминалистического отдела Бюро СМЭ Московской области, с участием 225 человек из всех регионов Российской Федерации, а также из Украины, Эстонии, Литвы, Германии и Монголии.

К этому событию впервые была издана целая серия книг. Первая – сборник научных трудов «Актуальные вопросы медико-криминалистической экспертизы: современное состояние и перспективы развития», содержащий 157 статей. Вторая – ежегодник «Итоги судебно-экспертной деятельности Бюро СМЭ Московской области в 2012 г.», включающий в себя анализ данных отраслевой статистической отчётности. Третья – ежегодный бюллетень «Сопоставление клинического и судебно-медицинского диагнозов по материалам Бюро СМЭ». В нём статистика сопоставлялась с данными предшествующих периодов. Так, оценивались динамика и тенденции в разрезе заболеваний и причин смерти, дефектов оказания медицинской помощи по профилю

клинических специальностей по районным судебно-медицинским подразделениям за 10 лет!

В 2014 г. вторая конференция, несмотря на узкую повестку, собрала широкий, более 250 человек, круг участников. Это и представители Министерства здравоохранения, Прокуратуры, Главного управления Следственного комитета РФ по Московской области, Экспертно-криминалистического центра МВД России, Управления ФСКН России, Управления МЧС России региона, муниципалитетов, сотрудников региональных бюро СМЭ России, кафедр судебной медицины, а также гости из стран СНГ. К ежегодным изданиям добавился ещё ряд сборников.

В 2015 г. – в Москву прилетели 500 участников из России, Германии, Великобритании, Казахстана, Киргизии, Украины, Донецкой и Луганской народных республик, представившие более 100 докладов по разным аспектам этой области медицины. Впервые конференция судебных медиков была аккредитована как учебное мероприятие в координационном совете при Минздраве России.

В 2016 г. конгресс был посвящён памяти профессора Виталия Крюкова. Целый пул ведущих специалистов из стран Евросоюза и других иностранных государств приехал

в столицу России. В рамках конгресса впервые прошли симпозиум Восточно-Европейского союза судебных медиков Osteuropa – Verein Rechtsmedizin e.V. и форум средних медицинских работников.

Среди почётных гостей конференции были дочери В.Крюкова – Алла и Светлана. Они выразили признательность организаторам и участникам форума за уважение и бережное отношение к наследию своего отца и за благодарную память о нём. С тех пор Крюковские чтения проводятся ежегодно в рамках международного конгресса.

В 2017 г. форум был внесён в конгресс-календарь судебной медицины Gerichtsmedizinischer Kongresskalender (Австрия).

В 2018 г. он завоевал огромное признание как в нашей стране, так

ми приняли участие специалисты из Аргентины, Португалии, Словакии, Таиланда, Турции, Швейцарии, Японии, Азербайджана, Армении, Белоруссии, Казахстана, Киргизии, Молдавии, Узбекистана, Туркменистана и других стран.

Когда важны формулировки

На первой пленарной сессии юбилейного конгресса (сопредседатели: В.Клевню, О.Зайратьянц, Е.Какорина), посвящённой правилам формулировки судебно-медицинского диагноза, выбора и кодирования причин смерти по МКБ-10, выступила ректор Высшей школы организации и управления здравоохранением доктор медицинских наук Гузель Улумбекова. В своём сообщении она показала,

какие результаты дали национальные проекты. Их эффект выражался не только в деньгах, но и в уменьшении уровня смертности. По экспертным оценкам, за 17 лет удалось сохранить 2 млн 200 тыс. жизней. Но в реальности картина более сложная, как это часто и бывает в жизни, а не на красивых отчётных презентациях.

Огромную роль в лечении заболеваний играет точная диагностика. Об этом говорил заведующий кафедрой патологической анатомии МГМСУ им. А.И.Евдокимова профессор Олег Зайратьянц. И нельзя допускать, чтобы вместо врачебного поиска происходила банальная подмена диагноза в угоду формальным правилам МКБ. Это противоречит и рекомендации Минздрава. Тем более что и 9-й, и 10-й, и 11-й пересмотры не являются безупречными. Скорее, они больше подходят в качестве инструмента формализации, обработки данных. В основе всего должна лежать конкретная диагностика: лучевая, инструментальная, морфологическая, клиническая, какая угодно, но не бездумное согласование состояния с классификацией.

Современными подходами к использованию семейства международных классификаций поде-

и за рубежом. Участие в нём стало считаться престижным. В 2019 г. международный конгресс и научно-практическая школа выглядят ещё более многочисленными – для участия в их работе зарегистрировалось около 700 человек, включая 60 иностранных специалистов из 13 государств.

В 2020 г. форум был отменён из-за пандемии. В 2021 г. – он прошёл в дистанционном формате. Несмотря на это, проведено 3 пленарных и 6 секционных заседаний в форме симпозиумов, «круглых столов», состоялась школа молодых учёных и специалистов, V Крюковские чтения и форум средних медицинских работников, заслушано 84 доклада. Вне рамок конгресса состоялся VIII съезд Ассоциации судебно-медицинской экспертизы, а также прошло подписание меморандума между МОНКИ им. М.Ф.Владимирского и Международным комитетом Красного Креста о сотрудничестве в области гуманитарной судебной медицины. В 2022 г. МОНКИ вновь собрал пул ведущих специалистов в области судебной медицины из разных стран, но по-прежнему в дистанционном формате. В обсуждении актуальных проблем судебной медицины и экспертной практики с российскими коллега-

лился доктор медицинских наук С.Черкасов, много лет занимающийся проблемами международных классификаций болезней. Он поставил в своём выступлении вопрос: как отражает МКБ эффективность проведённого лечения и состояние здоровья пациента? Достаточно ли получаемых по этой системе сведений для принятия управленческих решений? Дело в том, что классификаций существует несколько. Например, создана международная классификация функциональных состояний. Но она в отечественной медицине не используется, применяется в системе социального обслуживания и оценки результатов реабилитации. Есть другая классификация – медицинских вмешательств. И понятно, что МКБ перед ними имеет определённые преимущества, но в то же время и недостатки. Сейчас осуществляется переход на МКБ-11. Внедряется более сложная и масштабная классификация.

начальной причины смерти при летальных исходах, связанных с патологией трансплантированных органов, нашли отражение в выступлении кандидатов медицинских наук А.Каниболоцкого и П.Свищевой. Новыми сведениями о посмертной диагностике рабдомиолиза в исходе алкогольной болезни поделились доктор медицинских наук, доцент С.Шигеев и И.Чижикова. Статистика летальных исходов у лиц молодого возраста от малых аномалий сердца была представлена в докладе доцентов кандидатов медицинских наук из Белоруссии А.Тетюева, О.Юдиной и В.Семёнова. Большой интерес на первой сессии вызвали выступления иностранных участников. Директор Института судебной медицины из Берлина профессор Михаэль Тсокос (Michael Tsokos, Германия) рассказал о рекомендациях по диагностике физического насилия. Профессор Андреа Порционато из Италии сделал доклад

в объектах биологического происхождения. Достижения в области аналитической токсикологии и лабораторной диагностики позволили обнаруживать всё больше ксенобиотиков и их метаболитов в различных биологических объектах. Тем не менее как для диагностики, так и для составления экспертных выводов, требуется правильная интерпретация полученных результатов исследований. Эти факторы надо знать и учитывать. Даже при применении более совершенных методов обнаружения и определения.

2023 г. объявлен в России годом наставника. На школе молодых учёных и специалистов конгресса заслушивались доклады лидеров молодёжных исследовательских и научных проектов, представителей студенческих научных сообществ.

Пространство диалога и возможностей

Второй день работы начался параллельно на двух секциях: «Медико-криминалистические исследования в экспертной практике» и «Экспертиза профессиональных правонарушений медицинских работников». Первая секция (сопредседатели: С.Леонов, А.Божченко) объединила врачей – судебно-медицинских экспертов из региональных бюро СМЭ, медицинских криминалистов из отделов медико-биологических исследований ГУК СК России и ЭКЦ МВД России, университетских антропологов и других специалистов, занимающихся проблемами медико-криминалистической экспертизы. Акцент обсуждения был сделан на прикладные направления.

Одной из самых серьёзных и волнующих профессиональное медицинское сообщество тем, безусловно, можно назвать установление причинно-следственной связи между дефектами оказания медицинской помощи и наступившими последствиями для пациента. Квалификация вреда, причинённого здоровью потерпевшего в результате ненадлежащего оказания медицинской помощи, а также нормативно-правовое регулирование при экспертизе профессиональных правонарушений медицинских работников – темы обстоятельного разговора на тематической совместной сессии Ассоциации судебно-медицинских экспертов и Института судебной медицины и патологии (сопредседатели: О.Веселкина, В.Спиридонов). Грань между преступлением и непреднамеренной ошибкой всегда вызывает непрекращающиеся споры.

На традиционной секционной сессии «Крюковские чтения» говорилось о научном наследии профессора В.Крюкова. Особенностью мероприятия явилась спонсорная сессия. На ней в электронном виде было представлено 33 стендовых доклада.

Лучшее издание и медаль «За заслуги»

Оргкомитетом конгресса отмечены 17 авторов «За лучшее издание по судебной медицине» в разных номинациях.

В знак признания заслуг перед судебной медициной решением правления Ассоциации СМЭ награждены медалью ассоциации «За заслуги» 22 человека.

В почётные члены Ассоциации СМЭ принято двое иностранных учёных: Андреа Порционато и Езеф Сидло.

Планируемые дата и место проведения следующего, XI Международного конгресса «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики» – Москва, 24-25 апреля 2024 г.

Алексей ПИМШИН.

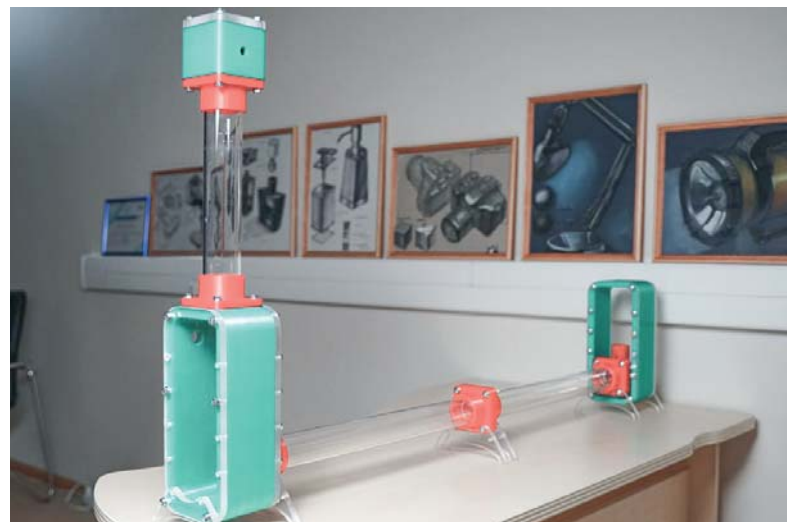
Фото Олега КИРЮШКИНА.



Признание

Зеркало российской инженерной мысли

Проект учёных РНИМУ получил серебряную медаль на международном салоне изобретений



Стенд для испытания протеза

Участниками XXVI Московского международного салона изобретений и инновационных технологий «Архимед» стали представители 221 организации из 35 регионов РФ и 27 государств. В конкурсе продемонстрировано около 600 инновационных проектов и изобретений. 198 из них – от зарубежных авторов и патентообладателей. Проект учёных Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова «Стенд для испытания протеза сердечного клапана» получил серебряную медаль.

Клапаны – неотъемлемая часть нормального физиологического функционирования человеческого сердца. При заболевании или патологии развития одного из четырёх клапанов сердца восстановить его работоспособность может замена на протез. Как правило, это означает операцию на открытом сердце.

Вне зависимости от того, какие это протезы – механические или биологические, они должны в полной мере выполнять все функции. Поэтому их испытания играют важную роль в работе кардиологов и учёных. Эксперименты проводят с помощью специальных стендов, наиболее функциональные из которых производятся только за рубежом. Отсюда возникают две проблемы: сложность заказа и высокая стоимость устройств.

Учёные РНИМУ им. Н.И.Пирогова разработали проект стенда, который не уступает зарубежным аналогам. Он имитирует работу протеза сердечного клапана и может проверить характеристики последнего. Авторами разработки выступили заведующий лабораторией промышленного дизайна инженера Дмитрия Перовошикова, заведующий кафедрой сердечно-сосудистой хирургии факультета дополнительного профессионального образования Дмитрий Пузенко и учёный математик Дмитрий Николаев.

«Протез сердечного клапана мы крепим на стенде. Имитируем систолическое (например, 130 на 80) и пульсовое давление. Последнее поднимается, например, до 150, – объясняет работу устройства Д.Перовошиков. – Стенд имитирует пульсовый поток жидкости через канал, в котором установлен протез клапана сердца. Он позволяет измерить

средний объём потока (л/мин), проходящий через клапан, и падение давления перед клапаном, а также обратный переток жидкости во время и после закрытия клапана. Всё это необходимо, чтобы понимать, насколько правильно тот или иной протез функционирует».

Инженеры РНИМУ конструируют стенд так, чтобы в дальнейшем можно было его валидировать и проводить испытания для выдачи заключений о соответствии протеза ГОСТу. Также устройство будет полезно сотрудникам кафедры сердечно-сосудистой хирургии в проведении экспериментов и совершенствовании операционных навыков. В дальнейшем планируется получение патента на это изобретение.

«Проект, который мы представили на салоне «Архимед-2023», – только прототип первого стенда. В дальнейшем планируем сделать целый испытательный комплекс, – отметил Д.Перовошиков. – В него войдёт несколько стендов, и каждый будет измерять определённую характеристику. Например, первый – на испытания в пульсовом потоке, второй – в стационарном потоке, третий – на долговечность и т.д.»

Традиционно салон «Архимед» проходил при поддержке Федеральной службы по интеллектуальной собственности (Роспатент), Торгово-промышленной палаты РФ, администраций субъектов Российской Федерации, Всероссийского общества изобретателей и рационализаторов, Всемирной организации интеллектуальной собственности.

Для гостей выставки и научно-технической общественности было организовано множество мероприятий. Среди них: международная выставка изобретений, новых продуктов и услуг; международная выставка-презентация товарных знаков и наименований мест происхождения товаров «Товарный знак – ЛИДЕР» с одновременной демонстрацией изделий и технологий ведущих российских и мировых торговых марок; международный конгресс изобретателей; комплекс обучающих мероприятий в «Университете изобретателя»; презентация проектов национальных делегаций изобретателей; деловые встречи, брифинги с участием изобретателей, инвесторов и производителей промышленной продукции; публичные выступления, лекции и многое другое.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.



Однако проблемы, мешающие в полной мере использовать прежнюю версию, остались не решены...

Новая редакция – универсальный инструмент для органов управления здравоохранением всех стран мира. О перспективах перехода на МКБ-11 рассказала кандидат медицинских наук Ольга Миргородская. Её называют усовершенствованным инструментом для проверки достоверности статистических данных, методологического удобства и адекватной сопоставимости. Степень обновления МКБ-10 ограничивалась её структурой, что делало невозможным внедрение изменений, затрудняло взаимодействие с информационными системами. При этом происходило разрастание словарей и правил кодирования.

Создана межведомственная рабочая группа, которая занимается переходом. Правда, на просьбу докладчику назвать фамилии тех, кто в неё входит, представить авторов, последовал ответ, что за каждый раздел отвечают главные внештатные специалисты по профилю. В целом же над внедрением МКБ-11 трудятся около 400 специалистов по 24 группам для адаптации перевода, верификации, то есть это большой коллективный труд. И как бы не получилось по сатирику Райкину в известной миниатюре про пиджак, к которому «пуговицы пришиты намертво».

Бюро СМЭ играет большую роль в формировании статистики смертности. Анализ этой работы на примере бюро Московской области за 2021-2023 гг. представила доктор медицинских наук Ирина Самородская. Она рассмотрела причины смерти по данным медицинских свидетельств о смерти. В следующем докладе профессор А.Божченко обострил дискуссию о месте фонового заболевания в структуре диагноза и его экспертном значении.

Повестка получилась насыщенной

Сложности, с которыми сталкиваются специалисты при формулировании диагноза, выборе и кодировании по МКБ-10 перво-

роли судебно-медицинской клинической анатомии. С отдельными смертельными случаями травм центральной нервной системы ознакомил слушателей директор Института судебной медицины Словакии профессор Ёзеф Сидло (Józef Sidlo).

Второй год подряд в рамках Международного конгресса проходит совместная сессия Ассоциации судебно-медицинских экспертов и Межрегионального танаториологического общества (сопредседатели: А.Ковалев, А.Щёголев, У.Туманова). В этом году она была посвящена возможностям использования в судебно-медицинской практике новейших постмортальных методов визуализации и виртопии (виртуальная аутопсия).

Подробно о 7 пленарных докладах, заслушанных в рамках сессии, рассказать в формате одной статьи невозможно. Учитывая значимость конгресса, «МГ» подготовит интервью с несколькими ведущими специалистами, выступившими на форуме. Ещё на одной самостоятельной пленарной сессии совместно с МККК (ведущие: В.Клевно, А.Абрамов) речь шла о гуманитарной роли судебной медицины и значении совместной работы с экспертами в антропогенных кризисах и стихийных бедствиях, прозвучало 3 доклада иностранных участников. Как видим, повестка превзошла ожидания многих участников.

После перерыва форум средних медицинских работников заслушал выступления, касающиеся аккредитации медицинских работников, непрерывного медицинского образования. Параллельно прошла секция «Судебно-химические и химико-токсикологические исследования в экспертной практике» (сопредседатели: Н.Крупина, А. Григорьев). Рассматривались современные тенденции в развитии прикладных методов судебно-химического и химико-токсикологического анализа наркотических и психоактивных веществ, слушатели изучили возможности современной хромато-масс-спектрометрии для поиска, идентификации и количественного определения токсикологически значимых веществ

Государственная Дума планирует в ближайшее время внести в Закон о СМИ, а также в действующий Закон о наркотических средствах и психотропных веществах статью, которая разъясняет, что значит «публичная пропаганда» этих средств и веществ. Автор законодательных изменений – Правительство РФ. Первыми предлагаемые дополнения оценили члены Комитета Госдумы РФ по охране здоровья.

– Нужно устранить пробелы: в законодательстве нет чёткого определения понятия «пропаганда наркотиков», тогда как запрет на неё установлен, – пояснил заместитель министра внутренних дел России Игорь Зубов, обращаясь к депутатам.

Но прежде чем поговорить собственно о предлагаемой формулировке и о механизме реализации данной законодательной нормы на практике, надо обрисовать масштабы бедствия, с которым эта норма призвана бороться.

Терпимость по-демократически

Из открытых источников известно, что Центр по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) констатировал в самой свободолюбивой стране мира антирекорд: количество случаев смерти от передозировки наркотиков в 2021 г. здесь превысило 107 тыс. Это на 15% больше по сравнению с 2020 г., который тоже был назван CDC рекордным за всю историю наблюдений: тогда от «передоза» погибли 81 тыс. американцев. Данных за 2022 г. пока нет, как, впрочем, нет и оснований ожидать резкого улучшения ситуации.

Мы хотим чего-то подобного у нас? Конечно же, не хотим. Между тем можем даже не заметить, как потихоньку подберёмся к штатовскому рекорду, если не прекратим заниматься бесполезными (но, судя по количеству разного рода проектов, высокомаржинальными) разговорами про здоровый образ жизни и не начнём наказывать реальными сроками тюрьмы за публичную пропаганду наркотиков.

– В РФ реализуется концепция нулевой терпимости к наркотикам, и мы не собираемся от неё отказываться. В то время как примерно 30% стран уже легализовали у себя потребление наркотиков и, соответственно, ни о каком запрете пропаганды там речи не идёт. К примеру, в США в той или иной форме и степени наркотические и психотропные вещества потребляет 95% населения, включая их применение по медицинским показаниям. Отсюда там страшный рост преступности, как и в других странах, объявивших толерантность к немедикаментозному наркопотреблению. На наш взгляд, такие страны уже столкнулись с катастрофическими последствиями, хотя сами они не хотят это признать, – заметил И.Зубов в беседе с парламентариями.

Итак, какова обстановка с наркопотреблением в России, нужно ли волноваться? Оказывается, ещё как нужно, несмотря на пока ещё существенную разницу в сравниваемых показателях. Согласно данным из доклада Государственного антинаркотического комитета (ГАК) о наркоситуации в

Инициатива

Рэперам приготовиться

Борьба с пропагандой наркотиков обретает суть



Вот такое объявление автор увидела на многих заборах в городе-курорте Ессентуки. Что это, если не пропаганда? Но с ней не борются

Российской Федерации в 2021 г. (аналогичный доклад по итогам 2022 г. в открытых источниках пока не появился), в нашей стране растёт и количество отравлений, и смертность от употребления наркотиков.

В 2021 г. зарегистрировано 21,1 тыс. случаев отравлений наркотическими веществами, это плюс 17,5% к 2020 г. Из них 33% – с летальным исходом, то есть 7 тыс. Здесь, кстати, следует заметить весьма существенную разницу в данных ГАК и Росстата: послед-

ний сообщал о том, что в 2021 г. в России от причин, связанных с употреблением наркотиков, умерло более 10 тыс. человек.

Нужно ли бить в набат при такой разнице «достижений»: 107 тыс. в США и 10 тыс. в России? Разумеется, нужно, и очень громко! Ведь, согласно докладу Госкомитета, статистика отравлений «наркотой» подросла в 54 из 85 субъектов Российской Федерации, причём в отдельных регионах в 2 и более раз. К числу «отличившихся» со знаком минус относятся Камчат-

молодёжная субкультура вольно или невольно занимается этим. Члены Комитета по охране здоровья задали заместителю министра внутренних дел резонный вопрос: как будет поступать правоохранительная система, например, с рэп-музыкантами, в текстах которых «кайф» воспевается сплошь и рядом?

Что будет с Тарантино?

С принятием предлагаемой законодательной нормы под пресс

сцены курения и потребления алкоголя. То же самое касается книг. При этом будут указывать, что за пропаганду наркотиков наступает ответственность.

– Закон не такой простой, как кажется. Потребуется время на то, чтобы выстроить его чёткое правоприменение. Если правовая норма, которая расшифровывает суть понятия «публичная пропаганда наркотиков», будет принята Думой и, как планируется, вступит в силу 1 января 2024 г., это ещё не означает, что уже 2 января сразу

ский край, Республика Дагестан, Чувашская Республика, Кировская, Ульяновская и Тверская области.

Следует иметь в виду, что наш народ травится вовсе не только «солью» и иными психостимуляторами либо галлюциногенами, а очень серьёзным товаром – героином, морфином и метадонем. Количество отравлений данными наркотиками за год возросло более чем на четверть. О чём это говорит? О том, что «отрава» становится всё доступнее и круг её потребителей становится всё шире.

От «сложной» к «кризисной»

Более всего тревожит фактическое отсутствие барьеров для скрытой или даже открытой пропаганды наркотических средств в подростковой и молодёжной среде.

– Как отец я тоже больше всего боялся, что мои дети окажутся вовлечены в наркопотребление в школе, на улице, в интернете. Слава богу, этого не произошло, но я не хочу, чтобы это произошло с другими детьми, – по-человечески искренне признался замглавы МВД.

Уровень вовлечённости несовершеннолетних в незаконный оборот наркотиков оценивается в докладе ГАК в целом по стране как «сложный», тогда как в Камчатском крае, Республике Карелия, Магаданской области и Санкт-Петербурге ситуацию характеризуют как «предкризисную», а в Еврейской автономной области, республиках Бурятия и Тыва, Амурской области и вовсе как «кризисную».

Не только любая «тусовка» может использоваться как площадка для распространения «модных» синтетических наркотиков, но и

правосудия попадут многие каналы распространения информации о наркотиках и отдельные персоны из так называемой творческой среды, своим «творчеством» фактически формирующие мировоззрение молодых людей.

Итак, предлагается узаконить понятие «пропаганда наркотиков и психотропных средств» в следующем виде: это публичное распространение информации о способах и методах незаконной разработки, изготовления, производства и использования, местах их приобретения, о допустимости и привлекательности незаконного потребления наркосодержащих и психотропных веществ и растений. Иными словами, показывать наркопотребление как норму поведения, в том числе через произведения науки, культуры и искусства, как раз и означает пропагандировать.

Сущностно под дамочным мечом данной формулировки могут оказаться не только некоторые произведения современных музыкантов и исполнителей, но и классические, о чём также напомнили члены Комитета по охране здоровья. Примеры, которые сразу приходят на ум, – культовые фильмы «Криминальное чтиво» Квентина Тарантино или «Джентльмены» Гая Ричи, оба абсолютно идеально подпадают под статью о запрете пропаганды наркотиков. Что будет с ними, запретят к показу в РФ?

Как пояснил представитель МВД, в отношении произведений киноискусства, содержащих информацию, которая может трактоваться как пропаганда наркотиков, предлагается ввести за правило снабжать их бегущей строкой либо пометкой, аналогичной тем, которые сегодня сопровождают фильмы, в которых содержатся

же окажутся запрещены все фильмы и книги, в которых есть упоминание о наркомафии или потребителях наркотиков. Закон нацелен прежде всего на блокирование «живых» публичных высказываний и выражения толерантности к наркотиками, которые склоняют к их потреблению, делают такой образ жизни привлекательным, формируют у человека установку на то, что потребление наркотиков даёт ему некий социальный лифт, – предупреждает И.Зубов.

Авторы законодательной инициативы также уточняют, что сразу всех авторов таких публичных высказываний – учёных, блогеров, режиссёров, писателей, рэперов и т.д. – в тюрьму не посадят, уголовная ответственность за пропаганду наркотиков наступает после двух раз привлечения гражданина к административной ответственности.

– Данная норма в идеале должна привести к саморегуляции публичного пространства, а не к тому, чтобы топтать его сапогами силовиков. Первостепенная цель заключается не в том, чтобы «стерилизовать» уже написанные книги и снятые фильмы, а чтобы новые произведения с таким содержанием не появлялись. Это касается также средств массовой информации: телевидению, радио, печатным изданиям и сетевым ресурсам следует быть внимательнее к собственному контенту, – уточнил замминистра.

Минздрав России и Комитет Госдумы РФ по охране здоровья законопроект поддержали. Теперь ему предстоит пройти первое чтение в Думе и получить поддержку большинства депутатского корпуса.

Елена ЮРИНА.

ОМС: реальность и перспективы

Правление Федерального фонда обязательного медицинского страхования под председательством министра здравоохранения России Михаила Мурашко утвердило отчёт о результатах деятельности ФОМС в 2022 г., сообщила пресс-служба фонда.

В работе правления приняли участие председатель ФОМС Илья Баланин, а также представители профильных комитетов Совета Федерации и Государственной Думы РФ, Всероссийского союза страховщиков и Российского союза промышленников и предпринимателей.

Ключевым направлением деятельности Федерального фонда является развитие системы ОМС, направленное на поддержку мер по сохранению и улучшению здоровья населения, включающих такие приоритетные задачи, как снижение заболеваемости, инвалидизации и смертности.

Утверждён отчёт о деятельности ФОМС

«Ежегодно расширяются программы профилактических мероприятий, увеличивается список исследований, проводимых в рамках скрининга злокачественных новообразований. Профилактические мероприятия в 2022 г. прошли 51,7 млн человек, или 100,2% от подлежащих к прохождению профилактических мероприятий. Охват профилактическими мероприятиями в 2022 г. увеличился на 39% в сравнении с 2021 г. С 2018 г. объём профилактических осмотров увеличился на 10% и составил 28,8 млн человек, диспансеризации – на 4% и составил 23 млн человек», – отметил И.Баланин.

Паспортом федерального проекта «Финансовая поддержка семей при рождении детей» Национального проекта «Демография»

утверждён целевой показатель: «Не менее 76 тыс. циклов экстракорпорального оплодотворения выполнено семьям, страдающим бесплодием, за счёт средств базовой программы ОМС в 2022 г.» В 2022 г. в рамках территориальных программ ОМС выполнено 91,9 тыс. процедур ЭКО с пристомом 7,3 тыс. к 2021 г. Таким образом, начиная с 2017 г. число процедур выросло на 51,5%.

«Также в последние годы отдельное внимание уделяется оказанию медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями и существенно увеличено её финансовое обеспечение. Так, если в 2018 г. эта сумма составила 94,8 млрд руб., то в 2022 г. почти в 3,5 раза больше – более 327 млрд. Дополнительное финансирование

позволило значительно повысить доступность онкологической помощи – в прошлом году оказано более 3,6 млн случаев лечения, что в два раза выше уровня 2018 г. – 1,9 млн случаев лечения», – сообщил И.Баланин.

С 2021 г. ФОМС напрямую оплачивает специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, оказываемую федеральными медицинскими организациями в стационарных условиях и условиях дневного стационара. В 2022 г. в федеральных медицинских организациях оказано 2 млн случаев специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Наиболее востребованные профили: офтальмология – более 256 тыс. случаев лечения, онколо-

гия – более 248 тыс., акушерство и гинекология – 170 тыс., сердечно-сосудистая хирургия – более 150 тыс.

В рамках единого цифрового пространства участников системы ОМС и цифрового профиля застрахованного лица в 2022 г. Федеральным ФОМС созданы прототипы цифрового профиля пациента на базе единого регистра застрахованных лиц ОМС, подсистемы федерального персонального федерального учёта медицинской помощи, сервисы информационного сопровождения застрахованных и управленческие сервисы. Также на едином портале Госуслуг запущено 7 массовых социально значимых сервисов.

Юрий ДАНИЛОВ.

Руководитель центра малоинвазивной хирургии позвоночника Московского многопрофильного клинического центра «Коммунарка» Борис СЫЧЕНИКОВ несколько недель назад был травмирован под Донецком и едва не лишился профессии, потому что очень серьёзно пострадала правая рука. Но только-только дело пошло на поправку, он начал считать дни до новой поездки.

А ещё именно там, на Донбассе, Б.Сычеников впервые в мировой нейрохирургической практике выполнил эндоскопическую операцию при осколочном ранении определённой локализации. Сделал он это фактически в военно-полевых условиях, потому что город Донецк, где всё происходило, находится под постоянными обстрелами с украинской стороны, а пациент, которому повезло стать первым в мире, – пленный ВСУшник.

О том, зачем спасать раненого врага, чему учит врача война, и почему вообще возникает желание из спокойной столичной жизни перенестись в беспокойный Донбасс, мы и беседуем с Б.Сычениковым.

– Борис Анатольевич, надо пояснить, что вы – один из членов врачебного братства «Друзья медицины Донбасса». «МГ» уже рассказывала об этом неформальном объединении, в которое врачи, разделяющие идею «Родина в опасности», вступают по доброй воле. Это не политическая партия, не общественное объединение, ни к каким госструктурам команда «Друзья медицины Донбасса» не принадлежит. Каким образом вы там оказались?

– Когда в феврале 2022 г. объявили начало СВО, я на следующий же день пошёл в военкомат и попросился в добровольцы. Мне тогда сказали, что с моей профессией я пока нужен здесь, попросили не спешить. «Ладно, – говорю, – подожду. Только помните, что я есть». И ушёл.

Вечером, уже дома, стал искать через интернет какую-нибудь информацию о наборе медиков-добровольцев на Донбасс. Я же понимаю, что как травматолог и нейрохирург нужен там больше других специалистов. Вижу в соцсетях, что Бадма Башанкаев набирает группу врачей, и не верю своим глазам: мы с ним давно дружим, состоим в одном мотоклубе, но помимо любви к мотоциклам вообще во многом схожи. Звоню ему сразу же: «Ты почему мне не сообщил?» Даже обиделся на него слегка. И только потом понял, что его останавливало: у меня трое детей, и для него это, конечно, большая ответственность – вот так взять и выдернуть человека из большой семьи, увезти с собой на войну. А если вдруг что-то случится, ему же надо будет отвечать перед моей семьёй.

В итоге я всё равно присоединился к «Друзьям медицины Донбасса», и уже через несколько дней мы выехали туда.

Помню, во время той первой поездки через несколько дней буквально потерялся во времени, перестал понимать, какое сегодня число, какой день недели, какое время суток. Наши дежурства были не лимитированы: привозят раненых – мы оперируем, в перерывах спим час-два и снова в операционную. И так круглые сутки на протяжении 3 недель. Тогда, в первые месяцы СВО, было очень-очень много раненых.

Кстати, как раз во время первой поездки мы дали старт эндоскопической хирургии в Донецке. Оборудование – сами эндоскопические стойки – было закуплено там ещё в 2014 г., но так и стояло законсервированным, не до того им было. После приезда российских врачей технику расконсервировали, дооснастили специальным инструментарием и запустили в работу сначала в абдоминальной хирургии, затем в ортопедии и нейрохирургии.

– Эндокхирургия позвоночника, которую вы помогаете внедрять на Донбассе, насколько там востребована?

– Ещё больше, чем где-либо. Видеоэндоскопическая техника позволяет удалять грыжи дисков и устранять стенозы позвоночного канала через мини-доступ. Такая помощь актуальна не только в мирное время, но, как оказалось, и в военное тоже. Мы видим людей, которые неделями и даже ме-

– И сложно, и интересно. Война многому учит, в том числе в профессиональном плане. Например, именно там я выполнил первую в мире эндоскопическую операцию удаления осколка из позвоночного канала на уровне первого-второго шейных позвонков. Обычно при таких травмах оперируют открытым методом, а мы решили малоинвазивно попробовать.

Спасали раненого пленного бойца ВСУ. Сразу после ранения парень был полностью плегирован, но когда мы его прооперировали, постепенно начал двигаться



Мариуполь, апрель 2022 г. (слева направо) Илья Денисов, Бадма Башанкаев, Борис Сычеников

эндоскопического вмешательства на позвоночнике без моего личного присутствия. Безусловно, было бы легче, если бы я был там, но даже в таком формате нам удалось внедрить новую технологию в практику донецких нейрохирургов, чему все несказанно рады.

– Извините, но не могу не спросить: в Донбасс сейчас приезжает много врачей из разных субъектов РФ, их организованно набирают региональные минздравы. Чем принципиально отличаются поездки «Друзей медицины Донбасса»?

Особые условия

Новое понимание профессии

Философия военного врача: не отвечать жестокостью на жестокость



сяцами прятались от обстрелов в подвалах, не могли вовремя обратиться к врачу и теперь приходят с очень серьёзными и запущенными проблемами в позвоночнике.

Кроме того, мы имеем возможность эндоскопически извлекать осколки из позвоночного канала после боевых ранений. Преимущества малоинвазивной хирургии позвоночника очевидны: быстрая активизация пациента после операции, возможность самостоятельно себя обслуживать. Сутки-двое в стационаре – и домой. Или на передовую.

У военнослужащих, кстати, не только последствия ранений, но и другие проблемы со спиной есть. Они целыми днями бегают в тяжёлых «брониках», от чего страдают суставы позвоночника, возникает хронический болевой синдром. Можно эндоскопически выполнить радиочастотную иннервацию воспалённых суставов, в результате чего боль проходит, человек возвращается в строй через пару дней. Такую методику мы тоже внедрили и необходимое оборудование тоже привезли.

– Где вы его брали, кто оплачивал?

– Покупали на деньги из своего кармана и из карманов других добрых людей, которые просили не называть их имён. Потом ребята из Народного фронта увидели, что мы это делаем, и тоже подключились.

Мы ведь ездим на Донбасс не только оперировать, а привозим с собой гуманитарный груз, проводим курсы тактической медицины непосредственно на передовой, приглашаем врачей к себе в клинику и обучаем их эндоскопической хирургии позвоночника, а чаще обучаем прямо там, на их рабочих местах. При этом не только обучаем, но и даём, на чём работать, – оборудование.

– Вы – сугубо гражданский доктор, в армии не служили, военно-полевой хирургией раньше не занимались. Сложно было осваивать новое?

руками-ногами, ходить, есть самостоятельно, в общем, не будет приковать к кровати.

– Доктор, а вам чисто человечески хотелось, чтобы он выжил и встал на ноги?

– Это на самом деле хороший вопрос. Тот парень всю ночь обстреливал нас из гранатомёта, а под утро наши ребята взяли его в плен. И когда они его уже вели на нашу сторону, попали под обстрел, так что ему в спину прилетело от своих же. Кроме него, кстати, никто не пострадал.

Когда его привезли в госпиталь, чувства у меня к нему были такие...

– Консультировал тяжёлого пациента в прифронтовой больнице – раненого бойца из штурмового отряда. Надо было решить, оперировать его или продолжить консервативное лечение. Когда возвращались обратно, так получилось, был серьёзно травмирован.

Обиднее всего было то, что планы оказались нарушены. Мы приехали в Донецк в начале марта, привезли очередную партию эндоскопического оборудования, передали его в Республиканский травматологический центр и сразу начали осваивать. Планировали

– Мы ездим туда не официально, а как волонтеры. Именно поэтому моё ранение не считается боевым, оно квалифицируется как бытовое, и ни на какие компенсации я не рассчитываю. Да и не важно всё это. Нас же, по сути, туда никто не звал, мы сами выехали помогать. Мы сами себя там кормим, зарплату не получаем, командировочные нам не платят, гостиницу не предоставляют.

– Почему вы не хотите как все?

– Это противоречит моим убеждениям. Я никого не осуждаю, спасибо всем коллегам, кто едет на Донбасс, мы делаем общее дело. Просто... если у меня есть стремление помочь людям, я хочу, чтобы это было бесплатно.

Точнее – мы хотим, нас ведь в коммуне «Друзья медицины Донбасса» много. Пишем заявления на отпуск, приезжаем в ДНР или ЛНР, работаем, деньги заканчиваются – поехали обратно. Заработали в Москве, купили то, что нужно для нашей работы там, и снова отправляемся на Донбасс.

– Борис Анатольевич, наверное, глупо спрашивать, планируете ли вы после выздоровления очередную поездку? Мне кажется, я знаю ответ.

– Вы правы, ответ очевиден. Честно говоря, считаю дни. Правда, я ещё не знаю, как буду говорить об этом с Денисом Николаевичем Проценко и со своей супругой, но ехать надо, потому что надо помогать, чтобы приблизить победу. Одна спасённая жизнь – считай, уже не зря приехали, а у нас с ребятами, думаю, больше чем по сотне спасённых на каждого.

Поверьте, мы туда «катаемся» не потому, что испытываем дефицит адреналина в крови. Если бы причина была именно в желании получить острые ощущения, то первый же обстрел должен был с лихвой перекрыть эту потребность и заставить успокоиться. А успокоенности нет. Много раз мы с ребятами туда ездили, много времени там провели, но именно следующая моя поездка будет, наверное, самая осознанная.

– Как отнёсся директор Коммунарки к такому результату вашего волонтерства? Он не требует от вас прекратить поездки, ведь руки для хирурга – главный профессиональный инструмент?

– Да он всё понимает и потому не препятствует. Это жена теперь, после ранения говорит: ну что надо сделать, чтобы ты перестал туда ездить?

– А что надо сделать?

– Надо, чтобы война закончилась.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».



В операционной донецкой больницы

сложные. Но я обратил внимание на донецких врачей и медсестёр, которые уже с 2014 г. находятся в этой ситуации: для них все, кто оказался перед ними, – пациенты, и не важно, с какой стороны человек, мы должны его лечить.

Мне вообще кажется, что как врач я по-настоящему раскрылся только там, на Донбассе, потому что во мне проснулось вот это новое понимание своей профессии: враг тоже может нуждаться в твоей помощи, так помоги ему просто потому, что ты человек. Прекрасно понимаю, с кем и с чем мы сражаемся, и полностью поддерживаю решение Президента России о проведении СВО, но как хирург я не вправе делить раненых на своих и чужих. Вот и всё. Да, мы видим, как относятся к нашим пленным на той стороне, но отвечать взаимностью на их жестокость не нужно, во всяком случае в военных госпиталях.

И ещё я подумал тогда: вдруг как травматолог я не только его телесные раны вылечу, но и душевные? Вдруг после этого он, заблудившийся в жизни, поймёт наконец, что мы – русские – не враги им?..

– После очередной командировки вы оказались на больничной койке. Что произошло?

задержаться на пару недель и прооперировать несколько десятков пациентов, выполняя по 6-8 операций в день. Первых 8 человек я успел прооперировать, и тут случилось то, что случилось: 15-го числа в соседнем городе появился тяжёлый пациент с ранением позвоночника, надо было съездить посмотреть и определиться с тактикой. А в итоге пришлось самому срочно эвакуироваться в Москву.

Абсолютно доверяю своим донецким коллегам-травматологам, но по характеру своей травмы чётко понимал, что эта история не на один день. Зачем же занимать койку, когда за эти несколько недель на этой койке могут спасти много замечательных ребят? Я ведь еду, чтобы помогать, а не лежать в больнице. В общем, добрался с «разобранной» рукой до Москвы, здесь мне её «собрали». Сейчас прохожу реабилитацию.

– И что теперь с остальными пациентами: их лечение отложили?

– Вовсе нет. Мы с ребятами «оперировали» дистанционно, по видеосвязи: я отсюда давал подсказки и контролировал, а коллеги в Донецке на операционном столе работали. Это был их первый самостоятельный опыт

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 19 (2379)

Недержание мочи (НМ) – это патологическое состояние, характеризующееся лобным непроизвольным выделением мочи из уретры.

Этиология и патогенез

Выделяют четыре вида недержания мочи: ургентное (от англ. *urge* – повелительное), стрессовое (от англ. *stress* – напряжение) (недержание мочи при напряжении), вследствие переполнения мочевого пузыря и функциональное.

Недержание мочи при напряжении, или стрессовое недержание мочи (СНМ), может быть двух основных видов: заболевание, связанное с дислокацией и ослаблением связочного аппарата неизменённого мочеиспускательного канала и уретровезикального сегмента, что относится к анатомическому недержанию мочи, и заболевание, связанное с изменениями в самом мочеиспускательном канале и сфинктерном аппарате, приводящими к нарушению функции замыкательного аппарата.

Ургентное недержание мочи (УНМ) связано с непроизвольными сокращениями мочевого пузыря. Это состояние может быть связано с нейрогенными проблемами, такими как снижение ингибирующего контроля со стороны центральной нервной системы, или же нарушениями функции уротелия, что может приводить к активации афферентных рефлексов мочевого пузыря.

Недержание мочи у мужчин возникает, как правило, после ранее перенесённых операций на предстательной железе, в ходе которых может быть повреждение сфинктера уретры. Наиболее частыми причинами недержания мочи у мужчин являются радикальная простатэктомия и трансуретральные операции на простате. У мужчин в такой ситуации чаще имеет место стрессовая форма недержания мочи. Ургентное недержание мочи у мужчин может иметь место независимо от ранее проводимых операций и встречается чаще с увеличением возраста больных.

К недержанию мочи при переполнении мочевого пузыря приводят снижение или отсутствие сократительной активности детрузора и длительная существующая инфравезикальная обструкция. Снижение или отсутствие сократительной способности детрузора – результат нарушения иннервации мочевого пузыря (травмы и заболевания на уровне сакрального отдела спинного мозга, диабетическая полинейропатия, повреждение нервных волокон при операциях на органах малого таза и др.).

Инфравезикальная обструкция чаще встречается у мужчин. Её вызывают доброкачественная гиперплазия и рак предстательной железы, стриктура уретры и др.

Функциональное недержание мочи возникает при наличии внешних функциональных препятствий для мочеиспускания на фоне нормального функционирования мочевых путей. Может быть связано со снижением когнитивных функций, мобильности, действием психологических факторов (например, снижение мотивации) или факторов окружающей среды (ограничение доступности туалета).

Недержание мочи, особенно у пожилых людей, связано с различными сопутствующими заболеваниями, включая сердечную недостаточность, хроническую почечную недостаточность, сахарный диабет, хроническую обструктивную болезнь лёгких, неврологические заболевания, в том числе инсульт и рассеянный склероз, общее когнитивное нарушение, расстройство сна, например апноэ во сне, депрессию и метаболический синдром.

Эпидемиология и патогенез

Эпидемиологические данные показывают, что НМ при напряжении (НМПН) широко распространено в Северной Америке и странах Европы, где от 34 до 38% женщин страдают этим заболеванием, распространённость ургентного недержания мочи согласно тому же эпидемиологическому исследованию составляет до 14%. Распространённость недержания мочи у пациентов в возрасте старше 60 лет составляет 10,4% среди мужчин и 19,3% среди женщин и увеличивается с возрастом.

Несмотря на то что НМ достаточно широко распространено, обращаемость за

помощью в нашей стране низкая. В развитых странах число обращающихся к специалисту пациенток составляет около 30%, а в России – не более 10%. Данный факт обусловлен многими причинами, в частности неосведомлённостью пациентов и врачей амбулаторного звена, отсутствием информации, интимностью проблемы и отношением больных к данной проблеме, как к естественному процессу старения.

Недержание мочи

Клинические рекомендации

Недержание мочи не представляет угрозы для жизни, но значительно нарушает её качество, функциональную активность, приводит к развитию социальной изоляции и депрессии, повышает риск развития падений и пролежней. Кроме того, недержание мочи является одной из причин институализации пожилых людей и приводит к большим экономическим затратам.

Классификация заболевания или состояния

Согласно классификации Международного общества по удержанию мочи (ICS), выделяют следующие виды недержания мочи:

- стрессовое недержание мочи (СНМ), или недержание мочи при напряжении, – непроизвольное выделение мочи при внезапном повышении внутрибрюшного давления и недостаточности сфинктерного аппарата уретры, а также при дислокации и ослаблении связочного аппарата неизменённого мочеиспускательного канала и уретровезикального сегмента, которые возникают при кашле, чихании, физических нагрузках и т.д.
- ургентное (императивное) недержание – непроизвольное выделение мочи при внезапном нестерпимом повелительном позыве к мочеиспусканию, обусловленном непроизвольными сокращениями детрузора; служит проявлением ГАМП
- смешанное (комбинированное) недержание мочи сопровождается проявлением и стрессового и ургентного недержания.

Описанные типы недержания мочи встречаются наиболее часто, однако существует ещё несколько редко встречающихся типов:

- энурез, или ночное недержание мочи, – возникает во время сна;
- ситуационное недержание – непроизвольное выделение мочи при различных обстоятельствах, например, при половом акте, оргазме, смехе и т.д.;
- парадоксальная ишурия – жалоба на недержание мочи при одновременной хронической задержке мочи;
- недержание мочи при переполнении мочевого пузыря (парадоксальная ишурия) – сочетание недержания мочи с хронической задержкой мочи.

В клинической практике широко применяют более простую и приемлемую для практического здравоохранения классификацию Д.Кана (1978), определяющую степень тяжести недержания мочи при напряжении. По Д.Кану, различают 3 степени недержания мочи: лёгкую, среднюю и тяжёлую.

При лёгкой степени непроизвольное выделение мочи отмечают только во время резкого и внезапного повышения внутрибрюшного давления: сильного кашля, быстрой ходьбы. При этом потеря мочи исчисляется всего несколькими каплями.

При средней тяжести клинические признаки появляются во время спокойной ходьбы, при лёгкой физической нагрузке и т.д.

При тяжёлой степени пациенты полностью или почти полностью теряют мочу даже при изменении положения тела.

Клиническая картина

Недержание мочи возникает, если давление в мочевом пузыре превышает давление внутри мочеиспускательного канала. Истинное НМ при напряжении может появляться при изменении положения тела, физической нагрузке той или иной степени выраженности, то есть при увеличении внутрибрюшно-

го давления. Оно обусловлено снижением тонуса мышц тазового дна, ослаблением сфинктеров мочевого пузыря.

Основной жалобой пациентов со стрессовым недержанием является самопроизвольное отхождение мочи при кашле, чихании, физической нагрузке.

Ургентное недержание мочи сопровождается ургентными (императивными) позывами к мочеиспусканию, которые невозможно отсрочить и которые зачастую вызваны непроизвольным сокращением мочевого пузыря. Выделение мочи в таких случаях обильное.

Нейрогенное НМ возникает при повреждении головного и спинного мозга, спинномозговой грыже. Оно может быть как стрессовым, так и ургентным.

Экстрауретральное непроизвольное выделение мочи (ложное недержание)

первый шаг в обследовании пациента с НМ. Он должен включать тип, длительность и тяжесть недержания мочи и связь с другими симптомами нарушенного мочеиспускания. После сбора анамнеза необходимо определить тип недержания мочи: стрессовое, ургентное или смешанное. Также следует выявлять пациентов, которых необходимо срочно направлять к другим специалистам, включая лиц с болевым синдромом, гематурией, рецидивирующими инфекциями мочевыводящих путей (ИМП), операциями на органах малого таза (ОМТ), особенно на предстательной железе, лучевой терапией, постоянным подтеканием мочи, свидетельствующим о наличии свища, затруднённым мочеиспусканием или подозрением на неврологические заболевания.

У женщин сбор акушерского и гинекологического анамнеза помогает понять

может быть связано с врождёнными или приобретёнными дефектами мочеточника, мочевого пузыря или мочеиспускательного канала. Приобретённые дефекты, ведущие к ложному недержанию мочи, как правило, связаны с травмой, в результате которой нарушается целостность мочевыводящих путей с последующим образованием мочевых свищей, открывающихся на кожу, во влагалище или прямую кишку. Также могут быть врождённые изменения – врождённые или приобретённые дефекты мочеточника, мочевого пузыря или мочеиспускательного канала, например, при экстремии мочевого пузыря, тотальной эписпадии уретры, тотальной гипоспадии уретры, эктопии устьев мочеточников с необычным расположением их, например в уретре или влагалище.

Диагностика

Критерии установления диагноза/состояния: на основании патогномичных данных:

- Для стрессового недержания мочи*
- наличие в анамнезе эпизодов недержания мочи, связанных с физической нагрузкой, кашлем, чиханием, ходьбой, изменением положения тела или другими состояниями, приводящими к повышению внутрибрюшного давления;
 - физикальное обследование – наличие положительной кашлевой пробы;
 - инструментальное обследование (отсутствие остаточной мочи при УЗИ).

- Для ургентного недержания мочи*
- наличие в анамнезе эпизодов недержания мочи, связанных с повелительными позывами к мочеиспусканию, иногда сопровождающемуся учащённым мочеиспусканием и ноктурией;
 - физикальное обследование – наличие отрицательной кашлевой пробы;
 - инструментальное обследование (отсутствие остаточной мочи при УЗИ).

- Для смешанного недержания мочи*
- наличие в анамнезе эпизодов недержания мочи, связанных с повелительными позывами к мочеиспусканию, иногда сопровождающемуся учащённым мочеиспусканием и ноктурией в сочетании с наличием в анамнезе эпизодов недержания мочи, связанных с физической нагрузкой, кашлем, чиханием, ходьбой, изменением положения тела или другими состояниями, приводящими к повышению внутрибрюшного давления;
 - физикальное обследование – наличие положительной кашлевой пробы;
 - инструментальное обследование (отсутствие остаточной мочи при УЗИ).

- Для парадоксальной ишурии*
- наличие в анамнезе эпизодов недержания мочи в сочетании с хронической задержкой мочи;
 - инструментальное обследование (наличие остаточной мочи при УЗИ).

- Для ситуационного недержания мочи*
- жалобы на непроизвольное выделение мочи при различных обстоятельствах, например, при половом акте, оргазме, смехе;
 - инструментальное обследование (отсутствие остаточной мочи при УЗИ).

Жалобы и анамнез

Тщательный сбор анамнеза имеет фундаментальное значение в клиническом процессе. Несмотря на отсутствие формальных данных, достигнуто однозначное согласие в том, что сбор анамнеза представляет собой

причину и выявить факторы риска, которые могут определять тактику лечения. Кроме того, необходимо спрашивать пациента о сопутствующих заболеваниях и приёме каких-либо медикаментозных препаратов, поскольку они могут влиять на развитие недержания мочи.

При сборе жалоб и анамнеза у пациентов с недержанием мочи рекомендуется выявлять характер жалоб, факторы, провоцирующие недержание, наличие болевого синдрома, гематурии, рецидивирующих ИМП, операций на ОМТ, лучевой терапии, наличие сопутствующих заболеваний и приём лекарственных препаратов.

Обязательным является определение когнитивного статуса пожилого пациента с применением опросника Мини-ког.

При сборе анамнеза и оценке общего состояния пациента следует обратить внимание на следующие аспекты: выявление сопутствующих заболеваний, которые могут иметь огромное влияние на развитие недержания мочи или кала и пролапса тазовых органов; выявление медикаментозных препаратов, которые принимает пациент по поводу других заболеваний, которые могут способствовать возникновению недержания мочи. Анамнестическим сведением также является уточнение количества приёма жидкости, в том числе характер принимаемой жидкости. У мужчин следует уточнить, какие операции ранее выполнялись на предстательной железе и мочевом пузыре. Гематурия является показанием к выполнению цистоскопии.

Физикальное обследование

В клинических исследованиях получено мало данных о том, что проведение физикального исследования способствует более эффективному лечению, но достигнут консенсус, что оно остаётся важной частью обследования пациентов с НМ. Обследование должно включать осмотр области живота для пальпации мочевого пузыря (наполненного) или других образований, осмотр промежности и пальцевое ректальное исследование предстательной железы и/или влагалищное исследование. Исследование промежности у женщин включает оценку эстрогенного статуса и тщательный осмотр на предмет сопутствующего пролапса ОМТ. При достаточном наполнении мочевого пузыря кашлевой тест позволяет диагностировать СНМ, а с помощью влагалищного исследования можно оценить способность мышц тазового дна к сокращению и подвижность уретры.

Рекомендуется перед началом лечения проводить тщательный физикальный осмотр с обязательным осмотром в гинекологическом кресле пациенток женского пола для дифференциальной диагностики между различными типами недержания мочи и планирования дальнейшего лечения.

При физикальном осмотре пациента следует обратить внимание на нижеследующие аспекты. Абдоминальное обследование: пальпация живота, области мочевого пузыря, выявление послеоперационных рубцов. При влагалищном исследовании важно оценить состояние слизистой оболочки влагалища и наружных половых органов. У мужчин проводится тщательный осмотр мочеполюсовых органов, в том числе ректальный осмотр предстательной железы. Ректальный осмотр является обязательным также у пациентов, перенёвших радикальную простатэктомию для исключения локального роста опухоли простаты.

Рекомендуется выполнение кашлевого теста при наполненном мочевом пузыре всем пациентам с НМ для дифференциальной диагностики между различными типами недержания мочи и планирования дальнейшего лечения.

Положительным считается тест, когда при кашле, натуживании или другом физическом усилии отмечается выделение мочи из наружного отверстия уретры. Следует обратить внимание, что кашлевой тест следует выполнять при наполненном мочевом пузыре не менее 300 мл. Кашлевой тест можно выполнять как в гинекологическом кресле, так и в положении стоя. При истинном стрессовом НМ выделение мочи должно быть зафиксировано одновременно с кашлевым толчком.

Рекомендуется заполнять дневник мочеиспусканий пациентам, страдающим НМ, до начала лечения на протяжении не менее 3 дней для оценки частоты мочеиспусканий, интенсивности позывов и частоты недержания мочи.

Определение частоты мочеиспусканий и выраженности симптомов нарушенного мочеиспускания представляет собой важный шаг в оценке и лечении дисфункции нижних мочевыводящих путей, включая НМ. Дневник мочеиспусканий относят к полубъективному методу количественной оценки симптомов, включая количество эпизодов НМ. Он также позволяет определить уродинамические параметры, например, объём мочеиспускания, суточный и ночной диурез. Для описания дневников мочеиспусканий используют другие термины – дневник частоты/объёма мочеиспусканий и дневник мочевого пузыря.

Дневник мочеиспусканий должен отражать время каждого мочеиспускания и объём выделенной мочи, эпизоды неудержимых позывов к мочеиспусканию или эпизоды недержания мочи, а также информацию о питевом режиме в дни заполнения. Данные, полученные из дневника мочеиспусканий, помогают объективизировать жалобы пациента. Кроме того, объём мочеиспускания позволяет предположить такие диагнозы, как гиперактивный мочевой пузырь или полиурия. Дневник также можно использовать для оценки эффективности лечения. У пациентов с НМ тяжёлой степени дневник мочеиспусканий не даёт возможности точно оценить 24-часовой диурез, поскольку объём выделенной мочи может быть ниже общей вместимости мочевого пузыря. Дневник мочеиспусканий, заполняемый от 3 до 7 дней, чувствителен к изменениям и представляет собой достоверный критерий эффективности лечения.

Рекомендуется для субъективной оценки состояния пациента, страдающего НМ, использовать опросники и шкалы.

Валидированные шкалы симптомов, специфические для заболевания, помогают

(Окончание. Начало в № 20 от 24.05.2023.)

Иное лечение

Рекомендуется пациентам с V_{12} -дефицитной анемией и признаками плохой адаптации к анемии проводить оксигенотерапию и заместительные трансфузии эритроцитсодержащих компонентов крови (1-2 дозы) по индивидуальным показаниям в качестве дополнительных мер для достижения ремиссии и улучшения общего состояния пациента.

Пациенты с мегалобластной анемией всегда плохо адаптированы к анемии, поскольку метаболические нарушения касаются не только кровотока, но и всех органов и систем, где проявляется клеточная дистрофия (вследствие нарушения синтеза ДНК). В соответствии с этим вопрос назначения заместительной терапии эритроцитсодержащими компонентами крови решается на индивидуальной основе. Пациенты пожилого и старческого возраста зачастую требуют проведения гемокомпонентной терапии даже при умеренном снижении гемоглобина (до 75-85 г/л).

У многих пациентов на фоне лечения цианкобаламином и активизации эритропоэза может проявиться дефицит железа, который препятствует полной нормализации показателей красной крови и требует стандартного лечения препаратами железа.

Диетотерапия и обезболивание не применяются.

Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.

Специфических реабилитационных мероприятий в отношении пациентов с V_{12} -дефицитной анемией нет.

Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.

в оценке выраженности симптомов, таких как интенсивность ургентных позывов. Опросники помогают в скрининге и дифференциации типов недержания мочи, в стандартизированной оценке симптомов. Кроме того, они используются для динамической оценки состояния пациента и эффективности лечения.

Лабораторные диагностические исследования

Рекомендуется выполнять общий анализ мочи при первичном обследовании пациента с НМ для достоверного исключения ИМП. Не рекомендуется рутинное лечение бессимптомной бактериурии у пожилых пациентов с целью уменьшения выраженности недержания мочи.

У пациентов с НМ и сопутствующей мочевой инфекцией рекомендуется устранить проявления инфекции. Лечение бессимптомной бактериурии у пожилых пациентов в надежде устранить НМ не рекомендовано. Общий анализ мочи с отрицательным результатом теста на нитриты и лейкоцитурию позволяет исключить ИМП у пациентов с НМ, и его необходимо включать в обследование всех пациентов с НМ, с выполнением при необходимости посева мочи на стерильность (бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибиотикам). НМ может развиваться на фоне симптоматической ИМП или усиливаться на фоне ИМП. У пациентов, получающих уход на дому, лечение бессимптомной бактериурии не влияет на количество эпизодов и выраженность недержания мочи.

По данным общего анализа мочи, среди пациентов с расстройствами мочеиспускания легко обнаружить группу пациентов с инфекцией мочевыводящих путей, которая служит причиной симптомов со стороны нижних мочевыводящих путей. Такие пациенты легко поддаются лечению. Проведение анализа мочи может варьировать от использования тест-полосок до микроскопии мочи и бактериологического исследования (при наличии показаний).

Инструментальные диагностические исследования

Рекомендуется определение объёма остаточной мочи при ультразвуковом исследовании у пациентов с НМ и симптомами нарушенного мочеиспускания для исключения хронической задержки мочи и парадоксальной ишурии.

У пациентов с подозрением на дисфункцию мочевыводящих путей определение остаточной мочи должно быть частью первоначального обследования, особенно если результат исследования, скорее всего, будет влиять на выбор лечения (например, у неврологических пациентов). Ультразвуковое исследование для определения

звукое исследование для определения остаточной мочи проводится также при осложнённом недержании мочи или использовании медикаментозных препаратов, которые могут привести к развитию дисфункции нижних мочевыводящих путей. В случае парадоксальной ишурии у больного НМ сочетается с хронической задержкой мочи.

Комплексное уродинамическое исследование (КУДИ) – это функциональное исследование нижних мочевыводящих путей, включающее в себя несколько тестов: урофлоуметрию, цистометрию наполнения и цистометрию опорожнения.

Рекомендуется выполнять КУДИ для оценки степени дисфункции НМП в следующих случаях:

- когда результаты могут изменить выбор лечения, например, выбор более инвазивного метода лечения недержания мочи и ПТО
- в рамках начальной и долгосрочной программы наблюдения при некоторых типах нейрогенной дисфункции нижних мочевыводящих путей
- у пациентов с рецидивами недержания мочи после хирургических операций по устранению недержания
- в случае осложнённого недержания мочи
- в случае недержания мочи у мужчин.

Уродинамическое исследование является единственным методом, позволяющим определить и охарактеризовать функцию и дисфункцию нижних мочевыводящих путей у нейрогенных пациентов с НМ, с отдельной оценкой сократительной способности детрузора и активности наружного сфинктера уретры, а также синхронность функционирования при мочеиспускании. Для объективной оценки функции и дисфункции НМП пациентам с нейрогенными дисфункциями нижних мочевыводящих путей и нейрогенным НМ рекомендовано проводить комплексное уродинамическое исследование для всех пациентов.

Не рекомендуется рутинное выполнение комплексного уродинамического исследования, включающего урофлоуметрию, цистометрию наполнения и цистометрию опорожнения, всем пациентам при проведении консервативного лечения недержания мочи.

Иные диагностические исследования

Всем пациентам с НМ визуализация нижних мочевыводящих путей и органов малого таза рекомендуется для исключения сопутствующей патологии нижних мочевых путей и органов малого таза.

Начальным может быть ультразвуковое исследование или обзорная рентгенография. Визуализация верхних мочевыводящих путей рекомендуется в конкретных ситуациях. К ним относятся:

- наличие гематурии

• наличие нейрогенного недержания мочи, например, при миелодисплазии, травмах спинного мозга

- наличие недержания мочи, которое ассоциировано с наличием значительного количества остаточной мочи
- наличие сосуществующей боли в пояснице (в области почек)
- выявление выраженного ПТО, ранее не леченного
- подозрение на экстрауретральное НМ
- у детей с НМ и инфекцией мочевыводящих путей.

Полученные результаты уродинамического исследования указывают на низкую растяжимость (комплаентность) мочевого пузыря.

По результатам исследований УЗИ обладает большей диагностической ценностью, чем рентгенография.

Цистоуретроскопия не рекомендуется как рутинное исследование всем пациентам с НМ и может выполняться при наличии следующих показаний:

- у пациентов с осложнённым и рецидивирующим НМ (например, после неудачной хирургической операции);
- при первоначальном обследовании выявлены другие патологические изменения, например гематурия;
- при наличии боли или дискомфорта в области мочевого пузыря у пациентов с симптомами со стороны мочевыводящих путей эндоскопия может выявить внутрипузырное поражение (например, опухоль);
- при подозрении на наличие урогенитальных свищей и экстрауретрального недержания мочи.

Сложность для диагностики (с целью выявления ложного недержания мочи) в основном представляют различные эктопии устья мочеточника, особенно при удвоении мочеточников. Эктопированное устье находится при инструментальном исследовании (уретроскопии, осмотре влагалища в зеркалах, ректоскопии). Иногда целесообразно одновременное применение индигокарминовой пробы. Внутривенно вводят 5 мл 0,4% раствора индигокармина и наблюдают за его выделением с мочой из эктопированного устья. При рецидивных формах недержания мочи следует исключить протрузии субуретральных слингов в уретру и мочевой пузырь, урогенитальные свищи.

Не рекомендуется рутинное выполнение исследований по визуализации верхних мочевыводящих путей и цистоскопии у пациентов с НМ.

Данные исследования показаны только при наличии рецидива недержания мочи, большого количества остаточной мочи, затруднённого мочеиспускания, гематурии, эктопии устья мочеточника или при тазовой боли.

(Окончание следует.)

Витамин V_{12} -дефицитная анемия

Диспансерное наблюдение проводится с учётом возможности устранения причины дефицита V_{12} .

К группе риска развития V_{12} -дефицитной анемии относятся пациенты с синдромом мальабсорбции (целиакия, хронические воспалительные заболевания кишечника), с резекцией желудка и кишечника в анамнезе, находящиеся на программном гемодиализе, а также беременные женщины, соблюдающие вегетарианскую диету.

Организация оказания медицинской помощи.

Показания для экстренной госпитализации в медицинскую организацию:

- глубокая анемия с выраженными гипоксическими проявлениями и/или отсутствие адаптации к снижению уровню гемоглобина (декомпенсация анемии).

Показания для плановой госпитализации в медицинскую организацию:

- диспансерное наблюдение, в том числе при первичной диагностике V_{12} -дефицитной анемии умеренной или тяжёлой степени.

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

- регресс симптомов декомпенсации анемии, окончание обследования с целью выявления причины развития дефицита витамина V_{12} .

Дополнительная информация.
Возможные причины развития V_{12} -дефицитной анемии;

I. Нарушения всасывания витамина V_{12}
Приобретённые формы дефицита витамина V_{12}

Нарушение секреции гастромукопротеина (внутреннего фактора) в желудке:

- Атрофия париетальных клеток слизистой оболочки желудка (атрофические гастриты).
- Антитела к париетальным клеткам слизистой оболочки желудка.
- Антитела к гастромукопротеину или к комплексу гастромукопротеин + витамин V_{12} .
- Органические поражения желудка и кишечника (опухоль, распространённый полипоз), состояние после резекции желудка или кишечника.
- Органические болезни тонкой кишки (спру, илеит, болезнь Крона).

Наследственные формы дефицита витамина V_{12}

- Дефицит внутреннего фактора.
 - Болезнь Иммерслунд – Гресбека.
 - Дефицит и аномалии транскобаламина II.
- II. Повышенный расход витамина V_{12}**
- Беременность.
 - Избыточная кишечная флора при дивертикулёзе кишечника, инвазия широкого лентеца и другие паразитозы.

III. Уменьшенное потребление витамина V_{12}

- Неполноценное питание.
- Отсутствие продуктов животного происхождения.

При подозрении на V_{12} -дефицитную анемию в детской практике следует:

- обратить внимание на возможные проявления синдрома мальабсорбции;
- подробно выяснить характер питания ребёнка и родителей;
- в случае обследования грудных детей выяснить характер питания матери до и

во время беременности, а также в период кормления грудью.

Дети, в питании которых недостаточно витамина V_{12} , с большой вероятностью имеют дефицит других витаминов и микроэлементов (в том числе фолиевой кислоты, железа). Таких детей необходимо ставить на диспансерный учёт, получив результаты первоначального обследования.

Прогноз V_{12} -дефицитной анемии. Ранняя диагностика V_{12} -дефицитной анемии, своевременное начало лечения и адекватное диспансерное наблюдение после ликвидации анемии обеспечивают благоприятный прогноз заболевания вне зависимости от возраста пациента.

У пожилых пациентов с глубокой анемией прогноз может определяться наличием и характером сопутствующих, в том числе сердечно-сосудистых, заболеваний. Развитие клиники фуникулярного миелоза резко ухудшает прогноз.

Елена ЛУКИНА,
заведующая отделением орфанных заболеваний, доктор медицинских наук, профессор.

Нина ЦВЕТАЕВА,
старший научный сотрудник отделения орфанных заболеваний, кандидат медицинских наук.

Валентина ДВИРНЫЙК,
заведующая Централизованной клинико-диагностической лабораторией, кандидат медицинских наук.

НМИЦ гематологии Минздрава России.

Объединённый учёный совет Сибирского отделения РАН по медицинским наукам, собравшись в Томске, обратился к теме, важнее которой, пожалуй, нет, – трансляция научных идей из лабораторий в производственные цеха, а оттуда в клиническую практику.

Казалось бы, генезис новых медицинских технологий очевиден: учёные докапываются до биологической сути той или иной патологии и предлагают способ её купирования, после чего разработчики диагностикомов, фармпрепаратов и оборудования эту идею воплощают в осязаемые продукты, а производители их тиражируют. Но почему-то в жизни всё оказывается гораздо сложнее. Отчего так происходит? Встреча в Томске, где за «круглым столом» собрались директор научных институтов СО РАН, лидеры мнений в сфере биомедицинской науки и практического здравоохранения, руководители предприятий, занимающихся выпуском

лекарств и медицинских изделий, показала: причина того, что огромное количество интересных предложений от российских учёных так и остаётся нереализованным в практике здравоохранения, кроется в системных отраслевых ошибках.

В то же время в регионах Сибири есть примеры весьма успешной работы биомедицинских научно-производственных консорциумов. Как раз эти примеры, по замыслу организаторов встречи, должны укрепить Министерство науки и высшего образования, Минздрав, Минпромторг, Минэкономразвития во мнении, что, не используя в полной мере научно-технологический потенциал своей страны, мы тем самым усиливаем возможности остального мира. Импортзамещение в авральном режиме, конечно, азартный процесс, и многие потом получают ордена. Но лучше всё-таки, чтобы был наконец налажен плановый трансфер отечественных биомедицинских технологий.

ским центром, НИИ кардиологии им. Е.И.Чазова, федеральными центрами сердечно-сосудистой хирургии в Пензе и Хабаровске, Томским НИИ кардиологии. Разработку протезов клапанов сердца, стент-графтов и других «расходников» инженеры ведут вместе с кардиохирургами.

Есть опыт организации производства клапанных протезов собственной разработки и у НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний (Кемерово) и его индустриального партнёра. Здесь тоже уяснили важность капиталистической конкуренции, поэтому, чтобы не дублировать работу других научных

Первый робот-аритмолог

Ещё два примера того, как заказчик в лице научного института и исполнитель в лице предприятия находят друг друга и взаимодействуют напрямую. В конце 1990-х годов молодые специалисты из двух научных организаций в Томске – Института кардиологии и инженерно-конструкторской компании «Электропульс» – нашли общие интересы в разработке приборов для интервенционной аритмологии. С тех пор они придумали уже не один вариант носимых наружных электрокардиостимуляторов, электрофизиологических комплексов для диагностики аритмий, лечебной

Некогда ждать

Значение темы, которую вынесли на обсуждение экспертов, председатель Объединённого учёного совета СО РАН по медицинским наукам академик Сергей Попов обозначил следующим образом. В Российской Федерации приняты три национальных проекта – «Наука», «Здравоохранение» и «Демография», реализацией которых должно стать снижение заболеваемости и смертности прежде всего от сердечно-сосудистых, онкологических и нейродегенеративных патологий. Чтобы этого достичь, необходимо разработать и внедрить высокие и критические медицинские технологии, включая персонализацию терапии. Однако решение этих задач затруднено, поскольку до последнего времени в РФ не было ориентира на собственное производство медицинских изделий высокотехнологичного сектора биомедицины. В итоге сегодня, когда активные зарубежные игроки данного сектора с российского рынка уже ушли или в процессе ухода, впору говорить о необходимости не просто замещения импорта медицинских технологий, а экстренного импортзамещения. Идеалисты-мечтатели употребляют даже слово «импортоперереживание».

– Оперативным ответом государства на текущие вызовы должна стать разработка единого непрерывного технологического процесса по разработке технологий, планированию и выпуску высокотехнологичного продукта в сфере биомедицины, фармацевтики, производства расходных материалов и медицинского приборостроения. Времени на раскачку нет ни сколько, – подчеркнул С.Попов.

Исследовательский потенциал России высок. Нужно только не изолировать его по ведомствам, а грамотно задействовать все научные организации и университеты в процессе реализации продуктивных идей. Не такая уж сложная это задача, как было показано на региональных примерах.

На равных

За рубежом вся наука концентрируется вокруг и внутри университетов, а в нашей стране сложилась иная структура: есть так называемая большая наука и есть вузовская, типа второстепенная. Отношения их традиционно строились как отношения старшего и младшего братьев.

С недавних пор такое положение дел перестало устраивать всех, поскольку синергия исследовательских ресурсов может дать существенно более высокий результат. Томск, как город учёных и студентов, был одним из первых регионов страны, где начали формироваться объединения высших учебных заведений и институтов РАН, Минздрава и ФМБА, а затем по ряду проектов поднялись индустриальные партнёры.

Президент Томского государственного университета Георгий Майер называет вузы центрами генерации биомедицинских знаний и технологий, не говоря уже о том, что они собственно и являются базами подготовки биотехнологов. В последние годы в ТГУ отмечают бум интереса студентов к обучению по специальности «медицинская физика» и «медицинская химия». Интерес возник не на пустом

Обсуждения

Трансфер биотехнологий: тише едешь – проиграешь

Как сделать, чтобы новые разработки не устарели раньше времени



Сверим часы

месте: молодёжь привлекает перспектива работы в научно-образовательных консорциумах.

Так, синдикат ТГУ, Сибирского медуниверситета, Федерального сибирского научно-клинического центра и Федерального медицинского биофизического центра им. А.И.Бурназяна ФМБА России занимается созданием приборов и технологий для экстремальной и реабилитационной медицины. Данная научно-техническая программа полного инновационного цикла включает следующие разделы: медицинская робототехника, клеточные и геномные технологии, биоинформатика, спортивная и космическая медицина, медицина специального назначения, медицина высоких широт. Каждый из участников альянса вносит свою интеллектуальную лепту.

– Если перестать конкурировать, а объединиться для решения единой научной задачи, достижения будут значительно выше, – так Г.Майер видит преимущества научно-образовательных консорциумов.

Кто сказал, что это невозможно?

Представленные на заседании Объединённого учёного совета практики научно-производственной интеграции – это не правила, а исключения, но зато какие! Любую из этих практик можно тиражировать в масштабах страны как эффективную модель трансфера научных идей в форму технологий и изделий медицинского назначения.

Так, ректор Сибирского государственного медуниверситета (Томск) Евгений Куликов рассказал

о создании инфраструктуры полного цикла по разработке лекарств. Уже организованы несколько лабораторий химико-фармацевтических исследований и опытное производство лекарственных препаратов непосредственно на базе вуза.

– Университет не ставит перед собой задачу копирования дженериков. Мы нацелены на разработку двух уникальных генно-терапевтических препаратов, – уведомил ректор.

Управляющий научно-производственным предприятием «МедИнж» (Пенза) Сергей Евдокимов обозначил суть обсуждаемой темы максимально конкретно: глобальные процессы в стране влияют на то, достанутся ли пациентам медицинские изделия, спасающие жизнь.

– В СССР взаимодействие происходило так: медицина формулировала запрос на медицинские изделия, государство делало заказ медпромышленности, последняя поставляла готовые продукты государству, а те – медицинской отрасли. Прямых связей между инженерами и врачами практически не было. В 1990-е годы государство «впало в кому» и российская медицина начала искать спасение в контакте с зарубежными фирмами. Именно тогда все поняли разницу между социалистическим соревнованием и капиталистической конкуренцией, где соперничество за потребителя идёт путём расширения ассортимента и улучшения качества продукции, – напомнил С.Евдокимов.

К настоящему времени у предприятия выстроены прямые и прочные контакты с медицинскими организациями – НИИЦ им. Е.Н.Мешалкина, Бакулев-

организаций, сосредоточились на создании клапанов для аортальной имплантации, а также биодеградируемых сосудистых протезов малого диаметра. Заместитель директора НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний Евгений Григорьев отметил, что оба направления не просто важны для реконструктивной кардиохирургии и биопротезирования структур сердца, они весьма перспективны как раз в плане импортзамещения.

В свою очередь, заместитель директора НИИЦ им. Е.Н.Мешалкина (Новосибирск) Александр Романов подчеркнул, что современные тренды развития сердечно-сосудистой хирургии, в частности, клапанной, диктуют свои правила. Клапаны, во-первых, должны быть универсальными, во-вторых, они нужны как для имплантации эндоваскулярно, так и хирургическим миниинвазивным способом. В-третьих, желательно, чтобы клапанное протезирование избавляло больного от необходимости принимать антикоагулянты. И, наконец, для протезов важна долговечность. Собственно, над созданием клапанов с такими характеристиками и работают совместно специалисты НИИЦ им. Е.Н.Мешалкина, Института экспериментальной биологии и медицины РАН, конструкторского бюро и частного индустриального партнёра.

Сотрудничество томского НИИ кардиологии и НИИЦ им. В.А.Алмазова с корпорацией «Росатом» – яркий пример того, как запрос врачебного сообщества к физикам и инженерам воплощается в виде лечебной технологии и оборудования для медицины критических состояний. Речь идёт об ингаляционной терапии оксидом азота, а также органопротекции оксидом азота, подаваемым через оксигенатор в кровь пациента. Участие оксида азота в физиологических процессах впервые было показано ещё в 1965 г., но сегодня усилием российских учёных применение этого неорганического соединения в медицине обретает новые формы. Представитель Всероссийского НИИ экспериментальной физики (Саров) член-корреспондент РАН Виктор Селемир рассказал о том, как продвигается разработка оборудования для ингаляционной терапии медицинским оксидом азота, генерируемым в воздушном плазменном разряде в аппарате, расположенном у постели больного. Появления такого оснащения очень ждут в кардиологии, кардиохирургии, пульмонологии, реаниматологии.

электрокардиостимуляции, радиочастотной деструкции проводящих путей.

В настоящее время учёные НИИ кардиологии, томского Политехнического университета и компании «Лорге Медикал» замахнулись на создание первого в мире роботизированного комплекса полного цикла для диагностики и интервенционного лечения аритмий. Его особенность в том, что роботизированная платформа-манипулятор интегрирована с электрофизиологической системой поверхностного и внутрисердечного картирования, сюда же поступают данные компьютерной и магниторезонансной томографии у конкретного пациента. Фактически манипулятор управляется искусственным интеллектом.

Нужны правила

Теперь о том, что пока внушает не оптимизм, а противоположное чувство. По словам директора Томского национального исследовательского медицинского центра академика РАН Вадима Степанова, самая важная проблема, мешающая наладить механизм трансфера биомедицинских технологий в нашей стране, – отсутствие системной связи между научными организациями и реальным сектором экономики. Потенциальные партнёры просто не знают друг о друге. Всё расказанное выше, как уже замечено, – исключения из общего правила. Есть фрагментарные контакты, но некой объединяющей площадки нет. А ведь необходимость в ней возникла не вчера: уже лет двадцать, если не больше, на сессиях и собраниях РАН учёные, которым обидно складывать свои разработки «в стол», регулярно напоминают о необходимости создания в стране такой официальной площадки.

По итогам встречи учёный совет принял решение, которое будет направлено в адрес Министерства науки и высшего образования РФ. В частности, предлагается провести для научных организаций конкурс приоритет-2030, по итогам которого организовать под эгидой государства и при его финансовом участии разработку оригинальных или замещение заимствованных биомедицинских технологий, лекарств и медицинских изделий. Также министерству рекомендовано обратить внимание на клиники медицинских научных организаций, оказать им дополнительную технологическую и инфраструктурную поддержку, поскольку именно академические клиники могут стать ключевым инструментом трансфера новых биомедицинских технологий.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

В 2018 г. Ижевскую государственную медицинскую академию (ИГМА) возглавил 43-летний профессор кафедры факультетской терапии Алексей ШКЛЯЕВ. Корреспондент «МГ» Болеслав ЛИХТЕР-МАН встретился с ним в год 90-летия вуза, который сейчас переименовывается в Ижевский государственный медицинский университет (ИжГМУ). Здесь 52 кафедры и более 4 тыс. обучающихся.

– Алексей Евгеньевич, почему ИГМА становится ИжГМУ?

– Вуз расширяется, увеличивается количество факультетов. В прошлом году мы преобразовали Центр довузовского обучения и открыли на его базе факультет дополнительного образования, впервые в истории вуза получив бюджетные места на подготовительное отделение. С этого года на данном отделении обучаются иностранцы, а в будущем планируем получить для них бюджетные места. Мы также открыли факультет иностранных обучающихся. Несмотря на текущую геополитическую ситуацию, у нас растёт количество иностранных студентов. В прошлом году оно удвоилось.

– С чем это связано?

– Во-первых, мы начали обучение на специалитете по программе «3+3» – первые три года на английском языке, а следующие три – на русском, поскольку все пациенты у нас русскоязычные. Во-вторых, укрепили связи с дружественными странами. Много студентов к нам поступило из Индии. Наши постоянные партнёры – Узбекистан и Таджикистан. У нас обучается 245 иностранцев, что составляет 7% контингента обучающихся. Всего их 4100 человек, из них около 3,5 тыс. студентов. Остальные – это ординаторы и аспиранты.

– Много ли у вас бюджетников?

– Две трети, из них 70% – целевики. По итогам прошлогодней приёмной кампании мы на 100% укомплектовали бюджетные, в том числе целевые, места, с первого раза, без объявления дополнительного набора.

– И какой же был конкурс?

– В среднем – 10 человек на одно бюджетное место, а на стоматологическом факультете – 190 человек на место.

– Почему такой высокий конкурс у стоматологов?

– Там было выделено всего 25 бюджетных мест. На лечфаке их было 335, на педфаке – 127. Суммарно 487 мест на бюджетную форму обучения.

– Какие ещё изменения произошли в вузе?

– Мы наращиваем общий контингент обучающихся. За последние 5 лет он увеличился более чем на 20% (в абсолютных цифрах – на тысячу человек). Начали большие ремонты в учебных корпусах и общежитиях. За прошлый год вложили в это направление почти 100 млн руб. Это и целевые субсидии Минздрава России, и наши внебюджетные средства. Много денег вкладываем в закупку оборудования (симуляторов и тренажёров) для многопрофильного аккредитационно-симуляционного центра, где проходят первичная аккредитация выпускников специалитета и первичная специализированная аккредитация выпускников ординатуры. Планируем открытие собственной клиники путём передачи одного из медицинских учреждений из республиканской собственности в федеральную. Сейчас у нас два внебюджетных клинических подразделения – психотерапевтическая клиника и стоматологическая поликлиника. Пока обучающиеся распределены по медицинским организациям Ижевска и Удмуртской Республики по договорам безвозмездного пользования и договорам о практической подготовке. Значительные средства мы направляем на закупку литературы для библиотеки – до 6 млн ежегодно.

– Есть ли у вас какая-то цель или сверхзадача?

– Наша главная цель – обеспечить Удмуртскую Республику и соседние регионы РФ высококлассными врачебными кадрами.

В целом в республике обеспеченность врачами составляет 41,1 на 10 тыс. населения, что выше средней по стране. Конечно, большинство врачей Удмуртии обучались в нашем вузе. К нам приезжает много абитуриентов из соседних регионов. Абитуриентов из Удмуртии, по итогам приёмной кампании прошлого года, было только 24,3%.

результаты своего труда – как люди выздоравливают. В-третьих, чтобы учить медицине, надо самому уметь лечить. В-четвёртых, это своеобразная отдушина, смена деятельности, потому что администрирование часто деформирует личность, а клиническая работа, напротив, её улучшает, делает человека человечнее. Очень помог личный пример врачебной деятельности, когда потребовалось призвать наших студентов и ординаторов на помощь практическому

– У вас не возникает желания делегировать полномочия другим?

– Очень грамотный подход (смеётся). Но есть дела, которые нельзя перепоручить, в таких ситуациях я предпочитаю работать сам.

– Удаётся ли продолжать научную деятельность?

– Да, поскольку она представляет для меня неподдельный интерес. В научной сфере у меня три основных направления. Первое – особенности гормональной регуляции

– График у вас насыщенный. Остаётся ли свободное время?

– В небольшом городе не так много времени тратится на дорогу. От дома до работы можно дойти пешком за 15 минут. Конечно, занимаюсь своим здоровьем. Делаю утреннюю зарядку, три, а лучше пять раз в неделю хожу в спортзал, где 30-40 минут занимаюсь на тренажёрах. Зимой катаюсь на лыжах. Горжусь, что наша студенческая команда в 2023 г. заняла первое место по лыжам на спартакиаде

Наши интервью

Думаю, впереди у нас новый расцвет

Роль ректора в развитии медицинского вуза



Сочетание высокого качества образования с приемлемой ценовой политикой, если речь идёт о внебюджете (максимальная плата за обучение на стоматологическом факультете составляет 196 тыс. руб. в год).

– Вы один из самых молодых ректоров медицинских вузов. Пожалуйста, расскажите о своём пути. Как совмещается ваша административная карьера с научной и клинической?

– Это очень непросто совмещать, но необходимо, я привык к клинической работе. Вырос во врачебной семье. Отец проработал более 40 лет врачом скорой помощи. Уже в детском саду вопрос о выборе профессии для меня не стоял. Помню, когда учился уже в начальной школе и меня не с кем было оставлять, отец брал меня с собой на дежурства. В одну из поездок на карете скорой помощи престарелую пациентку на носилках вырвало прямо мне под ноги, но никакого отвращения не было. Было понимание, что это больной человек, которого можно и нужно лечить. Последние 3 года обучения в вузе я работал медбратом в приёмном отделении многопрофильной больницы. Это та школа, которую ничем не заменишь. Сразу по окончании Ижевской медакадемии начал работать терапевтом в многопрофильном стационаре и продолжаю им быть, неся 2-3 раза в месяц суточные дежурства в Республиканской клинической больнице (как дежурный терапевт гастроэнтерологического, нефрологического и пульмонологического отделений, при этом нередко являясь дежурным администратором).

– Зачем ректору суточные дежурства?

– Во-первых, мне важно знать и видеть самому изнутри, что происходит в здравоохранении. Во-вторых, мне интересна живая работа с пациентами, когда видишь

здравоохранению республики в борьбе с пандемией новой коронавирусной инфекции. В Минздраве России тоже удивились, но пошли мне навстречу, и заключили дополнительное соглашение к контракту ректора, которое позволяет мне работать врачом.

– Вы ведь и преподаёте?

– Да, я являюсь профессором кафедры факультетской терапии – читаю курс лекций по терапии для студентов 3-го курса стоматологического факультета и провожу 1-2 цикла в течение семестра для студентов 4-го курса лечебного факультета.

– Каким образом вы стали ректором? Это была цель или стечение обстоятельств?

– Сложный вопрос, когда приходится взвешивать стечение обстоятельств и роль личности в истории (улыбается). Я буду всё списывать на стечение обстоятельств. Помимо отца, моим учителем в медицине был профессор Анатолий Максимович Корепанов. Он родом из удмуртской глубинки, сам всего добился. Его наставником был известный гастроэнтеролог Александр Яковлевич Губергриц из Донецка, который оказался в Ижевске в эвакуации в годы Великой Отечественной войны. А.Корепанов 40 лет заведовал кафедрой факультетской терапии, ассистентом которой я стал по окончании ординатуры. Он был научным руководителем моей кандидатской диссертации, посвящённой лечению хронического дуоденита. Через 6 лет после кандидатской, в 32 года, я защитил докторскую, тоже по гастроэнтерологии, а консультантом также был профессор Корепанов. Примерно в это же время начал работать в приёмной комиссии нашей академии – сперва обычным секретарём, потом заместителем ответственного секретаря, затем ответственным секретарём, деканом лечебного факультета, проректором по научной работе, последние 5 лет являюсь ректором.

– Что заставило вас согласиться возглавить вуз? Решение, наверное, было непростое?

– Решение точно непростое. Оно требовало положить на алтарь этой деятельности и время, и нервы, и физическое здоровье. Оценивая реальную ситуацию в вузе и понимая, что от твоего решения многое зависит, в том числе судьба других людей, пришлось взвалить на себя этот груз. У нас около 400 постоянных сотрудников и около 200 совместителей. Люди все думающие, со своими взглядами на жизнь. Когда всё отладится и будет работать как часовой механизм, с удовольствием передам эту должность в другие руки.

– Каким образом вы согласились возглавить вуз? Решение, наверное, было непростое?

– Решение точно непростое. Оно требовало положить на алтарь этой деятельности и время, и нервы, и физическое здоровье. Оценивая реальную ситуацию в вузе и понимая, что от твоего решения многое зависит, в том числе судьба других людей, пришлось взвалить на себя этот груз. У нас около 400 постоянных сотрудников и около 200 совместителей. Люди все думающие, со своими взглядами на жизнь. Когда всё отладится и будет работать как часовой механизм, с удовольствием передам эту должность в другие руки.

деятельности верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Второе – применение минеральных вод при патологии органов пищеварения. Третье – изучение моторной функции желудочно-кишечного тракта. Сам и вместе с коллегами пишу статьи и заявки на изобретения. Нынче у меня три патента на изобретение. Веду аспирантов. Сейчас их у меня трое.

– Каков научный потенциал вуза?

– Известна наша научная школа патофизиологов. Они занимаются космическими разработками, оценивают состояние скелетной мускулатуры в невесомости. Исследовали побывавших в космосе мышей по программе «Роскосмоса» и РФ. Нами с 2008 издаётся научный журнал «Здоровье, демография, экология финно-угорских народов». К сожалению, он ещё не ваковский, но заявка на включение в перечень ВАК уже подана. С 2016 г. у нас нет своего диссовета, но проректору по науке поставлена задача к концу года сформировать состав совета и подать в ВАК заявку на создание диссоветов по терапии, кардиологии и, возможно, хирургии.

– Как университет взаимодействует с другими вузами? В каком формате?

– Автономность в эпоху глобализма невозможна. Мы входим в состав Средне-Волжского медицинского кластера наряду с Казанским, Приволжским исследовательским, Пермским и Кировским медицинскими университетами и медицинским факультетом Ульяновского государственного университета. Тесно сотрудничаем с зарубежными партнёрами – Самаркандским и Таджикским госмедуниверситетами, направляя к ним и принимая у себя студентов по программам семестрового обучения. Я являюсь почётным профессором Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино. С данным вузом мы реализуем программу двойных дипломов, проводим совместные научные исследования. Аспиранты вузов-партнёров обучаются у нас, мы внедряем у них наши методики, издаём общие учебники. Только что совместно с Самаркандским мединиверситетом опубликован учебник по фитотерапии. В Узбекистане он рекомендован как учебное пособие для медресов. У нас есть договор о сотрудничестве с Сычуаньским университетом (КНР). Китайцы приезжают к нам на летние медицинские школы, а наши сотрудники и студенты ездят к ним. Были договоры с вузами Венгрии, Италии, Болгарии, Греции, но в нынешней геополитической ситуации они заморожены.

медицинских и фармацевтических вузов России.

– Много ли вы читаете?

– Много. Сейчас перечитываю «Золотого телёнка» Ильфа и Петрова. Смотрю, люди-то не особо меняются. Конторы «Рога и копыта» до сих пор работают, например предлагая облегчённые варианты получения документов об образовании по программам повышения квалификации и профессиональной переподготовки. Поэтому факультеты повышения квалификации в государственных вузах и загибаются.

– Как с этим бороться?

– Было бы желание, но это решение не уровня отдельного вуза. Вопрос регулярно обсуждается на Совете ректоров медресов. К сожалению, пока безрезультатно.

– Удаётся ли читать литературу по специальности?

– Однозначно удаётся. И не только для подготовки к лекциям, но и при работе с пациентами, которая строится по принципу «больной – книга – больной». Я консультирую, участвую в консилиумах. Когда видишь больного, всегда возникает какие-то вопросы по диагностике, по лечению. Надо посмотреть, что пишут об этом коллеги, какие есть рекомендации. Сопоставляешь свои знания с чужими, сам при этом развиваешься.

– Как будет отмечаться 90-летие вуза?

– Основные юбилейные мероприятия пройдут в октябре. Издаём несколько книг. Первая – об истории вуза и его сегодняшнем дне, где будут освещены все подразделения и кафедры. Вторая книга – воспоминания наших сотрудников и их литературные сочинения (стихи, повести). Все конференции, проходящие в нынешнем году в нашем вузе, конечно, посвящены его юбилею. На октябрь к нам запланирован визит ректоров Самаркандского и Таджикского мединиверситетов – наших давних и испытанных партнёров.

Период расцвета у нас был в 1983 г., когда вуз получил орден Дружбы народов. Тогда было много бюджетных студентов, приехавших учиться в Ижевск со всей большой страны, строились новые корпуса, новые общежития. Сейчас имущественный комплекс требует ремонта и существенного обновления. К осени нынешнего года мы планируем закончить большие ремонтные работы, поставим памятник первому директору Ижевского мединститута Гавриилу Григорьевичу Стерхову – хирургу, участнику трёх войн (Первой мировой, Финской и Великой Отечественной), организатору высшего медицинского образования в Удмуртии. Думаю, впереди у нашего вуза новый расцвет.



Ежегодно в третье воскресенье мая весь мир вспоминает тех, чьи жизни забрал вирус иммунодефицита человека. В этом году Всемирный день памяти людей, умерших от СПИДа, пришёлся на 21 мая, его отметили уже в 40-й раз. В связи с этой датой в Дагестане Республиканский центр инфекционных болезней, профилактики и борьбы со СПИДом с 15 по 21 мая провёл серию акций, в которые удалось вовлечь более 3 тыс. человек. Опыт по работе с ВИЧ-инфицированными здесь большой и многогранный, охватывающий не только медицинские, но и социальные, человеческие стороны. Подробнее об этом рассказывает главный врач центра, главный специалист Минздрава республики по ВИЧ-инфекции Равганянт МИРЗАЕВА.

– Все ВИЧ-инфицированные, согласно стандартам, проходят на базе лаборатории центра лабораторно-клиническое обследование, включающее общеклиническое, биохимические, серологические исследования, RW, рентгенологическое обследование, УЗИ органов брюшной полости, иммунологические исследования, фиброэластометрию, КТ, а также флюорографическое или рентгенографическое обследование.

Наше СПИД-отделение наблюдает каждого пациента с обеспечением медикаментами для антиретровирусной терапии и динамического мониторинга и лечения сопутствующих заболеваний и осложнений. Также эти пациенты нередко получают сочетанное лечение и от таких инфекций, как туберкулёз, вирусные гепатиты В, С, D.

С декабря 2019 г. на базе центра функционирует отделение паллиативной терапии на 5 коек. Здесь в 2022 г. оказана помощь 29 ВИЧ-инфицированным пациентам с паллиативным статусом. Также для ВИЧ-инфицированных у нас открыт дневной стационар на 10 коек, где за прошлый год прошли лечение 174 пациента, и круглосуточный стационар на 5 коек, где пролечились 149 пациентов.

Проведение антиретровирусной терапии важно для сохранения не только жизни ВИЧ-инфицированного, но и её качества. При соблюдении рекомендаций врача они могут жить обычной жизнью, работать и иметь семью, здоровых детей, активно заниматься спортом. Поэтому мы не устаём повторять, что ВИЧ – это не приговор. За последние годы нам удалось существенно повысить приверженность к терапии наших пациентов с ВИЧ.

Но важно не только лечить, но и вовремя, на ранних стадиях выявить заболевание. Тогда и терапия будет успешнее. Здесь большую активность проявляет наша профилактическая служба.

Проблемы и решения

Защита от ВИЧ – наше общее дело

В Дагестане стремятся к тому, чтобы рождённый от инфицированной матери малыш пришёл в этот мир без вируса



За последние годы вырос охват жителей республики скринингом на ВИЧ-инфекцию. В Дагестане функционирует 11 лабораторий по её диагностике.

Лаборатория Республиканского центра инфекционных болезней, профилактики и борьбы со СПИДом является арбитражной лабораторией по диагностике ВИЧ-инфекции, где подтверждается диагноз. В 2021 г. закуплено новое современное лабораторное оборудование, все СПИД-лаборатории республики обеспечены полными комплектами полуавтоматического оборудования для диагностики ВИЧ-инфекции, а СПИД-лаборатория центра – иммунодиагностическим автоматическим анализатором, проточным

цитометром и анализатором для иммунного блоттинга. В 2022 г. выполнено 879 709 анализов на ВИЧ-инфекцию.

Мы озабочены тем, чтобы рождённый ВИЧ-инфицированной матерью малыш пришёл в этот мир без вируса, тем более что это возможно. За весь период от таких матерей в Дагестане родилось 509 детей. Добиваемся высокого охвата трёхэтапной химиопрофилактикой: в течение беременности, во время родов и у новорождённого.

Чтобы не допустить распространения ВИЧ-инфекции, нужно работать с молодёжью, детьми, а также с теми людьми, которые в силу различных обстоятельств находятся в зоне риска инфицирования.

Ежегодно проводится более 100 выездов в различные учреждения с проведением семинаров по профилактике ВИЧ-инфекции. Это огромная работа. Для этого был создан специальный отдел профилактики, работающий на стыке десяти ведомств – образования, культуры, исполнения наказаний, молодёжной политики, религии и многого другого. Только так, общими усилиями мы можем добиться результата. А он состоит в максимальном информировании, ранней диагностике, соблюдении мер самозащиты от инфицирования, а при своевременном выявлении вируса – в рано начатом лечении.

Ежегодно нашим отделом профилактики проводится более 100 массовых мероприятий. Только за 2022 г. для повышения информи-

рованности населения по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции распространено 78 125 памяток и 62 500 буклетов.

Работает и выездная лаборатория. За минувший год на экспресс-мобиле проведено более 35 выездов. Протестировано на ВИЧ-инфекцию за прошлый год 1211 человек, получено три положительных результата, выявленные

ВИЧ-инфицированные поставлены на учёт.

Главная цель выездов – не только само обследование на месте, но и в большей степени – привлечь внимание, убедить людей обследоваться.

В прошлом году в рамках Всемирного дня памяти умерших от СПИДа организовано два велопробега Махачкала – Каспийск и в Дербенте. Пользуемся и наружной



рекламой – вдоль крупных автомагистралей и в Махачкале, Дербенте, Каспийске установлено 35 баннеров на тему «Профилактика ВИЧ», на светодиодных экранах транслировались короткие профилактические ролики по 200 выходов в день.

Легко ли жить с ВИЧ? Этот вопрос наши врачи задают себе каждый день. И мы стараемся максимально помочь адаптироваться людям с ВИЧ-положительным статусом.

Специально для этого работает клинический психолог, действует ряд социальных проектов. Главное, что мы ценим в наших специалистах, – это умение сочувствовать и помогать, быть другом, протянуть руку помощи и, конечно, обладание высоким профессионализмом и ответственностью – без этого в нашей службе никак.

Записал
Игорь НАУМОВ.

Республика Дагестан.

Итоги

Российский Красный Крест подвёл итоги социального проекта, призванного покончить с предубеждениями по поводу ВИЧ-инфекции и СПИДа, а также познакомить молодёжь с принципами ответственного отношения к здоровью. В рамках проекта было проведено 58 просветительских мероприятий, участниками которых стали 1571 учащийся общеобразовательных и среднеобразовательных учебных заведений. Проект был реализован в Москве, Санкт-Петербурге, Смоленской области и Республике Хакасия.

На первом этапе проекта был произведен опрос 1092 учащихся в 4 регионах. Результаты показали, что только 59% респондентов знают о том, что ВИЧ-инфекция не передаётся через бытовые принадлежности. Так, 44% опрошенных школьников Смоленской области

Проект, призванный развеять стереотипы

отметили, что ВИЧ-инфекция передаётся через полотенце, а 40% учеников из Хакасии предположили, что вирусом можно заразиться через зубную щётку. 60% учащихся верно отметили разницу между ВИЧ-инфекцией и СПИДом. Только 49% респондентов указали, что использование презервативов и ежегодное тестирование на ВИЧ-инфекцию обезопасит от заражения.

Чтобы повысить осведомлённость молодёжи о ВИЧ-инфекции и СПИДе, Российский Красный Крест разработал обучающие игры. В игровой форме волонтеры региональных отделений РКК рассказали учащимся о ВИЧ-инфекции и способах её передачи, методах защиты и важности использования презервативов как метода барьерной

контрацепции, диагностике вируса и терапии при его обнаружении. После интересных и познавательных игр общая информированность участников мероприятий проекта о путях передачи ВИЧ-инфекции и мерах предосторожности и профилактики повысилась. Об этом свидетельствуют результаты проведённых опросов среди посетителей мероприятий РКК: 95% учащихся верно отмечают, посредством чего передаётся вирус иммунодефицита человека, а 86% определяют разницу между ВИЧ и СПИДом.

Также учащиеся в 77% случаев правильно отмечают, что ВИЧ-инфекция не влияет на продолжительность жизни инфицированного при лечении антиретровирусными препаратами и при условии береж-

ного отношения к своему здоровью. 96% опрошенных знают, что для того, чтобы обезопасить себя от заражения ВИЧ-инфекцией, необходимо использовать презервативы и проходить ежегодное тестирование на вирус иммунодефицита человека.

«Об эффективности того или иного проекта лучше всего говорят цифры. Исследование показало, что мы достигли хороших результатов. Учащиеся, которые прошли наше обучение в формате игры, отвечают на вопросы о ВИЧ-инфекции гораздо точнее подростков, которые его не проходили. Надеемся, что знание о передающихся половым путём заболеваниях, их выявлении и профилактике обезопасит молодых людей и их близких от заражения.

Планируем продолжить работу по информированию подростков о принципах профилактики половых инфекций. Это одна из самых важных социальных тем, о которой, к сожалению, по-прежнему очень мало говорят в нашем обществе», – отметила заместитель исполнительного директора по программам Российского Красного Креста Олеся Назарова.

Российский Красный Крест планирует расширить проект и повышать грамотность не только подростков, но и родителей в вопросах профилактики ВИЧ-инфекции и интимного здоровья, обучать старшее поколение навыкам общения с молодёжью на эти темы.

Юрий ДАНИЛОВ.

Продолжаем разговор, начатый в «МГ» № 1 от 13.01.23. Мы говорили о том, что ряд положений МКБ-11 декриминализирует искусственные аборт на поздних сроках, вводит понятие «третьего пола» и утверждает, что, помимо мужчин и женщин, существуют другие гендеры, а вместо мамы и папы есть «родитель № 1», «родитель № 2» и т.д. Агрессивное навязывание ультралиберальной гендерной идеологии ставит перед учёными, врачами и специалистами иных областей знания весьма острые вопросы. Мы сейчас не рассматриваем истинный и ложный гермафродитизм или трансгендеризм, небинарную гендерную идентичность, гендерную дисфорию взрослых пациентов. Речь пойдёт о малышах и в целом о подрастающем поколении, которым позволяют и даже поощряют выбирать свой пол или нечто промежуточное.

Лиха беда начало

С точки зрения сторонников гендерной идеологии, превращение человека в существо без определённого пола и с правом менять свой «гендер» в любое время по желанию – вот цель «гендерного разнообразия». Право малолетнего ребёнка сменить пол превращает родительских прав на воспитание! Боже упаси, если родители воспротивятся! В ряде стран у таких «несознательных родителей» детей официально отбирает ювенальная юстиция и отдаёт на усыновление (удочерение) «правильным» людям, не отягощённым традиционными ценностями.

Так, в Норвегии право юных жителей сменить пол появляется с 7 лет, в Великобритании – с 9, в Дании – с 12, но без изменений в паспорте. Хотя Этический совет страны рекомендовал властям фиксировать смену пола юридически с 10 лет. В Шотландии разрешили в школах и подготовительных классах с 4 лет менять гендер в зависимости от желания ребёнка и без ведома родителей.

Администрация австралийского штата Новый Южный Уэльс предложила детям от 3 лет выбирать себе гендер и то местоимение, которое в обращении к ним больше нравится. Помимо обычных «он» и «она» предлагаются «оно» и «они» для тех, кто видит себя вне бинарной системы полов. Также разрешено использовать туалет по выбору, а школьная форма должна включать «гендерно-нейтральные» варианты. Учебные материалы для младших классов теперь содержат трансгендерные персонажи и соответствующие ролевые модели.

Когда в канадских школах начали внедрять программу так называемой гендерной инклюзивности, случаи смены пола без спроса родителей участились. Аргументы «за» не выдерживают критики. Дескать, люди вроде ваших родителей или дедушек с бабушками могут не обладать достаточной информацией на эту тему, в отличие от нас – специалистов. Поэтому, если хочешь сменить пол и процедуру одобрил врач, не надо спрашивать родителей. Их мнение в Канаде не имеет никакого значения. Так закреплено законом.

До чего дошёл «прогресс»?!

Но всех переплюнула, конечно же, Америка! В качестве примера возьмём Гарвардский медицинский курс по «лечению» младенцев методом смены пола. Он называется «Уход за пациентами с различной сексуальной ориентацией, гендерной идентичностью и сексуальным развитием». В описании курса сказано: «Клиническое воздействие и образование будут сосредоточены на обслуживании людей, принадлежащих к гендерным и сексуальным меньшинствам, на протяжении всей жизни, от младенцев до пожилых людей».

Четырёхнедельный факультатив обучает студентов оказывать «высококачественную и учитывающую культурные особенности» помощь пациентам с различной сексуальной ориентацией, гендерной идентичностью и сексуальным развитием. Многие из этих пациентов идентифицируют себя как лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендеры, интерсексуалы или асексуалы (ЛГБТИА+). Студенты осваивают новые, ультралиберальные стандарты в педиатрии,

эмоциональное, интеллектуальное и даже духовное развитие личности начинается в эмбриогенезе. Ребёнок до рождения реагирует на условия окружающей среды, выражает свои эмоции, общается с родителями при чтении прозы и стихов, осваивает звуки родного языка и музыки. По наблюдениям учёных, младенцы до появления на свет божий проявляют человеческие черты, по-разному воспринимают психотравмирующие и радостные ситуации. Однако знать

полового просвещения. Участие представителей ЛГБТ-сообщества в съёмках школьных учебных материалов или телешоу для несовершеннолетних воспрещено.

Венгерский парламент фактически запретил однополым парам усыновлять (удочерять) детей. Гей-браки в стране не разрешены, но раньше закон удавалось обойти, если документы на усыновление (удочерение) подавал один из партнёров. В конституции страны также прописали, что ребёнка

ценностей, брака, многодетности и продолжения рода, разрушая традиционную семью пропагандой нетрадиционных сексуальных отношений и/или предпочтений.

Критикуя новомодные западные стандарты, отечественные государственные, общественные и церковные деятели говорят, что всё это «прямо противоречит как нравственному закону, заложенному Богом в природу человека, так и нормам обновлённой Конституции, где подчёркивается непреложность семьи как союза мужчины и женщины».

В декабре 2022 г. Президент России Владимир Путин подписал Федеральный закон № 478-ФЗ. Отныне запрещены пропаганда либо демонстрация «нетрадиционных сексуальных отношений и (или) предпочтений» и педофилии, а также распространение информации в интернете, СМИ, книгах, аудиовизуальных сервисах, кино и рекламе, побуждающей к смене пола у детей и подростков. Изменены законы о рекламе, информации и СМИ, отдельные законодательные акты. В Кодекс об административных правонарушениях внесены поправки за нарушение новых законов среди не только несовершеннолетних, но и взрослых.

Глава думского Комитета по информационной политике Александр Хинштейн разъясняет: «Наш закон не является актом цензуры. Мы лишь говорим, что пропаганда, то есть позитивное продвижение, восхваление, тезисы о том, что это нормально, а может, даже и лучше, чем традиционные отношения, должны быть под запретом».

Спикер Государственной Думы Вячеслав Володин убеждён: «В Европе социологические опросы показывают, что 16% европейцев в возрасте от 14 до 29 лет относят себя к представителям ЛГБТ. Штат Мэриленд, США – центр этой идеологии сатанизма и содомии. Количество школьников, не определившихся со своим полом из-за пропаганды нетрадиционных отношений, за 2 года выросло почти в 6 раз и сегодня составляет 45%». Как заявляет В. Володин, в детской гендерной клинике Орегонского университета науки и здравоохранения менее чем за 10 лет в 50 раз выросло количество обращений за услугами по смене пола и гормональной терапии. «У нас есть традиции, совесть, понимание, что надо думать о детях, семьях, стране. В мире происходит большая трагедия. Мы должны сделать всё, чтобы защитить наших детей, и тех, кто хочет жить нормальной жизнью».

Новые законы послужат юридической базой для медико-социальной профилактики множества заболеваний у людей из групп риска (ВИЧ/СПИДа, ИППП, онкологических, психических, эндокринных нарушений и пр.). Для лечения расстройства половой идентификации у детей необходимы психологическая коррекция и психотерапевтические методы, направленные на принятие своего пола и повышение социальной адаптации при общении со сверстниками. Это поможет избежать проблем в подростковом, юношеском и зрелом возрасте. Одновременно специалистам нужно работать и с родителями.

Хочу искренне пожелать, особенно в канун Международного дня защиты детей, чтобы мы всеми силами ограждали нашу молодую поросль от новомодных и губительных веяний!

Константин ЗОРИН,
доцент кафедры ЮНЕСКО
«Здоровый образ жизни – залог успешного развития»
МГМСУ им. А.И.Евдокимова,
кандидат медицинских наук.
Фото Инны СЕРГЕЕВОЙ.

Акценты

Пол всему голова

Здравый смысл и «дети-трансгендеры»



Я, ты, он, она! Вместе мы – здоровое общество

подростковой медицине, эндокринологии, семейной практике, инфектологии, акушерстве и гинекологии, психиатрии, психотерапии, медицинской психологии, первичной медицинской помощи и пластической хирургии.

Два директора курса – Алекс Кероглян и Альберто Пуч – психиатры и активисты «пробуждения» давно подталкивают детей к трансгендерным операциям. В 2021 г. опубликовано исследование, согласно которому так называемый «уход, подтверждающий гендер» приводит к улучшению психического здоровья трансгендерных детей. Помимо Гарвардской медицинской и Массачусетской общей школ, курс также предлагает «партнёрство и клинический опыт» Бостонской детской больницы.

Что происходит по сути? Мы видим попытку кардинально перестроить медицинское образование и врачебную практику в интересах пока ещё узкого круга лиц – «укрепления здоровья и устойчивости гендерных и сексуальных меньшинств». Вот что поставлено во главу угла! Ради этого безжалостно отбрасывается и вычёркивается всё, что не вписывается в продвижение идей «гендерного и сексуального разнообразия».

Псевдонаучные обоснования

В видеоролике, выпущенном врачом Бостонской детской больницы, утверждается, что некоторые пациенты-трансгендеры узнают свою гендерную идентичность «ещё в утробе матери». Есть заявления и похлеще: «Большая часть детей ещё в утробе матери знают, что они трансгендеры».

Когда я это прочитал, то, простите за молодёжный жаргон, выпал в осадок! Чтобы что-то знать и выбирать, необходим достаточный уровень развития сознания, самосознания, свободы воли и когнитивных процессов (в том числе абстрактно-логического мышления). Вряд ли это свойственно эмбриону и плоду человека. Разумеется, открытия пренатальной психологии и педагогики доказывают, что

о себе, что они трансгендеры, дети в утробе матери точно не могут!

К тому же здесь возникает юридический казус. Согласно либеральным подходам, искусственный аборт – это «священное право женщины распоряжаться своим телом». И получается, что нерождённый ребёнок не имеет права на жизнь, но тем не менее имеет право родиться и быть трансгендером!

Апеллируя к этому якобы «внутриутробному знанию», поборники гендерной идеологии защищают право ребёнка выражать свою гендерную идентичность. Как только маленькие дети начинают разговаривать, они произносят фразы, значение которых до конца ещё не понимают. Например: «Я девочка», «Я мальчик» или «Я собираюсь стать женщиной», или «Я буду мамой». Всё это, по мнению психолога клиники многопрофильной гендерной службы Керри МакГрегора, служит показанием для смены пола в возрасте 2–3 (!) лет.

Голос разума

Справедливости ради подчеркнём, что не все на Западе единодушно одобряют эти безумные и бесчеловечные подходы. Так, Венгрия 8 июля 2021 г. запретила распространять среди несовершеннолетних материалы, поощряющие изменение пола и гомосексуальность. «Есть вещи, которые дети до определённого возраста могут неправильно понять, которые могут пагубно сказаться на их развитии. Есть и то, что дети не могут «обработать», следовательно, их моральные ценности или представления о себе и мире будут под угрозой... Право решать, как давать детям сексуальное воспитание, является прерогативой родителей», – прокомментировал премьер-министр Виктор Орбан.

В его стране запрещены литература, просветительские программы и реклама компаний, выражающие солидарность с гомосексуалами и трансперсонами. Определён список организаций, допущенных проводить уроки

необходимо воспитывать консервативно: «На основе конституционной идентичности страны и ценностей, основанных на христианской культуре».

Польша тоже выступает против того, чтобы Брюссельский Европарламент навязывал Будапешту и Варшаве ультралиберальные ценности. Около 100 небольших городов и регионов по всей Польше – почти треть страны – объявили себя зоной, «свободной от идеологии ЛГБТ». Эти резолюции скорее символические, не имеют законной силы, но считаются довольно серьёзным оружием в борьбе ценностей и отражают взгляды коренного населения.

Здравые голоса раздаются и за океаном. В июле 2022 г. экс-президент США Дональд Трамп провозгласил: «Разница между нашим движением и силами, с которыми мы боремся, не может быть более очевидной... Они верят в левую гендерную идеологию и ядовитую критическую расовую теорию. Мы верим в существование 2 гендеров: есть мужчины и есть женщины».

Мы и «новая нормальность»

Под сильным давлением адептов ультралиберальной идеологии в июле 2022 г. ВОЗ решила признать существование «третьего пола» и пересмотреть руководство по учёту гендерной проблематики от 2011 г. ВОЗ намерена руководствоваться концепцией о существовании более чем двух полов и сосредоточиться на «выходе за рамки бинарных подходов к полу и здоровью для признания гендерного разнообразия».

Минздрав России не выразил поддержку ВОЗ. По словам помощника министра здравоохранения Алексея Кузнецова, «защита материнства и детства, укрепление института брака как союза мужчины и женщины, защита семьи, материнства, отцовства и детства, сохранение традиционных семейных ценностей являются основными приоритетами государственной политики Российской Федерации, закреплёнными в новой редакции Конституции. Мы, как и медицинская наука, придерживаемся именно такой позиции и отстаиваем её на всех международных площадках».

Распространение ультралиберальной деструктивной идеологии причиняет вред нравственному здоровью людей, навязывает представления, предполагающие отрицание человеческого достоинства и ценности человеческой жизни, а также внедряет антиобщественные стереотипы поведения, аморальный образ жизни, вседозволенность и насилие, способствует росту потребления алкоголя и наркотиков. Система чуждых народу России ценностей насаждается путём идеологического и психологического воздействия, культивируя эгоизм, выступая против семейных

Ну и ну!

Пейте, дети, молоко, но не взрослые

Масштабное исследование в Китае позволило учёным предположить, что частое употребление молочных продуктов может способствовать развитию некоторых видов рака.

Как следует из результатов изыскания, в 2004 г. China Kadoorie Biobank начал собирать данные о более чем 512 тыс. гражданах Китая в возрасте от 35 до 74 лет. Участники исследования заполняли анкеты, где рассказывали о своём состоянии здоровья и пищевых пристрастиях. На протяжении 10 лет у 29 277 человек были выявлены различные онкологические заболевания. Среди участников эксперимента лишь 20% употребляли молочные продукты чаще одного раза в неделю. Столь невысокое число этой категории граждан объясняется пищевыми привычками Поднебесной, молочные продукты лишь недавно вошли в рацион жителей Китая. В основном их употребляют жители городов.

Учёные сопоставили данные об онкологических болезнях с пищевыми пристрастиями участников исследования и пришли к выводу, что среди тех, кто употребляет молочные продукты более 50 г в день, частота возникновения

онкологических заболеваний оказалась выше на 7%. Причём частота встречаемости рака печени выше на 12%, рака молочной железы – на 17%, лимфомы – на 19%. Связь с другими видами онкологических заболеваний не была выявлена.

Выдвинуто несколько гипотез, которые могли бы объяснить связь онкозаболеваний и молочных продуктов. В частности, указывается, что высокое употребление молочных продуктов может повышать пролиферацию тканей клеток. При этом процессе могут формироваться не только здоровые клетки, но и раковые. А трансжирные кислоты в молочных продуктах могут быть связаны с резистентностью к инсулину и повышенным уровнем противовоспалительных цитокинов, а это может стать фактором риска, приводящим к лимфоме и раку печени.

Правда у значительной части населения Китая есть непереносимость лактозы. Однако исследователи обратили внимание на то, что люди с непереносимостью лактозы иногда включают молочные продукты в свой рацион. И есть гипотеза, что продукты распада лактозы у этой категории граждан могут повышать развитие онкозаболеваний. Тем не менее в

исследовании подчёркивается что пробел в доказательной базе по-прежнему существует.

Но это не первое такое исследование. В 2020 г. американские учёные из Калифорнии доказали, что любовь к молоку и продуктам из него может довести мужчин до рака предстательной железы. Согласно их результатам, у потреблявших в день около 430 г молочных продуктов (это соответствует 1,75 стакана молока) риск развития рака простаты был на четверть выше, чем у тех, кто в неделю выпивал не более половины стакана молока.

Это открытие они сделали благодаря адвентистам седьмого дня, которые придерживаются вегетарианского или полувегетарианского питания. Среди них легко нашли большую группу людей, не употребляющих молоко и продукты из него и сравнили с потребителями молока. Всего в этом исследовании в течение 8 лет наблюдали 28 тыс. мужчин, среди которых было выявлено 1254 случая заболевания раком простаты.

Споры вокруг того, полезны молочные продукты, или вредны, ведётся по всему миру. Учёные регулярно публикуют противоречащие друг другу результаты исследований.

Но очевидно одно: нет продукта, исключив который можно полностью защитить себя от риска возникновения онкозаболеваний.

Инга КАТАРИНА.

По материалам BMC Medicine.

Особый случай

Цифровой мост для ходьбы

Нейроинтерфейс, соединяющий спинной и головной мозг, позволил пациенту с повреждением спинного мозга лучше ходить – сначала со стимуляцией, а потом и без неё. Для создания такого цифрового моста исследователи и врачи из Швейцарии с коллегами из Великобритании, США и Франции объединили электростимуляцию спинного мозга и расшифровку сигналов головного мозга.

Уже несколько лет учёные с помощью эпидуральной электростимуляции спинного мозга пытаются ставить парализованных на ноги. Команда швейцарских исследователей начинала с крыс, продолжила макаками, а после успешных экспериментов перешла на людей. Электроды помещают между позвоночником и спинным мозгом и с их помощью стимулируют нужные нервные окончания, то есть имитируют сигналы, которые должны поступать из головного мозга. Такая стимуляция позволяла прежде парализованным людям стоять, двигать ногами, ходить.

Однако обычно пациентам с имплантированными в позвоночник электродами приходится носить ещё и датчики движения. Эти датчики отслеживают движения мышц и помогают выбрать сигнал, который следует послать в спинной мозг дальше.

Теперь нейрохирург Грегуар Куртин из Федеральной политехнической школы Лозанны и его коллеги создали цифровой мост, соединяющий головной мозг со спинным, и таким образом заместили нервные пути, которые были повреждены. Устройство испытали на мужчине 38 лет, который 10 лет назад упал с велосипеда и получил травму спинного мозга и не мог ходить.

Несколько лет назад пациент уже участвовал в клиническом испытании: это была 5-месячная программа нейрореабилитации, основанная на всё той же эпидуральной стимуляции спинного мозга. Тогда стимуляция помогла ему снова начать ходить – с помощью ходунков с колесом. Также удалось



восстановить частичную подвижность без стимуляции. Ещё 3 года мужчина применял стимуляцию дома, но ходить он мог только по плоским поверхностям, и ему было трудно останавливаться и снова начинать движение.

Сначала специалисты выяснили, какие именно области коры мозга пациента больше всего вовлечены в попытку двигать ногами. Это нужно было, чтобы понять, где размещать имплантаты, которые будут считывать сигналы.

Имплантаты – это 2 круглых титановых корпуса диаметром 5 см, внутри которых сетка из 64 электродов. Врачи встроили их в череп пациента, присоединив электроды к твёрдой мозговой оболочке левого и правого полушария. Записанные сигналы мозга ловила антенна на внешней гарнитуре (её пациент носил в рюкзаке за спиной) и передавала их в режиме реального времени на процессор – тот на основе этих сигналов прогнозировал двигательные намерения. Затем эти двигательные намерения преобразовывались в новые сигналы, которые обрабатывал тот же процессор.

Дальше команды поступали на генератор импульсов ACTIVA RC, который имплантировали под кожу на животе пациента. Генератор передавал электрические импульсы на корешки спинного мозга с помощью матрицы из 16 электродов на имплантированном лопастном проводе Specify 5-6-5.

Эти электроды остались в спинном мозгу пациента ещё с прошлого исследования.

После завершения всех операций исследователи настроили устройство: сначала они просили пациента попытаться согнуть ноги в тазобедренном суставе, коленях и голеностопе, и отслеживали сигналы с моторной коры. Так они выяснили, какие именно электроды считывают каждый двигательный импульс. Затем они настроили частоту и амплитуду стимуляции спинного мозга так, чтобы нужные сигналы приводили к сокращению и расслаблению нужных групп мышц.

Объединяя всё это алгоритм: одна модель вычисляла вероятность намерения согнуть или разогнуть конкретный сустав, а вторая предсказывала амплитуду и направление предполагаемого движения. С помощью этого алгоритма контроллер регулировал амплитуду стимулов, которые направлялись в спинной мозг.

Мужчина прошёл 40 сеансов нейрореабилитации – у него улучшилось сгибание ног и он смог ходить с костылями и работающим устройством. Он останавливался, стоял, снова шёл. По его собственным ощущениям, мост позволял ему контролировать движения лучше, чем простая эпидуральная стимуляция. Кроме того, система даёт возможность ходить по лестницам и неровной поверхности – то, чего раньше он не мог.

Интерфейс работал очень стабильно, и в конце концов пациент смог начать ходить со стимуляцией даже дома, без присмотра врачей. Спустя год сигналы не стали менее точными. Впоследствии пациент смог самостоятельно с костылями ходить по дому, стоять, садиться в машину и выходить из неё даже без стимуляции.

Авторы не утверждают, что пациенты с другими травмами спинного мозга смогут использовать это устройство, поскольку проверяли его только на этом конкретном случае с частичным повреждением.

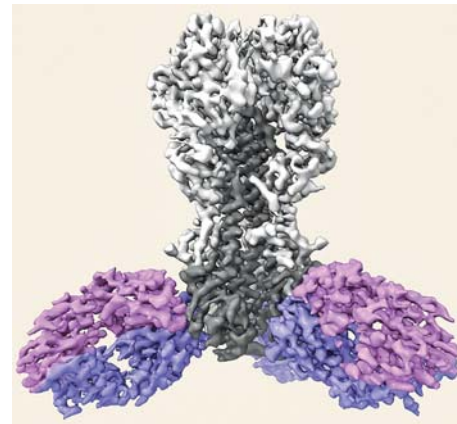
Юлия ИННА.

По материалам Nature.

Взгляд

Новая вакцина

Чилийка Исабель Альенде, автор роман «Виолетта», перекинула в нём мост от «испанки» к COVID, который был, конечно же, не столь пагубным, как давняя пандемия.



Два фрагмента антител против гемагглютинаина вируса гриппа

Молекулярная вирусология показала большое сходство двух возбудителей в плане организации их протеинов, с помощью которых вирусы проникают в клетки и размножаются в них. Речь идёт о структуре ковидного спайка, или белковой шпильки, которая похожа на булавку со сферической головкой. Она представляет собой тример, то есть сочетание трёх белковых молекул, увенчанный доменом связи с клеточным рецептором (RBD – Receptor Binding Domain). Он весьма изменчив, что и определяет существование многих вариантов ковида, чего нельзя сказать о «стволике»-stem, или stalk спайка, который гораздо более консервативный, то есть мало изменчив. Тем не менее практически все существующие вакцины «нацелены» против RBD, стимулируя выработку нейтрализующих антител против него.

То же относится и к структуре оболочечного белка вируса гриппа (influenza) гемагглютинаина (HA), названного так за его способность вызывать агглютинацию – слипание (склеивание) клеток крови – «гемы». Прокатившюся по миру пандемию COVID считают ушедшей на дальний план угрозой, тем более что появившиеся в ходе её и после «беспокоящие» варианты (VOC – Variants Of Concern), пусть и весьма контагиозны, но не столь летальны. Этого нельзя сказать о сезонных волнах гриппа, приносящих существенные материальные и гуманистические проблемы и ущерб. С начала 60-х годов известно, что главным «инкубатором», то есть очагом вирусов гриппа являются птицы, миграции которых способствуют распространению вирусной угрозы. Птичий вирус характеризуется H7-вариантом гемагглютинаина и 9-м оболочечного фермента нейраминидазы. Считается, что В-лимфоциты иммунной системы организма вырабатывают – по ходу болезни – защитные протеины, то есть антитела, большая часть которых направлена против головки HA. Она, как и RBD ковидных спайков, очень изменчива, в результате чего они становятся бесполезными на фоне новой волны.

Вирусологи шанхайского университета Фудан проследили распространение птичьего гриппа H7N9 на протяжении 2013-2017 гг., когда случились 5 очень опасных волн и 1223 локальные вспышки распространения вируса. Свои данные по динамике передачи вируса они представили в журнале PNAS. Главными распространителями инфекции стали, по мнению авторов, интерфейсы контактов людей и птиц – большие рынки живой птицы (LAM – Large Avian Markets). В некоторых городах власти были вынуждены закрыть LAM в феврале 2017 г., но потом вновь открыли, потому что нужно же как-то кормить население, для которого свинина не всегда доступна в силу большей стоимости (к сожалению, свиньи тоже подвержены различным инфекциям). В апреле 2023 г. пришло сообщение о первой жертве нового птичьего гриппа H3N8. По

данным авторов, распространение гриппа идёт от портовых Шанхая и Гуанчжоу-Кантона, соответственно с притока Янцзы и Жемчужной реки (Pearl).

В принципе, кожа и слизистые надёжно защищены от вирусных и микробных атак, однако в тех же США периодически случаются вспышки норо- и ротавирусов. Первые получили своё название от графства Норфолк, где были впервые выделены, а вторые под электронным микроскопом похожи на «роты»-колеса. В том же PNAS вирусологи сообщили несколько ранее, что им удалось защитить новорождённых мышат, получающих вирусы во время вскармливания матерью. Животных, и в том числе мышат, для защиты от кишечной инфекции, вызываемой этими вирусами, вакцинируют живыми ослабленными вариантами (традиция идёт от Л.Пастера), но в Стэнфорде создали пероральную вакцину на основе рекомбинантного ротавируса. Успешные результаты, полученные у мышат, показали возможность начала клинических испытаний новой вакцины для противовирусной защиты новорождённых младенцев.

Об успешном испытании новой вакцины против гриппа сообщил и Национальный институт здоровья в Вашингтонском пригороде Бетесда. В испытаниях принял участие 52 здоровых человека в возрасте 18-70 лет, 5 из которых получили однократно 20 мкг вакцины, другим же дважды вводили по 60 мкг с промежутком в 16 недель. Вакцина показала свою безопасность и хорошую переносимость, её побочные эффекты проявились у 10% «испытателей» в виде умеренных головной боли и болевом ощущении в месте внутримышечного укола. Мониторинг иммунного статуса добровольцев показал наличие высокого уровня нейтрализующих антител на протяжении более года после вакцинации. Авторы полагают, что их вакцина с использованием наночастиц ферритина (белок, доставляющий в клетки железо, что видно из его названия) может надёжно защищать людей от сезонных вспышек гриппа, к тому же она по своему потенциалу очень близка к универсальной. Достигнуто это благодаря тому, что антитела вырабатываются к стабильному по своему аминокислотному составу «стволу» гемагглютинаина. Возможно, что разработанный в Бетесде подход окажется эффективным и против других вирусов, имеющих сферическую форму, оболочка которых буквально утыкана протеиновыми шпильками, которые создают видимость короны...

Игорь ЛАЛАЯНЦ,

кандидат биологических наук.

По материалам PNAS, Science, Science Translational Medicine.

Фельдмаршал Кутузов умирает. Лейб-медик Виллие и доктор Гуфеланд, личный врач Василия Малахова стояли у постели умирающего и глядели на это большое тело, когда-то могучее, а теперь бессильно распростёртое на постели. Перед домом на дороге настелили солому, чтобы стук колёс не тревожил умирающего. На улице стояла молчаливая толпа, это были жители Бунцлау, городка в Силезии, которому суждено было стать местом кончины фельдмаршала.

Последние дни

Гуфеланд, знаменитый врач, посланный прусским королём, в изумлении смотрел на изуродованную давними ранами голову. След первой жестокой раны – 39 лет назад турецкая пуля пробила левый висок и вышла у правого глаза. Более поздний рубец – пуля вошла в щёку и вышла через затылок. Два раза смерть щадила этого человека. Доктор Гуфеланд взглянул на Виллие. «Судьба берегла его для необыкновенного», – произнёс Виллие.

Врачи вынесли свой вердикт: нервическая горячка, осложнённая паралитическими припадками.

Доктор Малахов и слуга Кутузова Кругленников постоянно находились у постели больного. В соседней комнате стояла тишина, будто не было ни души, хотя комната была полна народу. На стульях, диванах сидели генералы и офицеры. Спустя несколько минут люди, стоявшие у дома, уже знали, что фельдмаршал принял порошки. Чуть позже эта весть разносилась по городку.

Из полков приезжали заслуженные офицеры, герои Березины, Смоленска и Бородина, приезжали и совсем молодые люди, которых фельдмаршал любил за отвагу. Вспоминали о том, что когда отчеканили медаль «В память Отечественной войны 1812 года» с изображением «всевидящего ока», солдаты говорили, будто это око Кутузова: «У него один глаз, да он им более видит, чем другой двумя». Простился с героем и император Александр I. Смерть тихо пришла за фельдмаршалом 16 апреля 1813 г.

Доктор Вислиценус из Бунцлау, производивший вскрытие тела, отмечал: «Сердце в нём оказалось удивительной величины... если бы светлейший князь не имел упомянутой выше сего внутренней болезни и перенёс приключившуюся с ним простуду, он жил бы до ста лет с лишним». Внутренние органы фельдмаршала вложили в небольшой оловянный гробик, сделанный местным ремесленником, и похоронили неподалёку от города, у деревни Тиллендорф, на холме капеллы Святой Анны. Установили памятник: колонна со сломанной в знак смерти верхушкой, с которой свисал лавровый венок.

Набальзамированное тело Кутузова решено было похоронить в Казанском соборе Санкт-Петербурга. С этим храмом у полководца были особые отношения.

Архивные свидетельства

Конечно, такая яркая фигура, как М.Кутузов, не могла не заинтересовать исследователей разных специальностей: историков, военных, архивистов, хирургов. Механизм необычных по тяжести и исходу ранений полководца вызвал интерес и современных судебно-медицинских экспертов.

В состав экспертной комиссии вошли А.Ковалёв, А.Горшков, А.Аверкин и автор этих строк. Было это в теперь уже далёком 2002 г.

Вот что констатировали архивы. В 1772 г. майор М.Кутузов прибыл для службы в Крым, в действовавшую против турецких войск армию. 23 июня 1774 г., возглавив героическую атаку у деревни Шумны, Кутузов был тяжело ранен. Пуля, попав в левый висок, вылетела у правого глаза. В служебном формуляре сказано: «Был ранен пулей навылет в голову позади глаз». Врачи единодушно «приговорили» раненого к смерти. Однако тот

начал поправляться. В конце года он прибыл в Санкт-Петербург, вызвав к себе всеобщий, в том числе врачебный, интерес. Г.Державин в оде «На парение орла» писал: «... смерть сквозь главу его промчалась, но жизнь его цела осталась!» Анализируя исторические источники (медицинских, к сожалению, не сохранилось), историк медицины Ш.Удэрман пришёл к выводу, что входное пулевое отверстие располагалось «между глазом и виском слева», выходное соответствовало

свинцовой пулей, выпущенной из армейского длинноствольного ружья. Данное суждение зиждется на мнении Ю.Нацваладзе, работавшего хранителем фонда ружей Военно-исторического музея артиллерии и инженерных войск.

Нашей комиссии удалось также обнаружить и другие версии обстоятельств ранения. Одна из них представлена на гравюре неизвестного художника начала XIX века: генерал изображён на скачущей к позициям турок лошади,

свидетельствуют, что рубежей 400-410 м/с достигают лишь ружья калибров 0,50-0,54 (12,7-13,7 мм). Единственный способ получить данные о значениях скоростей пуль – экспериментальное исследование подлинных образцов с использованием порохов, изготовленных по старой технологии, с соблюдением особенностей заряжания. Но едва ли найдётся музейный работник, способный отдать в руки исследователя реликвию. Тем не менее источник информации

Эксперты ознакомились с оригинальными образцами турецкого оружия, хранящимися в коллекции Военно-исторического музея артиллерии, инженерных войск и войск связи. С учётом вышесказанного для изучения были отобраны 4 турецких ружья малых калибров. Все ружья дульнозарядные, имеют кремневые замки с традиционной для восточного оружия спусковой кнопкой, два образца – с нарезными стволами. Исходя из предположения, что описанные образцы ружей могли обеспечить начальную скорость пули не более 400 м/с, был произведён расчёт их скорости на различных отрезках траектории. Доказано, что ни одно из исследуемых ружей на дистанции 1000-1500 м не способно вызвать проникающее ранение ввиду незначительных скоростей и низкой кинетической энергии пули.

Итоговый вывод комиссии вызвал сенсацию среди историков. Ранение М.Кутузова, полученное 18 августа 1788 г., в случае, если действительно было сквозным, не могло быть причинено ружейной пулей калибра 17-19 мм при выстреле с расстояния 700-900 саженей. Считавшиеся тогда бесспорными свидетельства принца де Линя о дистанции выстрела принципиально противоречат как баллистическим свойствам оружия рассматриваемого времени, так и анатомическим особенностям черепа.

Сердце Кутузова

В 1963 г., в связи со 150-летием со дня смерти, в четвёртом номере «Военно-исторического журнала», в статье Н.Красникова и Я.Шурыгина «Последние дни жизни М.И.Кутузова» были описаны последние дни жизни полководца и его похороны.

В «Ленинградской правде» от 10 июня 1977 г. были помещены воспоминания Б.Сократилина, присутствовавшего при вскрытии могилы. Он писал: «...Мы спустились в подвал, пробили отверстие и прошли внутрь склепа. На большом возвышении стоял гроб. Мы сдвинули крышку. Перед нами лежало тело Кутузова, облачённое в зелёный мундир с золотыми эполетами. У головы я увидел сосуд из металла. Отвинтили крышку. В сосуде, заполненном прозрачной жидкостью, лежало сердце. Сердце Кутузова!»

Однако спустя несколько лет в журнале «Польша» мы прочли: «В предчувствии кончины Кутузов выразил свою последнюю волю: он просил перевезти его тело на Родину, а сердце похоронить на месте, на Саксонском тракте, дабы видели солдаты – сыны России, что сердцем он остаётся с ними. Предсмертная воля его была исполнена».

Архивный документ: «АКТ. Ленинград, 1933, сентября 4 дня. Комиссия в составе: директора Музея истории религии Академии наук СССР – проф. Богораза-Тана В.Г., учёного секретаря музея Баканова В.Л., завед. фондами музея Воронцова К.К., в присутствии представителя от П.П.ОГПУ Бороздина П.Я. составили настоящий акт о нижеследующем: Вскрыт склеп, в котором захоронен Кутузов М.И. Склеп находился в подвальном помещении музея. По вскрытии склепа обнаружен со стороны гроба (обтянутый красным бархатом с золотым позументом), в котором оказался цинковый гроб, завинченный болтами, внутри которого обнаружен костяк с остатками сгнившей материи. Слева в головках обнаружена серебряная банка, в которой находится набальзамированное сердце. Весь процесс вскрытия был сфотографирован – было произведено 5 снимков. Настоящий акт составлен в 2-х экземплярах...». Далее подписи участвовавших (Архив Государственного музея истории религии и атеизма. Колл. 4, оп. 4, д. 10).

Документы свидетельствуют, но легенды живут. А это значит, что герои, о которых они слагаются, интересны людям...

Юрий МОЛИН,
профессор, заслуженный врач РФ.
Санкт-Петербург.

Тайное и явное

Всевидящее око

«Судьба берегла его для необыкновенного». 210 лет со дня смерти М.Кутузова

той же области справа. В результате ранения наступило стойкое косоглазие правого глаза.

Представляют интерес в качестве предмета исследования портреты полководца начала XIX века. Но, к сожалению, они несут недостаточную информацию. Лишь на одном из них, выполненном Смитом в 1810-х годах, где полководец изображён в профиль, у конца левой брови соответственно верхнеархивно краю орбиты можно рассмотреть коричневатый округлый участок (рубец, пигментация?), который может иметь отношение к огнестрельному ранению. На остальных портретах различимы расходящееся косоглазие, западение правого глазного яблока и небольшое сужение правой глазной щели – последствия ранения.

Нами были проанализированы судебно-медицинские аспекты второго ранения – сведений о нём сохранилось больше. Обстоятельства повреждения освещаются по-разному. Ранение произошло во время сражения у крепости Очаков через 14 лет после первого, 18 августа 1788 г. Генерал де Линь сообщает по этому поводу: «...Начали осаду расстоянием от ретрашементы (траншея, земельное укрепление. – Ю.М.) на 700 сажен, а от крепости на 900... турки приблизились, чтобы производить стрельбу из ружей по батарее... генерал получил вчера второй удар в голову, подобный оному (1774 г. – Ю.М.), и кажется, что умрёт сегодня или завтра. Я смотрел с начала вылазки через амбразуру...»

В «Достопамятных сказаниях» читаем другие подробности: генерал де Линь подозвал Кутузова к амбразуре, чтобы лучше обозреть неприятеля. И в это время пуля поразила его в щёку близ того самого места, в которое он ранен при Шумне. Доктора при ранении не было. Кутузов продолжал отдавать распоряжения, но от кровопотери чувствовал слабость. Его вывезли из поля боя» (Л.Бескровный, 1950).

Ф.Синельников (1813) описывал это ранение следующим образом: «Пуля прошла на вылет из виска в висок позади обоих глаз. Сей опасный сквозной прорыв важнейших частей и самых важных по положению височных костей, глазных мышц, зрительных нервов, мимо которых «на волосок» расстоянием прошла пуля и мимо самого мозга, после извлечения не оставил других последствий, как только что один глаз несколько искосило. Все думали, что он умрёт, но Кутузов... жив и вылез из скоро».

Пуля-дура

Длина траектории полёта пули, ранившей Кутузова, определена де Линем на глаз в 700-900 саженей (т.е. 1500-1900 м). В литературе имеется указание о возможности поражения полководца круглой



стрелок, расположенный сверху и справа, произвёл выстрел из ружья и Михаил Илларионович рефлекторно схватился рукой за голову.

Главные факторы

Для уточнения обстоятельств ранения нам представлялось необходимым исследовать ряд факторов. Из них ведущими являются анатомические особенности строения головы, вид оружия, из которого мог быть ранен Кутузов, тип снаряда.

Содержимое глазницы не прилежит непосредственно к надкостнице, а отделяется от неё апоневрозом, вследствие чего между ними остаётся пространство. Следует иметь в виду, что между внутренним основанием черепа и полушариями мозга имеется свободное пространство до 4-5 мм. Глазное яблоко (средний его диаметр у взрослого мужчины составляет около 24 мм) заполняет лишь часть глазницы, остальное пространство занято клетчаткой, связочным аппаратом, мышцами, сосудами, нервами. В расположении глазного яблока возможны крайние и промежуточные варианты: оно то резко выдвинуто вперёд (экзофтальм), то располагается в глубине (энофтальм).

Обратимся теперь к баллистическим особенностям обсуждаемого случая. Турция во второй половине XVIII столетия была далека от введения стандартов на армейское оружие. Разброс калибров был велик. Наряду с оружием собственного изготовления в армии находилось большое количество ружей зарубежного производства. Общеизвестно, что огнестрельное оружие, использовавшее чёрный порох, являлось оружием малых скоростей. Для стрельбы применялись свинцовые сферические пули, их диаметр был несколько меньше калибра ствола. Обтюрация канала обеспечивалась помещением пули в бумажный «пластырь». Несовершенство заряжания приводило к преждевременному сдвигу снаряда и его движению уже на начальных фазах горения заряда, что влекло увеличение пространства, в котором происходило горение и, как следствие, медленное повышение давления. Отчёты о стрельбе из реплик оружия, публикуемые в специализированных изданиях,

о начальной скорости пули существует. Это сами пули. Они сохраняют свою геометрию до уровней начальных скоростей 350-380 м/с.

Сферическая форма пули, различие в диаметрах их и каналов стволов, применение в качестве уплотнителя бумажного «пластыря» порождало проблему неравномерной передачи давления на снаряд. В зависимости от места прорыва газового потока пуля, помимо поступательного движения, приобретала и вращение. От направления вращения пули в прилежащем к её поверхности воздухе возникает зона повышенного давления,

приводящая к отклонению вверх, либо отрицательного, приводящего к снижению траектории полёта. Этот эффект в огнестрельном оружии отрицательно сказывался на его точности, поскольку приводил к отклонению пули от точки прицеливания. Точность стрельбы армейских ружей была низкой и при стрельбе на 100 м в мишень не превышала 16%.

Калибр европейских армейских ружей начала XIX века колебался в пределах 17-19 мм. Если исходить из предположения, что первое ранение Кутузова было причинено таким снарядом, то объём повреждённых тканей был весьма значительным. Если в случае второго ранения зоны расположения входных повреждений и направления движения снарядов в целом совпали, то, едва ли траектория пули при втором эпизоде повторила движение снаряда при первом, поскольку ткани в результате заживления претерпели грубые изменения изначальных анатомических особенностей. Это означает отклонение раневого канала в сторону не травмированных ранее тканей и расширение зоны разрушений. При этом неизбежно образование костных отломков, являющихся вторичными снарядами, увеличивающих объём повреждённых тканей. Есть ещё одна особенность, свойственная сферическим пулям. Они склонны к рикошетам от любых препятствий. В сложной по анатомическому строению области (лицевой отдел черепа) раневой канал не может быть прямолинейным.

Сопоставление оригинальной сферической пули с областью предполагаемого расположения входной огнестрельной раны на препарате черепа взрослого мужчины исключает возможность прохождения подобного снаряда, в результате которого полководец не только остался жив, но и строения зрения (если верить документам) не были значительными. Невозможно свободное прохождение снаряда, практически равного по диаметру главному яблоку, через вышеописанное небольшое пространство, отделяющее заднюю поверхность глаза от стенок орбит. Неминуемо либо разрушение глазных яблок, либо стенок глазниц и, как следствие, повреждение головного мозга.

ТОМ

Сказка о муравьишке Тишке и короле Мушке

На одном зажиточном деревенском подворье, в самом дальнем и глухом его конце жил целый муравейник. Жил-поживал и добра наживал. Как и хозяева подворья, всё лето трудился, только неслышно и невидно, запасы на зиму делал. А как сугробы снежные ложились, заделывал до будущего тепла все ходы-выходы и отдышал, отсыпался, сил набирался.

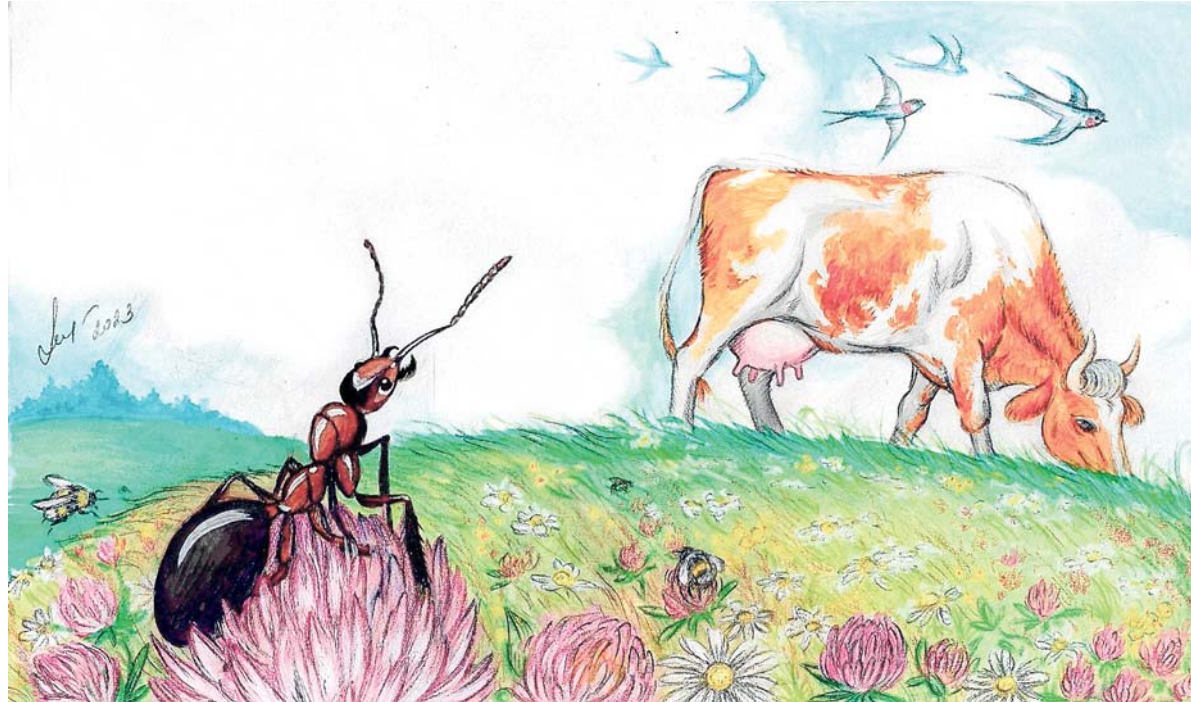
И был среди братцев-муравьёв один муравьишка, которого все звали Тишка. Но вовсе не потому, что был он тихоня. Совсем даже наоборот – баловник и непоседа, заводила и выдумщик. А уж какой шутник, балагур и насмешник! Всем давал прозвища, что называется, не в бровь, а в глаз, по большей части совсем не обидные, дружеские. Да как метко давал! Назовёт кого-нибудь, к примеру, Хряпой, так все рот и раскроют – как это сами раньше не заметили! Точно ведь – хряпа, обожатель капустных кочерыжек. А если объявит кого-то Коржиком, то по-другому того уже и представишь.

Самого его Тишкой нарекли, как было помянуто, вовсе не из-за спокойствия характера. Очень уж часто приходилось его урезонивать в беготне и проказах, когда маленький был. То здесь, то там то и дело слышалось: «Да тише ты, шалунишка!» Так со временем и повелось – Тиша, Тишка.

Среди же прочей живности жила на подворье в собственном хлеву корова Мушка. Так прозвали её хозяева за крохотное белое пятнышко на карем лбу. Была она большой и доброй, от которой всегда по-домашнему пахло молоком и теплом веяло. Доброй она была настолько, что, когда наклонялась на выпасе за аппетитным пучком травы, всегда делала шумный выдох. Догадались, зачем? Правильно, чтобы разогнать зазевавшихся кузнечиков и букашек и случайно не слизнуть кого-нибудь шершавым языком вместе с облюбованной травинкой.

Конечно, такое большое существо не осталось без Тишкиного язвительного внимания. «Эй, Мушка-кадушка, смотри не облопайся и не лопни!» – частенько дразнил её Тишка. Заслышав его тоненький дерзкий голосок, Мушка презрительно посматривала свысока на несмышлёныша, сердито топала копытом и вздыхала ещё шумнее. Отвечать же на колкости мелюзги считала ниже своего достоинства. Но однажды всё-таки не стерпела...

Тишка взбирался как-то по стволу яблони с наливающимися спелостью плодами за молодым яблочным соком и увидел Мушку. Забежав на высоту её уха, пропищал: «Эй, Мушка! Всё му да му! А чего му, и сама не пойму!» Всегда такая сдержанная корова в этот раз решила не да-



вать задире спуску. Подбежала к яблоне и ну её бодать.

Бум!..

Яблоки так и посыпались!

Ещё раз – бум!..

Снова яблочный дождь! Очень уж хотелось Мушке стукнуть кончиком рога несносного дразнилу, проучить за обиды.

Тишке же всё как с гуся вода. Попробуй, забодай такого мелкого, да шустро. Перебежит в другую трещинку в коре деревца и оттуда, из укрытия, за своё: «Так вот зачем бодливой короле боженька рога-то пообломал!» Пуще прежнего Мушка сердается. Примерится к месту, где Тишка пищит, и опять – бум!..

Все до последнего яблочка бы обтрусил, если бы не хозяйка. Завидела это безобразие, схватила Мушку за те самые рога и отвела в стойло, приговаривая: «Вот я тебе!.. Сбесилась что ли?.. Весь урожай насмарку! Хочешь без варенья нас на зиму оставить?.. Смотри мне!»

Порыскал Тишка по ветвям деревца, когда катавасия улеглась, но нашёл только зелёные яблоки. Маленькие и невкусные. Одно слово – кислятина. Самые же спелые, сочные, налитые – все попадали. Какие-то сами разбились, какие-то Мушка раздавила копытами, гоняясь за обидчиком. Так и вернулся Тишка в муравейник ни с чем. И припомнилась ему бабушкина поговорка: не рой яму другому – сам в неё попадешь. Понял, что перегнул палку, и стало ему за самого себя стыдно. Ведь в целом был он разумный и незлобивый му-

равьишка. Вскорости же произошло событие, о котором и по сей день судачат на скотном дворе.

В тот день Тишка получил задание принести из хлева свежих опилок из Мушкиной подстилки – для коврика перед входом в муравейник. Не принято было у братцев-муравьёв таскать на лапках грязь в жилище. А у Мушки в стойле всегда бывали свежие опилки, потому что была она чистюля и заботливые хозяева ей в этом потакали. Набил Тишка мешок берёзовыми опилками, собрался было домой его тащить, вдруг.. Прямо перед ним громадная дождевая капля – бац! И разлетелась мелкими брызгами, да какими солёными! Удивился Тишка. Откуда в добротном хлеву, с нехудой крышей, летом в ведро дождь, да ещё из морской воды? Что-то неладно. Приноровил мешок в уголке коровника и мигом по стенке взлетел к яслям – Мушкиной кормушке – на разведку. Чтобы обсмотреть за высоты, откуда такой не порядок.

И видит, в яслях полно вкусного корма, но Мушка не ест, голову опустила, трясёт ею и сопит шумно, как паровоз. Будто выдохнуть хочет так, как если бы целых сто свечек на именованном торте задуть за один раз собирается. А из глаз её катятся слёзы.

– Эй, Мушка! Что случилось? – крикнул тоненько Тишка.

– Му-у-у!.. – горько пожаловалась Мушка и ещё сильнее замотала головой. Жутко громко вздохнула и вновь уронила громадную слезу.

«Эге!..» – подумал Тишка. Скороенько спустился вниз и по Мушкиной передней ноге взобрался ей на загривок, оттуда к уху. «Погоди, не тряс так головой, я посмотрю», – попросил он, и Мушка послушно замерла. Обсмотрел её бархатистые уши – всё в порядке. Скатился к её носу, замечательно пахнущему парным молоком и душистым сеном. Заглянул в одну ноздрю, словно в туннель. Ничего подозрительного. Заглянул в другую. Есть! Глубоко в Мушкином носу виднелся бугорок. Подбежав к нему поближе, Тишка обомлел. Клещ! Здоровущий, раздувшийся. Впился так, что только брюхо наверх торчит с двумя короткими задними лапами. Пнул Тишка в сердцах клеща по ненасытному пузу, но тот лишь лапами дрыгнул. Ах ты, вражина! Ну, погоди!..

«Потерпи, милая, скоро вернусь», – уже на бегу крикнул он Мушке. По дороге домой в муравейник услышал, как хозяйка жаловалась мужу: «Совсем испортилась корова. Надьсь лбом яблоню чуть не сломала, все яблоки стрясла и потоптала. Ноне не ест, не пьёт, мычит, головой трясёт. Молока дала – кот наплакал. Что с ней такое, в толк не возьму. Всю вроде снаружи обсмотрела, всё справно, ни шишек, ни болячек... Чего бесится?.. Под нож, видно, придётся пускать паршивку».

Тишка, как это услышал, прибавил ходу и прямо с порога муравейника, запыхавшись, закричал: «Братцы, беда! Мушку клещ укусил! В ноздрю вьелся,

мне одному не справиться!» Тут же был собран отряд из самых сильных, ловких муравьёв, и они под Тишкиным началом поспешили в хлев. Обнаружили клеща ещё более насосавшимся, толстым и красным. Разделились поровну на две колонны. Выстроились цепочками, ухватились, как в сказке про репку, друг за дружку, схватили клеща за одну и за другую лапы, и Тишка стал командовать: «Раз-два, взяли! Раз-два, дружно! Ещё раз-э-э, взяли!..»

Чпок! И выдернули клеща. Надавали ему тумачков, чтобы впредь неопасно было Мушку кусать, связали и под конвоем отправили на исправительные работы в заросли крапивы.

Мушка успокоилась и ровно задышала. Тишка вновь взобрался на ясли. Удостоверился, что всё обошлось. Увидев муравьишку, Мушка низко ему поклонилась и уронила ещё одну, последнюю, слезинку. Но это уже была слёзка благодарности.

Наутро хозяйка не могла нахвалиться соседкам. Ну, слава богу, кажись, наладилась корова. Из яслей всё сено подчистую съела. И молока-то два подойника с верхом дала! Да жирного! Да сладкого! Да духмяного! А уж какая ласковая снова сделалась!.. Ну как такую не любить и не холить!..

С тех пор Тишка и Мушка крепко подружились. Идёт Мушка на дальний выпас и целую ватагу муравьёв с ведёрками под земляничным соком на тёплом темечке под солнышком везёт. Во главе с Тишкой. А с луга воротятся, Тишка с друзьями по Мушкиной короткой шёрстке пробегутся быстренько, проверят – не затаился ли где клещ зловерный, человеческому глазу трудно различимый. Затем сговорятся с ней о путешествии назавтра, пожелают ей спокойной ночи и только потом сами на ночлег отправляются.

И ещё Тишка после этих приключений очень повзрослел характером. Если так можно сказать, на Мушкиной шкуре испытал злую силу обидных дразнилок, прозвищ и кличек. И хотя как был шутником и насмешником, так им и остался, но частенько спохватывался, когда хотел над кем-то подтрунить, и прикусывал язычок. И то хорошо! Знай цену слову! Не зря ведь говорят: слово не воробей – вылетит, не поймаешь!

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, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, 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 № 1254

Тираж 14 009 экз.

Распространяется

по подписке

в Российской Федерации

и зарубежных странах.

