

Медицинская

18 февраля 2026 г.
среда
№ 6 (8228)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

www.mgzt.ru



Уникальная система реабилитации мозга после операций на сердце от учёных кемеровского НИИ.

Стр. 6-7

Базовые принципы и задачи практической составляющей медицинского образования – ректор Тверского ГМУ рассказал о планах.

Стр. 12

У «МГ» появились свои каналы в Telegram и МАХ. Уважаемые читатели, подписывайтесь, чтобы быть в курсе главных новостей.



События

Когда судьба — педиатрия

В Москве завершил работу XXVII конгресс детских врачей



«С праздником!» – так приветствовали друг друга детские врачи, встречаясь на полях XXVII конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». Для них, влюблённых в свою профессию, участие в этом форуме – праздник, хоть дни от зари до зари были заполнены симпозиумами, мастер-классами, лекциями, требующими интеллектуального напряжения.

Главное педиатрическое мероприятие года собрало в столице свыше 3,3 тыс. докторов из разных уголков страны и мира (очно) и более 26 тыс. подключились онлайн. Таким количеством слушателей не может похвастаться ни один профессиональный форум: практически каждый второй педиатр РФ так или иначе участвовал в его работе, пополняя багаж знаний, знакомясь с новыми методиками и результатами исследований.

Как отмечалось в приветственном адресе председателя Совета Федерации Федерального собрания Валентины Матвиенко, который огласила первый заместитель председателя Комитета СФ по социальной политике Жанна Чевранова, конгресс стал уникальной профессиональной площадкой, объединяющей рос-

сийских и зарубежных специалистов в сфере детского здравоохранения, ведущих учёных, педагогов, общественных деятелей, для всестороннего обсуждения инициатив, направленных на совершенствование системы оказания медицинской помощи детям и укрепление здоровья подрастающего поколения.

Научная программа конгресса охватывала широкий спектр тем: от оказания первичной медицинской помощи несовершеннолетним до внедрения искусственного интеллекта в области педиатрии. К этому ежегодному событию детские доктора подошли с прекрасными результатами. Достаточно сказать, что младенческая смертность снизилась до 3,6 промилле. Показатель, которым можно гордиться! Это лучше, чем в ряде развитых стран Европы.

– Проходя по залу, готов практически каждому из вас пожать руку и сказать слова благодарности за те достижения, которые сегодня есть, – сказал министр здравоохранения России Михаил Мурашко, приехавший лично поблагодарить педиатров за труд.

По словам главы Минздрава РФ, явные большие успехи имеются в каждой возрастной группе детей. Оказание помощи подрастающему поколению, включая реабилитацию, приобрело в стране выраженный

системный характер. О наших специалистах, владеющих уникальными технологиями, ходят легенды. Неслучайно вырос интерес иностранных граждан к лечению детей в России, всё больше маленьких пациентов приезжает к нам из-за рубежа.

Говоря о перспективах и задачах на будущее, М.Мурашко заверил, что педиатрия всегда будет в приоритете. Впрочем, о внимании к этой области здравоохранения свидетельствует сам факт участия в форуме представителей различных министерств, ведомств, законодательной власти.

В рамках конгресса состоялось множество различных мероприятий, в том числе международный форум «Педиатры мира – за здоровье, развитие и благополучие детей». Детские врачи из Китая, Индии, Египта, Сербии и ещё двух десятков стран прибыли в Москву, чтобы обменяться опытом, поделиться наработками, обсудить актуальные вопросы. И, по их признанию, не пожалели об этом. Россия становится центром притяжения, а Союз педиатров России – главным организатором форума – объединителем детских специалистов.

Подробнее о конгрессе расскажем в следующих номерах «МГ».

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

В центре внимания

Сколько нужно?

Минздрав России выпустил приказ № 769н от 26.12.2025 «Об установлении минимального количества баллов единого государственного экзамена по общеобразовательным предметам, соответствующим специальности или направлению подготовки, по которым проводится приём на обучение в образовательных организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, на 2026 год».

Документ прокомментировал председатель Комитета Госдумы по охране здоровья Сергей Леонов.

Он отметил, что повышены проходные баллы по русскому языку и химии на ряде направлений. Для поступления в Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова на программы «Лечебное дело», «Педиатрия» и «Стоматология» потребуется минимум 55 баллов по русскому языку, биологии и химии. По базовым направлениям «Лечебное дело», «Стоматология» и «Педиатрия» в РНИМУ им. Н.И.Пирогова минимальные баллы варьируются от 50 до 56 баллов за один предмет.

Для сравнения, чтобы поступить в Алтайский государственный медицинский

университет на базовые направления, потребуется от 37 баллов до 42. В среднем по региональным вузам диапазон минимальных баллов варьируется от 36 до 50 баллов.

Один из самых высоких баллов для поступления на «Лечебное дело» зафиксирован в Казанском государственном медицинском университете, он составил 65 баллов по всем трём дисциплинам.

– Для некоторых вузов исключены отдельные предметы, – уточнил депутат. – Например, в Иркутском государственном медицинском университете математика больше не входит в перечень обязательных ЕГЭ для поступления на специальность «Клиническая психология». Необходимо будет сдать только русский язык, биологию и обществознание. В то же время в Ивановском государственном медицинском университете на направление «Клиническая психология» сдать нужно сразу 5 предметов – русский, биологию, химию, обществознание, математику. В ряде других вузов абитуриенты могут поступить на направление «Медицинская кибернетика», где требуется сдать рекордное количество предметов – 6 дисциплин, среди которых русский, математика, биология, химия, физика, информатика.

Иван ЗАЙЦЕВ.

ОМС: РЕАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Илья БАЛАНИН

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования:

– Мы проводим ежемесячный мониторинг наличия просроченной кредиторской задолженности у государственных медицинских организаций.

Также ФОМС ежемесячно мониторит уровень заработной платы медработников и ежеквартально анализирует структуру расходов медицинских организаций в сфере ОМС.

Стр. 4



Новости

Долгой жизни вам, ветераны!

В 2025 г. диспансеризацию или профилактический медицинский осмотр в Марий Эл прошли 4920 ветеранов боевых действий, в том числе 541 ветеран специальной военной операции.

Это категория пациентов, для которых особенно остро стоит вопрос о реализации программы «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация» Нацпроекта «Продолжительная и активная жизнь». Их здоровье осложнено последствиями травм, ранений, посттравматического стрессового расстройства, сопутствующими заболеваниями, поэтому только эффективная медицинская помощь может повысить качество их жизни и предотвратить осложнения.

В республике 5 городских и 9 муниципальных медорганизаций оказывают ветеранам первичную медико-санитарную помощь и 6 диспансеров – первичную специализированную помощь, 3 республиканских, 6 городских и 9 муниципальных организаций – специализированную помощь.

Высокотехнологичную медицинскую помощь ветераны могут получить и в федеральных клиниках, а затем заботу о них берут медорганизации республики, проводя реабилитационные мероприятия, в том числе после оперативных вмешательств и эндопротезирования.

Ведущей медицинской организацией Марий Эл, оказывающей помощь ветеранам боевых действий, является Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн, к которому прикреплены 3185 ветеранов боевых действий. В 2025 г. в круглосуточном стационаре пролечены 197 воинов-интернационалистов, 202 участника боевых действий на территории России, 132 ветерана специальной военной операции.

Реабилитационные мероприятия в госпитале прошёл 71 воин-интернационалист, 70 участников боевых действий, 72 ветерана СВО.

– На 2027 г. запланировано оснащение Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн реабилитационным оборудованием, – сказал министр здравоохранения Марий Эл Владимир Гладнев. – Причём поставятся будут медицинские изделия для пациентов с заболеваниями и травмами периферической нервной и костно-мышечной системы, то есть именно то оборудование, которое является актуальным для многих ветеранов боевых действий, в том числе ветеранов специальной военной операции.

Ольга БИРЮЧЁВА.

Республика Марий Эл.

Поликлиника приехала в село

В рамках регионального проекта «Здоровье для каждого» Нацпроекта «Продолжительная и активная жизнь» выездная бригада врачей Изобильненской районной больницы посетила село Подлужное. Эндокринолог, дерматолог, оториноларинголог, невролог и кардиолог осмотрели около ста человек.

Главная цель проекта, который стартовал в 2018 г., – раннее предупреждение и профилактика неинфекционных заболеваний у населения, проживающего в отдалённых и малонаселённых территориях, где есть потребность в узкопрофильных специалистах. Также для пациентов проводятся регулярные Школы здоровья, направленные на приобщение к здоровому образу жизни. Особое внимание уделяется детям.

– По данным регионального минздрава, в минувшем году медицинские бригады в рамках проекта совершили 4037 выездов в малонаселённые отдалённые территории края. В общей сложности осмотрено более 108 тыс. пациентов, своевременная диагностика позволила выявить более 13,5 тыс. заболеваний. И это – самый главный результат работы выездных бригад на Ставрополье.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

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

Ориентиры

Новые методы
ВМП в Крыму

Специалисты Ялтинского многопрофильного медицинского центра ФМБА России впервые в республике выполнили криоабляцию (малоинвазивный катетерный метод лечения сердечных аритмий с помощью воздействия чрезвычайно низких температур на устья лёгочных вен).

Во время процедуры эндоваскулярной криоабляции хирург-аритмолог вводит через специальный прокол в бедренной вене баллон с закисью азота в полость сердца. Как только очаг аритмии найден, на него воздействуют холодом – до минус 100° С.

Вокруг устьев лёгочных вен образуется кольцевой рубец, который препятствует распространению патологических электрических сигналов на предсердие. После операции восстанавливается нормальный ритм сердца.

Криотехнология является перспективным направлением в кардиологии, проводится с наименьшим риском и имеет высокую долю эффективности.



– Внедрение криоабляции в плановом порядке в нашем центре – это ещё один шаг вперёд по развитию высокотехнологичного лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы, – сказал заведующий отделением рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения ЯММЦ ФМБА России Магомед Ахмадов.

После проведённой операции пациент будет находиться в кардиологическом отделении ещё четверо суток, затем в течение длительного времени его будут наблюдать амбулаторно, чтобы оценить эффективность лечения, уточнили в пресс-службе ФМБА России.

Богдан СЕРГЕЕВ.

Фотоувеличение

Труд, который бесценен

В этой профессии обязательна безупречная квалификация и железные нервы



Социологи бьют тревогу: мы разучились поздравлять друг друга. Прошедшая новогодняя ночь 2026 г. стала тому подтверждением. Вместо привычного шквала звонков и SMS, разрывающих телефонную сеть ровно в полночь, наступила неожиданная, давящая тишина. Даже мессенджеры, которые традиционно «грелись» от перегрузок в первые минуты января, оставались подозрительно спокойными. Никаких технических сбоев – просто люди не отправляют поздравлений. Психологи говорят, что это не кризис отношений, а массовая усталость. Бесконечный поток информации, круглосуточные чаты и видеозвонки привели к тому, что в самый семейный праздник не всем захотелось нажимать на кнопки. Многие выдохнули и предпочли виртуальным объятиям реальную тарелку оливье.

Но есть в календаре дни, которые этот тренд опровергают. Дни, когда слова благодарности обретают вес золота, и считаются одним из атрибутов признания. Один из таких – Международный день операционной медицинской сестры. Он празднуется 15 февраля.

В Городской клинической больнице № 15 (Москва) трудится более ста операционных сестёр,

часть их даже профессиональный день встречала на посту. В оперблоке и в операционных флагманского центра любое утро начинается как обычно, даже в выходные. В операционной нет места суете. Здесь ценятся совсем другие качества, нежели в цифровом мире: слаженность, точность и способность понимать хирурга с полуслова. Не бывает и дня, чтобы операционные пу-

стывали. Ежедневно 7/24 выполняется нужная и такая непростая работа.

– В профессии операционной медицинской сестры случайных людей не бывает, – говорит главный врач ГКБ № 15, доктор медицинских наук Валерий Вечорко. – Таким специалистам приходится просчитывать шаги хирурга вперёд, иметь железные нервы и безупречную квалификацию. Операционные сестры постоянно осваивают новую сложную технику. Они учатся непрерывно, потому что вместе с технологиями изменяется и медицина. Их работа – это не просто помощь, это прямой вклад в спасение жизни, совершаемый в условиях зачастую нехватки времени и необходимости действовать без промедления.

К сожалению, подобных специалистов не хватает по всей стране. Вакансии открыты даже в ведущих клиниках, и каждый такой специалист – на вес золота. В эпоху, когда живые эмоции заменяются смайликами, а поздравления становятся статистикой в мессенджерах, слова благодарности становятся ещё более значимыми. Операционные медицинские сестры – великие труженики. Поэтому их поздравляют. Ведь за канцелярским «спасибо» часто стоит чья-то спасённая жизнь. А фотографии свидетельствуют ещё и о том, какие красавицы наши медицинские работники, сколько у них оптимизма и желания помогать людям. Остановись мгновенье, ты прекрасно!

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Фото
Евгения ДАНИЛЕНКО.

Подписка на «МГ» продолжается

Оставить заявку на оформление подписки можно по адресам электронной почты:

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

Контакты

издательского отдела «МГ»:

8 (495) 608-85-44,

8 (916) 271-08-13.

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

Отсканируйте
этот QR-код
для оплаты



сбп
Сбербанк России

Президент России Владимир Путин принял в Кремле заместителя председателя правительства РФ Татьяну Голикову. Она доложила о реализации трёх национальных проектов, которые связаны со здравоохранением.

«Основной и самый ёмкий проект – это «Продолжительная и активная жизнь». В Национальном проекте «Семья» мы реализуем федеральный проект по охране материнства и детства. И новый Национальный проект в блоке нацпроектов технологического лидерства – это «Новые технологии сбережения здоровья», где речь идёт о разработке лекарственных препаратов, медицинских изделий. Всё это связано, безусловно, с обеспечением качества и доступности медицинской помощи гражданам Российской Федерации», – отметил Т.Голикова.

Она напомнила, что перед началом 2026 г. Правительство РФ утвердило программу государственных гарантий бесплатного

Официально

Ключевое место здравоохранения в социальной политике

оказания помощи гражданам России. Речь идёт о формировании тех объёмов оказания медицинской помощи, которые предоставляют регионы. В 2026 г. объём такой помощи оценивается за счёт средств обязательного медицинского страхования в 4,8 трлн руб. – на 9,6% выше, чем в прошлом году. «Это позволяет нам обеспечить все обязательства, которые взяло на себя государство и, естественно, регионы страны, в том числе заработную плату медицинским

работникам», – подчеркнула вице-премьер.

По её словам, с учётом поручения Президента по реализации программы первичного звена здравоохранения с 2026 г. начинается второй этап этой программы. «Мы вводим новые объекты. Естественно, привлекаем новый медицинский персонал. Сложная работа, мы её вместе с регионами планомерно ведём. Наверное, не всё получается пока, но уже есть определённые позитивные результаты. Косвен-

ным признаком является то, что в 2025 г. почти на 28% у нас увеличился объём специальных социальных выплат работникам первичного звена здравоохранения. Если в 2024 г. объём таких выплат составлял 158 млрд руб., то в 2025-м – 202 млрд руб., а это значит, что большее число медиков привлекается, большее число приезжает, и это очень хорошо. Мы рассчитываем, что эта тенденция у нас продолжится и в 2026 г., и в последующие годы, поэтому закладываем на это

соответствующие финансовые ресурсы», – сказала Т.Голикова.

Продолжается работа по модернизации системы оплаты труда в здравоохранении. В программе государственных гарантий зафиксирована обязательная норма по доле должностного оклада в структуре фонда оплаты труда – 50%. Регионы обязаны эту норму выполнять.

«Безусловно, усилия дают свой результат, мы видим позитивные тенденции по снижению смертности. Мы пока имеем только оперативные данные за 2025 г., но тем не менее видим зримое изменение по снижению смертности от онкологических заболеваний, туберкулёза, ВИЧ и ряда других инфекционных заболеваний», – добавила вице-премьер.

В.Путин, в свою очередь, отметил, что в социальной политике нет второстепенных вопросов. «Но даже среди этого всего самого главного здравоохранение занимает особое место», – подчеркнул он.

Владимир ЧЕРНОВ.

Сотрудничество

Россия и Кыргызстан укрепляют взаимодействие

Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко и министр здравоохранения Кыргызской Республики Каныбек Досмамбетов обсудили приоритетные направления двустороннего сотрудничества на текущий год. В рамках переговоров стороны рассмотрели вопросы совершенствования национальных систем здравоохранения, развития взаимодействия в области медицинской помощи, производства лекарственных препаратов и радиофармацевтических препаратов и медицинской продукции. Особое внимание было уделено цифровизации здравоохранения.

М.Мурашко подчеркнул, что в целях сохранения и укрепления здоровья граждан обеих стран в 2024 г. подписано соглашение между правительствами Российской Федерации и Кыргызской Республики о сотрудничестве в области здравоохранения, медицинского образования и науки. Для его реализации министерствами здравоохранения государств подписан план совместных действий на 2025-2026 гг.

– Соглашение содержит 7 направлений, по которым запланирована работа, включающая вопросы подготовки, переподготовки и повышения квалификации кыргызстанских медицинских работников, улучшения системы управления кадровыми ресурсами в системе организации медицинской помощи населению и в сфере общественного здоровья, лечения онкологических заболеваний и применения радиофармацевтических препаратов, сотрудничества при регулировании обращения средств и медицинских изделий, а также оказания медицинской помощи гражданам Кыргызской Республики по наиболее востребованным профилям в медицинских организациях Российской Федерации, – рассказал министр.

Делегация из Кыргызстана посетила ряд ведущих медицинских учреждений России: НИИЦ

сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева, НИИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, НИИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина, Сеченовский университет, а также Московский многопрофильный научно-клинический центр им. С.П.Боткина, Городскую поликлинику № 5 (Москва) и Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий.

К.Досмамбетов отметил высокий уровень российской системы здравоохранения и выразил заинтересованность в заимствовании передового опыта. В частности, он подчеркнул, что цифровизация системы здравоохранения в России является одной из лучших в мире, и выразил желание внедрить подобные технологии в Кыргызстане.

– Хотелось бы перенять российский опыт и внедрить в нашу медицину, – отметил он. – Особенно впечатляет оперативность организации медицинской помощи, в том числе экстренной. Маршрутизация пациентов выстроена безупречно. Ещё до того, как бригада доставит пациента, врачи уже располагают всей необходимой информацией о нём.

М.Мурашко отметил, что успешное развитие системы здравоохранения возможно только при наличии продуманного и последовательного стратегического плана.

– В 2025 г. в России была принята Стратегия развития здравоохранения, которая утверждена указом Президента страны, – уточнил он.

Он также акцентировал внимание на том, что грамотное распределение ресурсов и создание эффективных механизмов финансирования являются ключевыми факторами для обеспечения доступности и высокого качества медицинской помощи на всех уровнях системы здравоохранения.

Минздрав России традиционно придаёт большое значение развитию медицинского образования, обучению будущих врачей, совершенствованию и повышению квалификации уже состоявшихся специалистов, подчеркнул министр.

– Мы готовы оказывать вам всестороннюю поддержку в предоставлении учебных материалов, включая материалы для повышения квалификации, – дополнил он.

В настоящее время в медицинских образовательных организациях обучается 347 гражданина Киргизии по программам бакалавриата, специалитета и магистратуры, из них 38 человек – по квоте Правительства Российской Федерации.

В рамках реализации российского проекта по охране здоровья матерей, новорождённых и детей в возрасте до 5 лет на базе НИИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии, НИИЦ здоровья детей и Детского научно-клинического центра инфекционных болезней ФМБА России проводятся научно-практические обучающие курсы для специалистов, работающих в системе детского здравоохранения. Для специалистов из Кыргызской Республики они организованы на безвозмездной основе.

В 2025 г. общее количество обученных кыргызских специалистов составило 226 человек. За время реализации российского проекта «Пути снижения материнской и младенческой смертности» в научно-практических семинарах приняло участие 1142 врачей из Кыргызской Республики.

Кроме того, уже запущена Международная школа лидеров в здравоохранении совместно с Мастерской управления «Сенеж», которая стала важным элементом в подготовке и повышении квалификации медицинских специалистов.

В завершение встречи министры здравоохранения России и Кыргызстана подтвердили взаимную заинтересованность в дальнейшем укреплении двустороннего сотрудничества. Стороны выразили готовность последовательно развивать взаимодействие по всем ключевым направлениям здравоохранения, включая обмен опытом, подготовку кадров и внедрение современных медицинских технологий.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

Признание

Удостоены государственных наград

Указом Президента РФ Владимира Путина несколько известных врачей удостоены государственных наград. За большой вклад в развитие медицинской науки и здравоохранения, многолетнюю плодотворную деятельность ордена Святого апостола Андрея Первозванного удостоен президент НИИЦ эндокринологии, академик РАН Иван Дедов, а ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени – директор НИИЦ хирургии им. А.В.Вишневецкого, академик РАН Амиран Ревишвили.

За заслуги в области здравоохранения и многолетнюю добросовестную работу орденом «За заслуги перед Отечеством» IV степени награждён директор НИИЦ глазных болезней им. Гельмгольца Владимир Нероев, орденом Пирогова – заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 1 Института клинической ме-

дицины им. Н.В.Склифосовского Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Анатолий Ищенко, медалью Луки Крымского – врач Ангарской городской детской больницы № 1 Сергей Царьков.

Ещё нескольким врачам тем же Указом присвоено почётное звание «Заслуженный врач РФ».

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Перспективы

Вакцина для терапии меланомы

Минздрав России выдал разрешение на применение индивидуализированного биотехнологического лекарственного препарата «Неовак-РОНЦ» – персонализированной неонатоген-специфической мРНК-вакцины для терапии меланомы (производитель – НИИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина).

Препарат будет применяться в качестве адъювантной терапии после хирургического лечения у взрослых пациентов 18 лет и старше с меланомой кожи IIB-IV стадии (после удаления всех метастатических очагов) в комбинации с ингибитором PD-1. Препарат «Неовак-РОНЦ» разработан совместно с НИЦЭМ им. Н.Ф.Гамалеи и НИИЦ радиологии.

– Это новое поколение противоопухолевых препаратов – лечебная вакцина на платформе мРНК. Важно понимать, что это лишь начало применения инновационного подхода к терапии, поэтому учёным только предстоит оценить эффективность и безопасность данного лечения. И понятно, что на начальном этапе речь не идёт о массовом применении. Об этом

можно будет говорить в том числе после оценки эффективности и безопасности. Отмечу, что эта технология – не панацея, а лишь один из методов лечения, которые мы сейчас разрабатываем и внедряем, – заявил министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко на заседании коллегии Минздрава России по вопросам лекарственного обеспечения.

Как сообщили в пресс-службе Минздрава, индивидуализированный биотехнологический лекарственный препарат предназначен для применения в соответствии с индивидуальным медицинским назначением. Он изготавливается для конкретного пациента непосредственно в медицинской организации, в которой применяется данный лекарственный препарат. Вакцина имеет в своём составе соединения, синтезированные по результатам генетических исследований материала, полученного от пациента, для которого изготовлен такой биотехнологический лекарственный препарат. Новые препараты пока имеют узкие терапевтические показания.

Павел БАЛАГИН.

Архиважную тему обсудили на заседании Комитета Госдумы по охране здоровья депутаты и представители Федерального фонда ОМС. В повестке мероприятия вопрос был обозначен сухим канцелярским языком: «О ходе реализации мер по повышению качества управления финансовыми ресурсами в системе обязательного медицинского страхования в целях ликвидации просроченной кредиторской задолженности медицинских организаций». На деле же состоялся вовсе не формальный, а весьма оживлённый обмен мнениями чиновников и политиков о ситуации с кредиторской задолженностью учреждений здравоохранения: так ли уж она велика и опасна на самом деле?

Деньги любят контроль

Прежде всего, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Илья Баланин довёл до сведения парламентариев информацию о том, какую финансовую помощь оказывает фонд регионам и как проверяет расходование денег на местах.

– Начну с субвенций из бюджета ФОМС бюджетам территориальных фондов. Я хотел бы отметить, что субвенция ежегодно увеличивается, причём достаточно хорошими темпами: в 2025 г. 3,6 трлн руб., а в бюджете ФОМС текущего года субвенция регионам составляет уже почти 4 трлн руб. Она предусматривает рост заработной платы в 2026 г. на 7,6%, полностью обеспечивает бюджеты территориальных фондов и в полном объёме покрывает стоимость утверждённых территориальных программ, – сообщил И.Баланин.

Также он подчеркнул, что одновременно с ростом субвенций ФОМС сокращается объём межбюджетных трансфертов из бюджетов субъектов Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение терпрограмм. При этом глава фонда напомнил: российский законодательством ответственность за образование просроченной кредиторской задолженности в медицинских организациях возложена на их учредителей!

– Мы проводим ежемесячный мониторинг наличия просроченной кредиторской задолженности у государственных медицинских организаций. Причём у каждой медорганизации персонально. Также ФОМС ежемесячно мониторит уровень заработной платы медработников и ежеквартально анализирует структуру расходов медицинских организаций в сфере ОМС. Такой контроль и анализ позволяют комплексно выявлять недостатки в использовании средств обязательного медицинского страхования, искать пути решения образовавшихся проблем, – разъяснил методологию контроля И.Баланин.

Теперь что касается кредиторской задолженности. В основном она формируется у лечебных учреждений перед поставщиками коммунальных услуг, продавцами лекарств и расходных материалов, а также по самой чувствительной статье – начислениям на зарплату. Однако сам по себе факт кредиторки в фонде не считают финансовой катастрофой: это, как правило, временное явление, с которым лечебные учреждения более-менее благополучно справляются.

По словам И.Баланина, речь идёт о текущих обязательствах лечебных учреждений. Самый простой пример: в больницу поставлено новое оборудование, и есть в соответствии с договором 15 дней на его оплату. То есть в моменте это просто кредиторская задолженность, но она станет просроченной, если обязательства по оплате не будут выполнены в течение указанного срока.

– Просроченная кредиторская задолженность на 1 января 2026 г. составила лишь 12,9 млрд руб., или 0,3%, от размера субвенции. Я считаю, что это крайне незначительная сумма. При этом остатки на счетах медицинских организаций многократно превышают просроченную кредиторскую задолженность. Так, на 1 января 2026 г. они составляли 251 млрд руб. или в 19,5 раз больше, чем размер просроченных долгов, – пояснил парламентариям глава Федерального фонда ОМС.

Как уточнил И.Баланин, само по себе наличие у лечебного учреждения просроченной кредиторской задолженности в первую очередь связано с невыполнением установленных объёмов оказания медицинской помощи. Просроченные долги, по выражению главы

Депутат поинтересовался, рассматривает ли ФОМС варианты дополнительной помощи для таких медицинских организаций, коль скоро просроченная кредиторка – объективный показатель сложной финансовой ситуации клиники? На это председатель фонда ещё раз подчеркнул, что совместно с территориальными фондами ОМС и региональными минздравами проводится анализ причин, по которым копятся долги каждая медорганизация.

– В большинстве случаев, как уже сказано, причиной оказывается невыполнение объёмов оказания медицинской помощи.

ходные материалы. Кроме того, цена лечения по отдельным КСГ пересматривается Фондом ОМС по мере появления новых лекарств, методов диагностики и лечения.

– Поэтому я считаю, что на сегодняшний день все тарифы соответствуют реальности. Их стоимость адекватна и не занижена. Об этом говорит в том числе текущая финансовая ситуация в медицинских организациях. Если бы тарифы были занижены, они не обеспечивали бы потребности лечебных учреждений в приобретении медикаментов, расходных материалов, продуктов питания, в выплате заработной платы. Мы

– Если в регионе хорошо работает комиссия по разработке территориальных программ и регулированию объёмов оказания медпомощи, там кредиторской задолженности быть не может. Просто потому, что всё чётко: объёмы строго выполняются, а при необходимости перераспределяются ежемесячно. Я считаю, там, где грамотный менеджмент в медицинской организации и в региональном минздраве, никаких кредиторских задолженностей никогда не будет. В каждой медицинской организации есть план финансово-хозяйственной деятельности. Чётко его исполняйте и живите по

ОМС: реальность и перспективы

«Кредиторка» как главный кошмар главврача

Долги в здравоохранении – патология экономики или менеджмента?

ФОМС, – это индикатор, который показывает реальное финансовое положение учреждения на данный момент.

И всё-таки просроченную кредиторку нельзя назвать тотальным явлением в государственной системе здравоохранения. На начало текущего года её имели лишь 7% государственных медицинских организаций в стране. А в сорока одном субъекте РФ нет вообще ни единой медицинской организации с накопившимися просроченными долгами.

Давайте разберёмся!

Члены Комитета по охране здоровья в большинстве своём люди с медицинским образованием, которые в предмете обсуждения тоже кое-что понимают. К тому же они регулярно бывают в своих регионах, поэтому непосредственно от главных врачей знают о положении дел с финансированием лечебных учреждений и с их долгами по кредитам. Поэтому всё сказанное председателем ФОМС было воспринято ими с огромным интересом. Как оказалось, представления парламентариев о том, что такое кредиторская задолженность лечебных учреждений, как она формируется и насколько влияет на общее финансовое положение дело в здравоохранении, были недостаточно полными, и разъяснения главы Федерального фонда ОМС позволили закрыть эти «белые пятна».

Так, депутат Алексей Куринный обратил внимание на следующее обстоятельство: общий размер просроченной задолженности медицинских организаций в стране составляет 12 млрд руб., а сумма остатков на счетах лечебных учреждений – 251 млрд руб.

– Но дело в том, что это разные учреждения. Остатки у одних, а «просрочка» у других. И вылезти из просроченной кредиторской задолженности некоторые медицинские организации просто физически не могут. Особенно это касается районных больниц. Они героически выполняют план, собирают кое-как на уплату долгов необходимые десятки миллионов рублей, отдают их, но при нынешней ставке Центробанка им в виде пени и штрафов опять эта же сумма выставляется, – подчеркнул А.Куринный.



Как правило, комиссия принимает решение передать часть объёмов, с которыми не справляется данное лечебное учреждение, в другие медицинские организации. И в целом я считаю, что финансовая ситуация в здравоохранении достаточно стабильная, – ответил И.Баланин.

Член Комитета по охране здоровья Федот Тумусов спросил, проводил ли Федеральный фонд ОМС анализ ситуации, почему с ростом субвенций в адрес субъектов РФ сами регионы начали сокращать объёмы отчислений в бюджеты территориальных фондов ОМС. Может, просто-напросто у регионов реально нет денег на эти цели? Кроме того, депутат попросил разъяснить, какова нынешняя методика образования тарифов на медицинскую помощь в нашей стране.

– Сейчас тарифы рассчитываются исходя из того, сколько денег имеется в отрасли, верно? Вообще-то, по правилам экономики, должно быть наоборот – тарифы должны рассчитываться исходя из себестоимости каждой услуги. Как происходит сегодня и планируются ли какие-то изменения в этом плане? – резонно поинтересовался Ф.Тумусов.

В свою очередь председатель ФОМС, говоря о тарифах, заметил, что финансовые нормативы Программы государственных гарантий ежегодно пересматриваются, то есть фонд пересчитывает стоимость оказания медицинской помощи по всем профилям, исходя из цен на медикаменты и рас-

возможностям, а не по потребностям, – такую рекомендацию дала организаторам здравоохранения депутат Госдумы.

Особо острый вопрос

Ещё один аспект качества управления финансовыми ресурсами в системе обязательного медицинского страхования – оплата труда медработников. В ходе разговора с парламентариями председатель федерального фонда подчеркнул, что ежегодное увеличение размера субвенций регионам способствовало росту заработной платы в системе ОМС.

– За прошлый год среднемесячная заработная плата врачей составила 147 тыс. руб. Она увеличилась по сравнению с 2024 г. на 12,1%. У среднего медицинского персонала в среднем заработная плата составляет 71 230 руб., у младшего медперсонала – 60 460 руб., что на 12,7% больше, чем годом раньше. Рост заработной платы врачей и среднего медицинского персонала произошёл во всех субъектах Российской Федерации, – сообщил И.Баланин.

Депутаты высказали предположение, что вслед за публикацией в СМИ данной информации последует масса вопросов и комментариев от тех работников здравоохранения, зарплаты которых далеки от указанных. Не ставя под сомнение точность цифр, названных председателем ФОМС, народные избранники предложили всё-таки дополнительно уточнить, как и из чего складываются такие данные об оплате труда медиков.

– По факту в большинстве регионов у медиков нет таких средних зарплат. И самое главное: средняя зарплата такого размера, даже если она где-то выплачивается, – явно не за работу на одну ставку, как мы прекрасно понимаем. Это работа на полторы ставки, с огромными перегрузками, с дежурствами через сутки. Думаю, целесообразно провести подробный анализ того, сколько же всё-таки получают и с какой нагрузкой работают в среднем российский врач и медсестра в системе ОМС, – высказал общее пожелание депутат А.Куринный.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото пресс-службы Комитета Госдумы по охране здоровья.

Обучить ИИ для автоматизации рутины, построить команду для создания полезных врачам и пациентам решений, обработать терабайты данных для поиска неочевидных ответов на клинические задачи – всему этому можно научиться в современном кампусе Сеченовского университета и «Школы 21». Вначале программу MedIT осваивали студенты, аспиранты и ординаторы, а с 16 февраля к ним присоединились и сотрудники университета. Следующий шаг – масштабирование на всю страну: уже в этом году появятся первые «спутники» кампуса в регионах России. Об этом рассказал директор кампуса Юрий ОГНЕВ.

– В университете уже давно можно освоить IT, например, на Цифровой кафедре. Чем отличается обучение в вашем кампусе?

– Мы вместе с коллегами из Индустрии образования Сбера предлагаем новый формат, которого ещё не было ни в одном медицинском, да и вообще в российском университете. Это не отменяет классическое образование – кому-то удобнее лекции и семинары. У нас же нет ни того, ни другого. Участники работают в командах над реальными практическими задачами. Вместо учебников – просторы интернета и принцип «равный равному»: можно объединяться в команды, советоваться друг с другом, но нельзя копировать.

Правда, есть нюанс. Студенты иногда решают сложные задачи с помощью ИИ-помощников. Но на этапе взаимной проверки, когда студенты проверяют друг друга, или на экзамене всё равно придётся объяснить, как они пришли к решению. А пока несколько раз объяснишь – уже сам разберёшься. Как в том анекдоте про профессора, который несколько раз объяснял тему: «Я уже и сам понял, а они не понимают!»

За основу мы взяли методологию школы цифровых компетенций от Сбера – peer-to-peer, то есть равный равному. Но мы адаптировали её для будущих медиков. Наша цель – не подготовить высококвалифицированных программистов, а вырастить современного врача-исследователя, который умеет мыслить и клинически, и технически. Ведь сегодня реальность изменилась: роботы в операционных, аналитические системы, ИИ-помощники. Если не принять её, будет сложно. Например, с ИИ-ассистентом, который расшифровывает жалобы пациента и предлагает предварительный диагноз, врач тратит меньше времени на бумажную

работу. Ему остаётся проверить и скорректировать, а это быстрее, чем заполнять протокол с нуля. И вместо того, чтобы уткнуться в экран компьютера, заполняя формы, врач может уделить максимум внимания пациенту.

– Аналитики говорят, что рынок охладел к ИИ-решениям. Может, их просто стало слишком много?

– Проблема в другом: множество IT-решений, даже прошедших апробацию, не доходят до врачей и пациентов. Это говорит не о несовершенстве технологий, а о том, что часть из них не отвечает потребностям конкретных медицинских коллективов или пациентов. Рост рынка MedIT замедляется, происходит перераспределение. Российские компании, круп-

ки, продакт-менеджеры, медицинские аналитики и системные интеграторы. В кампусе можно освоить базовый уровень программирования и другие направления в IT, где не требуется как таковое программирование. Среди участников наших программ можно встретить как будущих инженеров, так и врачей.

Основная программа рассчитана на год. Сначала – база программирования, затем углубление в одно из направлений: ИИ в медицине, веб-разработку или аналитику данных. Последнее – самое популярное.

Есть и параллельные программы – управление



ведущие эксперты в медицине и MedIT.

– Какие дальнейшие планы?

– Мы развиваем и масштабируем проект каждые полгода. Сначала приглашали только студентов (более 60% – будущие врачи), потом присоединились ординаторы, аспиранты, затем иностранные студенты. А с ближайшего «бассейна» будем приглашать и сотрудников Сеченовского университета! Пока они осваивают азы программирования и погружаются в MedIT, возможно, заодно найдут талантливых студентов для своих исследований. Так мы станем первой образовательной площадкой в этом вузе, где будут создаваться горизонтальные связи преподавателей и обучающихся.

А с весны Сеченовский университет и «Школа 21» начнут масшта-

Современные технологии

Учиться в Цифровом кампусе

ные и средние, модернизируют ИИ-ассистентов, превращая их в многофункциональные health-инструменты. Конечно, для этого требуется более тесное взаимодействие и сотрудничество разработчиков с клиникой.

При этом врачи и организаторы здравоохранения адаптируют рабочий процесс под новые технологии и инструменты. Пациенты всё чаще пользуются удобными носимыми устройствами. Поэтому медицинские специалисты должны быть готовы к нововведениям, внедрять их в практику.

Чтобы новые IT-продукты «полетели», не только компаниям нужно понять потребности врачей. Но и медику нужно на равных общаться с программистами, грамотно ставить задачи и пояснять, что не так. Либо самому адаптировать продукт под свои нужды. Вот таких квалифицированных заказчиков, почти «соразработчиков», мы и готовим. И соединяем мир IT и медицины в одном образовательном пространстве.

– Кампусу полтора года. Пришлось ли менять программы, чтобы угнаться за рынком?

– Разрабатывая программы, мы изучили прогнозы по рынку MedIT до 2030 г. Самыми востребованными будут разработчи-

ки, продакт-менеджеры, медицинские аналитики и системные интеграторы. За дизайн нас даже «хейтили»: зачем он медиком? Но когда мы погрузились в эту тему, стало ясно, что без него никуда. Любые разработки и программные компоненты должны учитывать пользовательский опыт – каким бы информативным ни был сайт или приложение, если он сделан нелогично и в цветах «вырви глаз», пользователь закроет его за несколько секунд.

– Новый формат обучения себя оправдал? Студенты справляются со свободным графиком – ведь кампус работает 24/7?

– Формат точно оправдал себя. Сжатые сроки и командная работа мотивируют. Те, кто раньше не программировал, через год уже создают свои продукты. Например, наши студенты уже сделали чат-бота для психологической поддержки, платформу для расчёта рисков осложнений у хронических пациентов, обучили нейросети решать задачи в хемоинформатике-токсикологии и подбирать мембраны для экспериментов с биологически активными веществами.

Хотя peer-to-peer подходит не всем. Кто-то проходит «бассейн» – трёхмесячный отборочный этап,

и получает базовые навыки, и этого оказывается достаточно. Кто-то не выдерживает дедлайны. А часть не только доходит до конца, но и проходит сразу несколько образовательных модулей. Через цифровой кампус за полтора года прошло около тысячи человек, до выпуска дошли чуть больше двухсот. В 2025 г. мы выпустили 104 человека, а в следующем выпуске – 111.

Кстати, командная работа для многих – тоже вызов. Порой приходят интроверты, которые раньше не выходили за пределы лекционной аудитории. Но программа устроена так, что проект не завершить, пока его не проверят другие участники и пока ты сам не проверишь чужие работы. Параллельно нужно зарабатывать очки в активностях. Можно провести лекцию, стать волонтером, устроить киноужин или даже турнир по паделу (это нечто среднее между большим теннисом и пинг-понгом).

Так развиваются ораторские навыки, коммуникация, горизонтальные связи. И мы видим результат: самые закрытые студенты начинают ходить на университетские мероприятия, ищут, где применить знания, и выпускаются с огромной сетью контактов для будущих междисциплинарных команд. Ведь сегодня они студенты, а завтра –

бировать программу на всю страну. Будет два формата. Во-первых, на базе нашего университета мы объединим студентов московских медицинских вузов. Это будет совместная работа разных университетов, которая поможет будущим врачам и инженерам учиться, проводить исследования, начинать прорывные проекты вместе. Во-вторых, в разных городах появятся «спутники» на базе существующих региональных кампусов «Школы 21» и медицинских университетов. Мы постепенно создадим единое, можно сказать, мультикампусное, онлайн-пространство, где участники кампусов смогут взаимодействовать друг с другом.

Сеченовский университет уже становится лидером в развитии образования в сфере MedIT. Ведь для того, чтобы рынок IT-решений в медицине был конкурентоспособным, нужно находить, поддерживать и обучать таланты по всей стране.

Проект реализуют по программе развития Сеченовского университета на 2025-2036 гг. в рамках программы «Приоритет-2030» (Нацпроект «Молодёжь и дети»).

Беседу вёл
Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Проблемы и решения

Команда из 4 хирургов Балаковской городской клинической больницы (Саратовская область) провела уникальную операцию. В приёмный покой больницы бригада скорой помощи доставила женщину с болью от ущемлённой центральной грыжи, которую она терпела два дня. Заболевание, по словам пациентки, появилось со временем после кесарева сечения, сообщили в региональном минздраве.

Операция по удалению грыжи выполняется врачами больницы довольно часто, но в данном случае их ожидало сразу четыре вызова, на которые пришлось отвечать максимально оперативно.

Во-первых, у женщины было ожирение 4-й степени. Вес пациентки составлял 198 кг, и она передвигалась только с ходунками. Во-вторых, стандартный операционный стол такого веса не смог бы

Операция на пределе



выдержать, поэтому было принято решение оперировать прямо на специальной функциональной кровати, заимствованной из ре-

нимационного зала. В-третьих, чтобы просто добраться до грыжи, нужно было преодолеть слой подкожного жира в 24 см. Хирур-

гам после разреза приходилось держать живот с обеих сторон. На операцию вышла бригада из четырёх хирургов – это нонсенс для плановой грыжи, но для данного случая – необходимость. В четвёртых, во время вмешательства обнаружилось, что ущемлён большой сальник и часть толстой кишки. Сальник пришлось удалить. Кишечник оказался жизнеспособен – его удалось сохранить. Проведена пластика с сеткой.

В региональном министерстве здравоохранения уточнили, что работала операционная бригада – хирурги Роман Тимохин, Роман Репин, Эльбергизи Мохамед Нагуиб Мохамед, Дмитрий Мелешко, операционная сестра Людмила Саулина, санитарка Анна Мищенко,

медсестра-анестезист Светлана Кравченко, анестезиологи Вера Кривобок, Арсен Рамазанов. Отдельная благодарность за слаженную работу и высокий профессионализм в минздраве области выразили коллективу приёмного хирургического отделения.

– Хирурги провели сложнейшую работу, их мастерство выше всяких похвал. Хочу заострить внимание на том, что эта история – не только о врачебном мастерстве. Это жёсткое предупреждение для всех, у кого есть грыжа. Боль в этой области грыжи – красный, мигающий сигнал «SOS»! Не ждите. Не заглушайте таблетками. Немедленно обращайтесь к хирургу. Эти два дня ожидания могли стоить пациентке жизни, – сказал министр здравоохранения Саратовской области Владимир Дудаков.

Юрий ГЛИНКИН.

Саратовская область.

Кардиохирургические вмешательства с использованием искусственного кровообращения зачастую ассоциированы с повреждением головного мозга. Исследования на госпитальном этапе показали, что 75-80% пациентов после успешной операции на сердце выписываются с устойчивым снижением когнитивных функций: ухудшается память, концентрация внимания, снижается скорость реакции и способность планировать. И это в конечном итоге снижает эффективность самого оперативного вмешательства. Учёные НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний (Кемерово) разработали и внедрили уникальную систему реабилитации мозга после операций на сердце.

Примечательно, что новый подход разработан именно в Кузбасском кардиологическом центре. На протяжении многих лет в функциональном объединении – НИИ КПССЗ и Кузбасский кардиологический диспансер – сформировалась уникальная трёхэтапная система «замкнутого цикла», созданная академиком РАН Леонидом Барбарашом и удостоенная премии «Призвание». Она включает в себя ведение пациента с болезнями сердца и сосудов на всех этапах, что обеспечивает преемственность и максимальную эффективность не только при острых формах ишемической болезни сердца, но и после выполнения высокотехнологичных операций на сердце.

В НИИ КПССЗ проводят широкий спектр открытых и эндоваскулярных операций. Коронарное шунтирование – один из самых распространённых и эффективных хирургических методов лечения ишемической болезни сердца, призванный улучшить функцию сердца и увеличивать продолжительность жизни пациентов. Однако хирургическое вмешательство в условиях искусственного кровообращения сопряжено с риском ишемического повреждения мозга. Причём ослабление памяти и внимания, которые столь важны для сохранения качества жизни пациентов, может сохраняться в течение длительного времени после операции.

Несмотря на то, что послеоперационные когнитивные расстройства при выполнении коронарного шунтирования представляют собой актуальную медико-социальную проблему, и разработка эффективных способов их профилактики и восстановления является востре-

Опыт

Вылечить сердце, защитить мозг



О. Трубникова

академик РАН Ольга Барбараш, под руководством которой в Кузбассе сформирована известная в стране школа кардиологов, удостоенная почётной медали «Лучшая академическая школа Отделения медицинских наук РАН» в номинации «Клиническая медицина» в 2025 г.

«На основе полученных ранее сведений и анализа литературы мы предполагали, что при ишемическом повреждении головного мозга может быть эффективным реабилитационный подход, основанный на использовании мультизадачного тренинга с одновременным выполнением моторных и когнитивных задач в виртуальной реальности. Ранее нами был установлен рассеянный характер поражения мозговой ткани при ишемии головного мозга, ассоциированной с кардиохирургическим вмешательством. Поэтому мы исходили из того, что применение технологий виртуальной реальности и двойных задач может, с одной стороны, расширить когнитивные ресурсы при включении в выполнение разноплановых задач большего объёма мозговой ткани, а с другой, активировать процессы нейропластичности и запустить компенсаторную перестройку ресурсов мозга

грант (№ 23-15-00379) и за три года направивший на реализацию проекта 21 млн руб. Целью учёных было решение фундаментальной междисциплинарной проблемы нейрофизиологии и персонализированной медицины: разработка нового научно-обоснованного подхода к когнитивной реабилитации при ишемическом повреждении головного мозга.

Для получения результатов использовались современные высокоинформативные методы, в том числе компьютеризированные системы оценки когнитивного статуса, наряду с классическими методами компьютерного анализа электроэнцефалографии высокого разрешения был применён метод анализа плотности источников тока sLORETA. Разработанный тренинг в виртуальной реальности не имеет аналогов в медицинской практике.

Варианты разной сложности

Согласно выводам исследователей, когнитивную реабилитацию можно и даже нужно применять уже со вторых суток после операции, поскольку доказано, что именно ранний старт не только становится профилактикой развития краткосрочных неблагоприятных когнитивных исходов, но и помогает избежать отдалённых последствий, развития более тяжёлых нарушений, вплоть до деменции. Способы ранней когнитивной реабилитации разработаны сотрудниками коллектива НИИ КПССЗ с учётом течения послеоперационного периода и возможности пациента, характера его послеоперационных когнитивных нарушений. Подход реализуется в нескольких вариантах, по нарастающей и в зависимости от сложности состояния пациента: носимый тренажёр RECOVERY; тренинги на стационарном компьютере; тренинги на стабиллоплатформе; VR-среда. Это обеспечивает индивидуальный подход к каждому пациенту.

Обязательным условием является дооперационная диагностика когнитивных нарушений и мониторинг в периоперационном периоде. На фоне медикаментозной терапии, дыхательной гимнастики и лечебной физкультуры на вторые-третьи сутки после хирургического вмешательства на сердце проводят 5-7-дневный курс компьютерного когнитивного тренинга.

Тренинг выполняется разными способами. Например, пациенту ставится задача одновременного выполнения постуральных функций (удержание позы в вертикальном положении тела и выполнение когнитивных задач). Пациент под контролем специалиста выполняет задание на зрительно-моторную реакцию с одновременным поочерёдным выполнением нескольких вербальных заданий: называет предметы на определённую букву, выполняет устный обратный счёт, указывает на необычное использование обычных предметов. Или выполняет моторные и когнитивные задачи с помощью трёхмерной среды: в программе «Фруктовый сад» считает яблоки и одновременно едет по узкой колее.

Эти упражнения просты, удобны в использовании и интересны. Врачи подчёркивают важность правильной мотивации пациентов. Сначала многие из них относятся скептически, но когда им рассказы-

вают о плюсах такой реабилитации, проявляют интерес. Пациенты, что очень важно, не испытывают неприятных ощущений, переутомления. С точки зрения нейрофизиологии метод даёт очень хороший результат, поскольку задействуется творческая сторона личности.

Процессы так логично и оптимально выстроены, комплексно реализованы, что кажутся совсем простыми. Но так кажется именно потому, что в основе метода лежат 15 лет научной работы лаборатории нейрососудистой патологии, в результате подарившей медицине уникальный метод когнитивной реабилитации. В процессе восстановления пациентов задействована мультидисциплинарная команда: специалисты в области фундаментальной медицины и психофизиологии, кардиологи, неврологи, кардиохирурги, врачи лабораторной диагностики, инженеры

развивает Межрегиональный Научно-образовательный центр мирового уровня «Кузбасс – Донбасс», а одной из центральных площадок для сотрудничества по этому направлению стал НИИ КПССЗ.

Специалисты института освоили современную щадящую методику транскатетерной замены аортального клапана сердца – TAVI. Операция выполняется через минимальный прокол в бедренной артерии, что полностью исключает необходимость открытия грудной клетки. Уникальность подхода заключается в том, что во время вмешательства пациент остаётся в сознании и дышит самостоятельно, без применения искусственной вентиляции лёгких. Число таких вмешательств уверенно растёт: если раньше ежегодно выполнялось около 50 таких операций, то в текущем году их количество превысит 100.



В работе используются VR-технологии

по автоматизации, графические дизайнеры-программисты. Исследователи определяют оптимальные технологии для восстановления и поддержания психического здоровья пациентов за счёт максимальной широкой активации когнитивных ресурсов.

Улучшение когнитивных функций при применении мультизадачных тренингов в виртуальной реальности связано с увеличением нейропластичности, а также с повышением когнитивной гибкости. Активируются дополнительные области мозга. У пациентов, которые в раннем послеоперационном периоде прошли курс тренингов, зафиксирован меньший процент случаев снижения психомоторных функций, а также внимания и кратковременной памяти по сравнению с пациентами, которые тренинг не проходили. Полученные оригинальные результаты исследования внедряются в практику при организации восстановительного лечения пациентов клиники НИИ КПССЗ. В настоящее время программа совершенствуется с акцентом на рассеянный характер поражения головного мозга. Достоинство такой реабилитации ещё и в том, что она эффективна, легко воспроизводима и доступна для применения.

Подводная часть айсберга

Сейчас в кардиохирургии используются малоинвазивные технологии, но и при них когнитивная дисфункция тоже возможна. Высокотехнологичную медицину активно

Данная методика признана одной из наиболее безопасных для пациентов с приобретёнными пороками сердца, нуждающихся в протезировании клапана. Вместе с тем, в процессе эндоваскулярного вмешательства существует риск миграции с током крови кальцинированных частиц с повреждённого клапана в сосуды головного мозга. Это осложнение остаётся клинически значимой проблемой при проведении подобных операций. Врачи-рентгенохирурги НИИ КПССЗ с 2023 г. используют специальные устройства-ловушки, которые представляют собой защитные фильтры. Их применение во время операции позволяет не допустить попадания субстрата в кровоток.

Крупные международные исследования, посвящённые анализу результатов TAVI, традиционно фокусируются на таких осложнениях, как инсульт и транзиторные ишемические атаки. Большинство полученных данных свидетельствует о том, что дополнительная защита мозга при данных операциях не требуется, поскольку частота инсультов и без того является низкой и составляет, согласно литературным данным, всего 2-3%.

Но что, если расширить спектр приоритетных конечных точек в подобных исследованиях, выйдя за рамки оценки лишь частоты инсультов? Кемеровские врачи задались таким вопросом и копули глубже, рассказал заведующий лабораторией рентгенэндовас-



Носимый тренажёр Recovery

бованным и высоко значимым направлением, до недавнего времени её решения не существовало. Как и нет доказательств эффективности фармакологической терапии таких расстройств.

Кузбасские учёные поставили перед собой задачу создать для этой группы пациентов эффективную реабилитацию в раннем послеоперационном периоде. Идеологом этой работы стала директор НИИ КПССЗ, главный кардиолог Сибирского федерального округа,

в ответ на повышенную нагрузку», – рассказала руководитель проекта, заведующая лабораторией нейрососудистой патологии НИИ КПССЗ, доктор медицинских наук Ольга Трубникова.

Так появился проект «Разработка подхода к когнитивной реабилитации при ишемическом повреждении головного мозга с применением мультизадачности в виртуальной реальности». Его финансово поддержал Российский научный фонд, выделивший

кулярной и реконструктивной хирургии сердца и сосудов НИИ КПССЗ, доктор медицинских наук Роман Тарасов. «Наш центр одним из первых стал комплексно и на таком уровне изучать данную проблему. «Немые» инфаркты головного мозга – недооценённый фактор. Большие неврологические осложнения – это только вершина айсберга, с подводной его частью можно сравнить когнитивную дисфункцию, которая возникает в результате эмболического повреждения головного мозга. Если инсульт имеет яркую клиническую картину и развивается сразу после операции, то когнитивные нарушения никому не видны, но оказывают огромное негативное влияние на качество жизни пациента после выписки из стационара, на его социальную и профессиональную занятость», – отметил специалист.

Диагностика инсульта в клинической практике не вызывает особых затруднений. Но в НИИ КПССЗ использовали более тонкие критерии и выявили новые связи. Применили трёхуровневую систему оценки когнитивных функций и зафиксировали, что у пациентов снижается резерв и изменяется электрическая активность мозга. Масштабы осложнений, которые учёные увидели в своём исследовании, серьёзно их обеспокоили. Оказалось, что на фоне очагов «немой» ишемии, возникновение которых при транскатетерном протезировании аортального клапана сердца выше, чем при других операциях, именно когнитивная дисфункция, а не инсульт, является отправной точкой изучения и применения правильной тактики лечения и ведения больных с приобретёнными пороками сердца.

НИИ КПССЗ является пионером в разработке данного научного направления в России, осуществляя комплексное изучение когнитивных нарушений при транскатетерном протезировании аортального клапана с позиций эффективности и безопасности технологии. Результаты проводимого пилотного исследования представляют уникальные данные, которые не имеют прямых аналогов в международной научной литературе. На 2026 г. запланировано проведение программы реабилитации для пациентов этой категории.

Перспективы для других профилей

Все способы когнитивной реабилитации запатентованы. Врачи НИИ КПССЗ успешно применяют технологию мультимедийности в виртуальной реальности для восстановления когнитивных функций у пациентов кардиохирургического профиля. Ключевое преимущество института – в интеграции передовых медицинских технологий с фундаментальными научными исследованиями. Такой синтез позволяет формировать доказательную базу, которая в перспективе ляжет в основу обновлённых клинических рекомендаций по данному виду ВМП.

Актуальность исследования высока не только для этой области. Специалисты смотрят дальше, изучают возможности транслировать метод на другие категории пациентов. Они подчёркивают, что эти программы могут иметь перспективы для операций другого профиля, не только кардиохирургических. Можно их применить, например, при хронических сосудистых заболеваниях головного мозга и в целом для поддержания когнитивного здоровья взрослых людей. В недавних исследованиях продемонстрирована эффективность применения виртуальной реальности при травмах головного мозга и посттравматическом стрессе, а также для улучшения когнитивных параметров при болезни Альцгеймера.

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

Москва – Кемерово.

С таким набором жизнеугрожающих состояний у пациентов не каждый врач за всю свою карьеру сталкивается, а тут студентам пришлось увидеть их все сразу буквально в одночасье.

В Красноярском государственном медицинском университете им. В.Ф.Войно-Ясенецкого прошла ежегодная Всероссийская конференция «Вузовская педагогика». Как всегда, самым ярким, зрелищным и запоминающимся событием этого форума стал конкурс практических навыков для студентов-медиков «Неотложка». В этом году в нём приняли участие шесть команд из медицинских вузов Москвы, Санкт-Петербурга, Грозного, Екатеринбурга, Красноярска и Якутска.

Викторина на знание теории медицины хоть и была сложной, однако не потребовала от ребят такого всплеска эмоций, как следующий – практический – этап конкурса. Начался он абсолютно неожиданно и для участников, и для членов жюри, и для зрителей: один из организаторов очень правдоподобно симитировал анафилактический шок. «Спасти больного» помогла только молниеносная реакция команд из Грозного и Якутска.

По условиям «Неотложки», во время практического этапа кон-

курсанты красоярского меда. Реалистичность предложенных ситуаций и достоверность игры «пациентов» отметили все, кто участвовал в конкурсе, кто оценивал участников и кто наблюдал за происходящим со стороны.

Действие поэтапно разворачивалось в аэропорту на севере Красноярского края. Пассажиры отложенных рейсов скапливались в здании аэровокзала, покидать которое им было нельзя. Напряжённость усугублялась тем, что сюда же доставили «жертв» ДТП,

ко всему медикам постоянно мешала нетрезвая молодая пара, чей ребёнок сильно ударился.

Важная деталь – жюри оценивало не только действия всей команды, но и поведение каждого её участника, умение быстро ориентироваться в ситуации и распределять роли при оказании экстренной помощи. По итогам «миссии спасения» победу одержала команда КрасГМУ «Вызов принят». Второе место у команды «First Med First Aid» Первого МГМУ им. И.П.Сеченова (Москва). Третье – у команды «Котострофа» Уральского ГМУ (Екатеринбург).

Наша коллеги

Шок, внезапные роды и падение с трапа



Кроме того, жюри присудило ещё несколько особых наград. За молниеносную реакцию и быстроту действий победа в номинации «Готовность № 1» отдана команде Consilium «Emergency Чеченского государственного университета им. А.А.Кадырова (Грозный). Команда «Котострофа» УГМУ отмечена наградой в номинации «Единство и взаимопонимание». «Герои дыхания и пульса» – название номинации говорит само за себя, здесь первенство у команды АВС Северо-Восточного федерального университета им. М.К.Аммосова (Якутск). Наконец, «Герои квиса» – такой статус присвоен команде «200 Дж»

с коллегами и пациентами, умели слышать. Нужно совладать с собой в трудной ситуации, помочь другим, уметь сообщать плохие новости родственникам. Во время таких конкурсов, как «Неотложка», студенты дополнительно отрабатывают навыки экстремальной коммуникации, что крайне актуально для их будущей врачебной работы, – говорит и.о. проректора по образовательной деятельности КрасГМУ Ирина Логинова.

Елена ЮРИНА.

Красноярск.

Фото Виталия ИВАНОВА.



курса будущие доктора должны показать умение оказывать экстренную медицинскую помощь в экстремальных ситуациях. В этом году организаторы соревнований подготовили задания с максимальной степенью не только клинической, но и психо-эмоциональной сложности. В основу сценария были подложены реальные события, которые произошли в стране в 2025 г. А именно массовые задержки авиарейсов, вызванные разными причинами.

которое произошло неподалёку от аэропорта. У пострадавших – переломы и кровотечения. Одновременно с этим один из пассажиров после посадки самолёта упал с трапа и получил серьёзные травмы. У беременной, ожидавшей вылета, начались преждевременные и к тому же трудные роды, а у её родственников – паника и истерика. Далее в комнате матери и ребёнка молодая женщина потеряла сознание, к тому же её малыш подавился. Наконец, в довершение

Акценты

Расширен порядок оказания медпомощи по акушерству и гинекологии

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 747н утверждён новый «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология». В документ внесено значительное количество изменений, направленных на повышение качества и безопасности.

– Одним из важных изменений, включённых в новый порядок, является проведение пренатального скрининга III триместра беременности с целью диагностики пороков развития плода, крупного или маловесного плода, оцен-

помощи как беременной, так и новорождённому.

– Отдельно необходимо отметить расширение показаний для консультирования и родоразрешения беременных в медицинских организациях 3-го уровня. Это является крайним важным фактором, позволяющим повысить централизацию оказания медицинской помощи пациенткам группы высокого перинатального и акушерского риска, повысить доступность оказания медицинской помощи беременным с экстрагенитальной патологией, возможность их родоразрешения в многопрофильных медицинских организациях 3-го уровня, мони-

торинг состояния пациентки в удалённом режиме, проведения телемедицинских консультаций и маршрутизации пациенток с критическими акушерскими состояниями в наиболее подготовленные и оснащённые акушерские стационары, – отметил В.Климов.

Он добавил, что расширение показаний коснулось как акушерских, так и показаний со стороны экстрагенитальной патологии, что, безусловно, повысит удовлетворённость медицинской помощью и её качество.

Андрей ФИРСОВ.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 5 (2485)

(Окончание.)

Начало в № 5 от 11.02.2026.)

ципрофлоксацин взрослым пациентам 250-500 мг 2 раза в сутки перорально в течение 5-15 дней. (УУР В, УДД – 2).

Комментарии: противопоказанием к назначению ципрофлоксацина является детский возраст до 18 лет или

левофлоксацин 250-500 мг перорально 1-2 раза в сут. в течение 7-14 дней. (УУР А, УДД – 2).

Комментарии: противопоказанием к назначению левофлоксацина является детский возраст до 18 лет или

офлоксацин взрослым пациентам 200-400 мг перорально 2 раза в сут. в течение 7-10 дней. (УУР С, УДД – 5).

Комментарии: противопоказанием к назначению офлоксацина является детский возраст до 18 лет или

клиндамицин перорально взрослым и детям старше 12 лет 600-1800 мг/сут. внутрь в 2, 3 или 4 приёма (равные дозы); внутривенно или внутримышечно взрослым пациентам 2400-2700 мг препарата в сут., разделённые на 2, 3 или 4 равные дозы, детям от 3 до 18 лет – 20-40 мг/кг массы тела в сут., разделённые на 3 или 4 равные дозы. Курс лечения – 10 дней. (УУР В, УДД – 2).

Комментарии: противопоказанием к назначению клиндамицина в форме капсул является детский возраст до 12 лет. Противопоказанием к назначению клиндамицина в форме раствора для внутривенного и внутримышечного введения является детский возраст до 3 лет.

Хирургическое лечение
Рекомендуется пациентам при глубоких пиодермиях (фурункул, карбункул), сопровождающихся абсцедированием, для разрешения патологического процесса и избежание развития осложнений, вскрытие

фурункула (карбункула), и его дренирование. (УУР А, УДД – 2).

Комментарии: решение о проведении хирургического лечения принимается хирургом или детским хирургом.

Иное лечение

Диетотерапия не применяется. Обезболивание не применяется.

Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение

Не применяется.

Пиодермии

Профилактика и диспансерное наблюдение

Первичная профилактика пиодермий состоит в своевременной антисептической обработке микротравм, трещин, раневых поверхностей. Следует проводить лечение выявленных общих заболеваний, на фоне которых могут развиваться гнойничковые поражения кожи (сахарный диабет, болезни пищеварительного тракта, дыхательной системы и др.)

Организация медицинской помощи

Медицинская помощь пациентам с пиодермиями оказывается в виде:

– первичной медико-санитарной помощи;
– специализированной медицинской помощи.

Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

– амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);

– в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не

требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

– стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Первичная медико-санитарная помощь пациентам с пиодермиями предусматривает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению пиодермии, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни.

Первичная медико-санитарная помощь пациентам с пиодермиями включает:

– первичную врачебную медико-санитарную помощь;

– первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается в медицинских организациях врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, врачом

общей практики (семейным врачом) в амбулаторных условиях.

В рамках оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи терапевты участковые, педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи) при выявлении у пациентов впервые появившихся высыпаний на коже или развившегося обострения (рецидива) пиодермии направляют пациентов в медицинскую организацию для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи, а также осуществляют оказание медицинской помощи в соответствии с рекомендациями медицинской организации дерматовенерологического профиля, при отсутствии медицинских показаний для направления в неё.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь пациентам с пиодермиями осуществляется дерматовенерологами.

При невозможности оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях и наличии медицинских показаний пациент с пиодермией направляется в медицинскую

организацию, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях.

Специализированная медицинская помощь пациентам с пиодермией оказывается врачами-дерматовенерологами и включает в себя профилактику, диагностику, лечение с использованием специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

При наличии медицинских показаний лечение пациентов с пиодермией проводят с привлечением врачей-специалистов по соответствующим специальностям. Решение о проведении пациенту с пиодермией хирургического лечения принимается хирургом или детским хирургом.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

– показания для оказания медицинской помощи в дневном стационаре: недостаточная эффективность лечения, проводимого в амбулаторных условиях, у пациента с ограниченными высыпаниями;

– показания для оказания медицинской помощи стационарно недостаточная эффективность лечения, проводимого в амбулаторных условиях;

– заболевания, связанные с действием токсинпродуцируемых штаммов стафилококка и стрептококка;

– распространённые или глубокие процессы, сопровождающиеся нарушением общего состояния.

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

1) Частичный или полный регресс высыпаний.

Дополнительная информация

Патология эндокринной системы, различные нарушения иммунного статуса, а также снижение барьерной, защитной функции кожи способствуют развитию пиодермий.

Разработчик клинических рекомендаций
Общероссийская общественная организация «Российское общество дерматовенерологов и косметологов».

Список сокращений

МКБ – международная классификация болезней

РКИ – рандомизированные контролируемые исследования

SSSS – синдром стафилококковой обожжённой кожи (staphylococcal scalded skin syndrome)

STSS – синдром стрептококкового токсического шока (streptococcal toxic shock syndrome)

Разработки

За последние годы аббревиатура «ПЦР» – полимеразная цепная реакция – прочно вошла в нашу жизнь, став основой для тестов на COVID-19, выявления генетических заболеваний и установления отцовства. Этот метод – «золотой стандарт» диагностики, позволяющий по крошечному фрагменту ДНК или РНК точно идентифицировать возбудителя болезни или уникальную генетическую метку человека. От скорости и точности этого анализа зависит не только здоровье пациента, но и коллективный иммунитет целых регионов.

Чтобы ПЦР сработала, пробирку с образцом биоматериала помещают в аппарат, который быстро меняет температуру. Например, для теста на отцовство берут соскоб клеток с внутренней стороны щеки ватной палочкой. В этих клетках есть ДНК, но её всего несколько молекул – не разглядеть. Аппарат циклами нагрева и охлаждения заставляет эти молекулы копироваться. После 30-40 таких повторов из одной молекулы получаются миллиарды её точных клонов. Детектор сравнивает эти размноженные фрагменты ДНК отца и ребёнка – если участки совпадают, отцовство подтверждено.

Однако классический лабораторный анализ требует времени – от нескольких часов до нескольких суток. Поэтому в мире растёт спрос на портативные, быстрые и доступные системы для «полевой» диагностики – в кабинете врача или в отдалённых районах.

Одним из перспективных решений, которое пока не стало массовым, является конвективная ПЦР. Вместо громоздкого лабораторного аппарата здесь используется плоская микрокамера-чип (с размером со смартфон или меньше), где нижняя часть нагрета, а верхняя охлаждена. Это создаёт естественное движение жидкости: она начинает медленно циркулировать сама по себе, проходя через зоны с нужной для реакции температурой.

Например, врач, чтобы проверить пациента на грипп, может взять мазок из носа, смешать с реактивами и поместить раствор в такое устройство. Если в образце есть хотя бы несколько молекул РНК вируса, они начнут «путешествовать» по температурным зонам, многократно копируясь. Уже через 30-40 мин. прибор обнаружит накопленные

Портативные ПЦР-тесты

миллиарды одинаковых фрагментов и выдаст результат.

Но чтобы такие аппараты стали настоящим массовыми и безотказными, их нужно уметь правильно проектировать. А это упирается в фундаментальную проблему: сегодня инженеры не могут точно рассчитать, как ведут себя молекулы внутри крошечной, неравномерно нагретой камеры.

Существующие компьютерные модели для их проектирования слишком просты и неточны. Как правило, они рассматривают раствор ДНК как однородную жидкость – будто бы молекулы, попадая в раствор, равномерно распределяются по среде и двигаются по замкнутой траектории: от холодной температуры снизу до тёплой сверху, там делятся, затем многократно повторяют эти циклы.

Учёные Пермского национального исследовательского политехнического университета провели исследование и выяснили, что в реальности молекулы ДНК/РНК ведут себя иначе. Каждая молекула ДНК включает в себя десятки тысяч нуклеотидов – это длинная последовательность, которая ведёт себя в среде как протяжённая нить. Таким образом, законы диффузии молекул ДНК в среде существенно отличаются от диффузии точечных включений. Вместо того чтобы равномерно перемещаться с потоком, они могут двигаться и в сторону. Например, молекулы ДНК способны смещаться к стенкам, скапливаться в углах и, что самое важное, «чувствовать» разницу температур, мигрируя от горячих зон к холодным. Этот эффект называется термофорезом.

Игнорирование такого поведения создаёт расхождение между расчётными моделями и реальностью. На практике спроектированный по старым алгоритмам прибор может работать медленнее ожидаемого, а иногда и выдавать ложноотрицательный результат, не обнаруживая вирус при его наличии. Поэтому для создания нового поколения быстрых и безошибочных устройств нужна гораздо более точная «карта» поведения молекул внутри микрокамеры.

Для решения этой проблемы учёные Пермского Политеха впервые в мире создали компьютерную модель конвективной ПЦР. Она точно предсказывает поведение частиц внутри микрокамеры, что позволяет улучшить конструкцию чипов и создавать более эффективные диагностические устройства.

– В отличие от всех предыдущих моделей, ключевым новшеством стало то, что мы впервые стали рассматривать молекулы ДНК как самостоятельные микрочастицы, способные двигаться независимо от потока жидкости. Именно этот подход позволил нам учесть главный ранее упускаемый эффект – движение частиц от тепла к холоду, или термофорез, – рассказал доцент кафедры «Прикладная физика», старший научный сотрудник, кандидат физико-математических наук Рамиль Сираев.

Так удалось выяснить, что именно самостоятельное движение молекул к холоду нарушает температурный режим внутри чипа и становится причиной ошибок в результатах теста.

– В этом и была главная проблема. ПЦР похожа на лавину: молекул становится всё больше и больше, так как они копируют сами себя в каждом цикле реакции. Сначала их движение почти незаметно, но когда их тысячи, они начинают смещаться к холодным стенкам. Наши расчёты показывают, что уже через 10 минут это может замедлить поток жидкости в чипе вдвое. Течение становится неустойчивым, и это как раз вызывает тот самый опасный перепад температур, который срывает реакцию. Именно поэтому один и тот же прибор может выдать как точный результат, так и ошибочный, – объяснил заведующий кафедрой прикладной физики ПНИПУ, доктор физико-математических наук Дмитрий Браун.

Чтобы это наглядно доказать, учёные провели численный эксперимент. Они взяли за основу реальный микрочип, который в лабораторных условиях периодически давал сбоящие результаты, и создали его точную цифровую копию.

Сначала они запустили расчёт по старой схеме, где молекулы ДНК считались равномерно распределённой частью жидкости. Результат был неточным: программа показывала равномерный нагрев и стабильную циркуляцию, что никак не объясняло реальные ошибки.

Затем исследователи включили в модель ключевое новшество – самостоятельное движение молекул к холодным стенкам. Результат оказался совершенно другим. На экране компьютера чётко проступили проблемные зоны: в одних участках молекулы образовывали плотные скопления, забивающие проход, а в других из-за того, что жидкость переставала нормально циркулировать, возникали локальные перегревы или недогревы. Именно эти искажения температурного поля и были той самой скрытой причиной, по которой часть ДНК не копировалась, а прибор выдавал ошибочный результат. Таким образом, новая система расчётов не только предсказала проблему, но и визуализировала её источник, чего прежде сделать не удавалось.

Теперь, имея такую наглядную «карту» проблем, инженеры могут целенаправленно устранять их: например, изменить форму каналов или перераспределить нагрев. Это позволяет заранее спроектировать микрочип, в котором движение молекул к холоду не будет создавать помех, а реакция будет идти с максимальной скоростью и точностью.

Следовательно, разработка учёных открывает путь к созданию нового поколения диагностических устройств: компактных, быстрых и, что самое важное, надёжных. Благодаря точному расчёту всех параметров, время анализа в таких системах может сократиться с нескольких часов до 15-20 мин. Такие приборы смогут одинаково точно работать и в современной лаборатории, и в полевом госпитале, обеспечивая быструю и точную диагностику там, где это необходимо.

Антон СОКОЛОВ.

На конференции по малоинвазивной хирургии в Пироговском центре страсти кипели не только вокруг техник, но и вокруг философии подхода. Заведующий 2-м отделением эндопротезирования крупных суставов НМИЦ травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова, травматолог-ортопед, ведущий научный сотрудник, доктор медицинских наук Сергей КАГРАМАНОВ, известный как сторонник взвешенного и универсального подхода, в интервью объяснил, почему не стоит противопоставлять «классику» и «инновации» и какую роль в популярности новых методов играет агрессивный маркетинг.

– Сергей Владимирович, в чём принципиальная новизна малоинвазивных методов? Ведь любой хирург всегда стремится нанести меньшую травму.

– Это абсолютно верное утверждение. Обсуждая малоинвазивные доступы, мы не говорим о чём-то совершенно новом. Потому что они в эндопротезировании и тазобедренного, и коленного сустава были всегда. Такие доступы, если можно сказать по-доброму, всегда противопоставлялись более широким, классическим вмешательствам с хирургической точки зрения. В общем-то, малая инвазивность – это один из способов минимизировать травму для пациента.

Самое близкое слово-синоним – «минимально травматичное». И сегодня прозвучало из уст экспертов: «неважно, какой кожный разрез, важно, что произошло с мягкими тканями и как быстро они восстановились. Вот в чём суть малой инвазивности».

– Если такие вмешательства не новы, почему именно сейчас такой острый интерес к переднему доступу?

– Он связан с тем, что последнее время пациент помолодел. После COVID-19 пациенты с асептическим (аваскулярным) некрозом головок бедренных костей из достаточно редкой группы превратились в огромную. И мужчины, и женщины, и молодые и пожилые люди, прошедшие через осложнения этого заболевания или массивные дозы гормонотерапии, в большом проценте случаев сталкиваются с нарушением кровообращения в головках бедренных костей.

Продолжаем разговор

Это не про кожный разрез, а про восстановление тканей...



С.Каграманов (в центре)

Вот в отношении этой категории пациентов – молодых, активных, вчера ещё работавших и двигавших общество вперёд, а сегодня получающих инвалидизацию, – встал вопрос: как можно вернуть их к прежней жизни максимально быстро? Именно задача быстрого восстановления снова подняла на щит актуальность переднего доступа как формально наименее травматичного и наиболее быстро восстанавливающего функцию сустава. Думаю, поэтому и была организована эта конференция.

– Но ведь звучали мнения, что, например, задний доступ менее травматичен?

– Если смотреть на банальную статистику, большие данные, то передний доступ демонстрирует наименьшее количество осложнений, связанных с вывихом. Хотя при определённом опыте и использовании, например, доступа по Хардингу или бокового доступа, вывихов практически нет.

– То есть успех больше зависит не от доступа?

– Есть серьёзные наблюдения, которые говорят о том, что если правильно позиционировать эндопротез во время имплантации, то количество осложнений не зависит ни от доступа, ни от послеоперационного ведения пациента. Если мы имеем дело

с банальным изолированным артрозом, операция прошла без осложнений, имплант установлен по всем рекомендациям – ортопедический режим может быть отменён раньше.

– А как вы относитесь к использованию роботов? Звучали мнения: «Зачем он нужен, если я и так всё устанавливаю абсолютно так же?»

– Разговор о роботе – это тоже частично обсуждение малоинвазивной хирургии. Как уже прозвучало, это результат симбиоза производителей, желаний пациентов и возможностей доктора. И малоинвазивная хирургия, и робототехника пришли к нам с Запада, где это напрямую увязано с финансовой стороной вопроса.

Вопросы малой инвазивности – это задачи более ранней активизации, возвращения к обычной жизни и, безусловно, результат очень агрессивной рекламы. Каждый ищет свою нишу: кто-то выделяется красноречием, кто-то выставляет на первое место некие преимущества для пациента и пользуется этим.

Передний доступ – яркий пример того, как последние 5-7 лет интерес к нему в стране неуклонно растёт. Есть коллеги, которые активнейшим образом вовлечены

в его рекламу в соцсетях. Если загрузите «передний доступ» или «мини-бикини», в первых строчках выпадут одни и те же имена. Они не делают ничего плохого, помогают пациентам, в основном в Москве – самом финансово обеспеченном городе.

Суммы, за которые выполняется эндопротезирование передним доступом в частных клиниках, более чем внушительные, они в несколько раз выше государственных тарифов. Доктора нашли свою нишу, которую монетизируют, и хватило ума, смелости и упорства пускать часть прибыли в агрессивную рекламу.

– То есть это не связано с развитием технологий или изменением имплантов? Они ведь не стали принципиально меньше?

– Нет, и те, и другие импланты всегда присутствовали на рынке. Человечество не идёт линейно: сначала в одном направлении, потом в другом. В медицине всегда были представлены и короткие, и длинные ножки, до сих пор идёт дискуссия, что лучше. Мы движемся по спирали.

С роботом та же история. Потребность улучшить видимую часть работы, обезопасить себя от претензий пациентов (я говорю про западную медицину) повлекла развитие таких технологий. Сначала были навигационные системы, которые позволяли максимально точно произвести опилы, теперь за нас это делают роботы. Точность возросла, и доктор стал чувствовать себя увереннее в диалоге с пациентом: всегда можно показать план и расчёты, сказать, что использовал высочайшие технологии, а не работал «на глаз».

Для зарубежных коллег это важная часть работы из-за персональной ответственности и страховок. У нас же это в основном берёт на себя учреждение. Если бы на первый план выходила персональная ответственность хирурга, это многих било бы по рукам.

– На конференции обсуждали сложные случаи с огромными рубцами после старых операций. Это аргумент в пользу осторожности?

– Заведующий Центром травматологии и ортопедии НМХЦ им. Н.И.Пирогова Олег Пиманчев показывал два случая с молодыми женщинами. У них кожные покровы бедра были, мягко говоря, истерзаны. Возвращаясь мысленно к тем хирургам 30-летней давности, хочется спросить: разве нельзя было идти по старому послеоперационному рубцу, чтобы минимально навредить косметически? Конечно, нельзя провести операцию, не разрезав кожу. Но ведь это можно сделать по-разному.

Один говорит: «Я не отсекаю мышцы, я их раздвигаю». Его оппонент отвечает: «А я отсекаю аккуратно и потом так же аккуратно сшиваю, нанося минимальную травму». А первому можно сказать: ты берёшь большие крючки, применяешь запредельные усилия, раздвигая ткани. Где же золотая середина? Вот мы её тут и ищем.

– Получается, ничего принципиально нового в методе нет? Это просто способ поделиться опытом?

– Безусловно. Недавно у нас на Приоровском форуме был спор о роботах. Более опытные хирурги говорили: «Не надо так расширять показания, это подтолкнёт молодёжь к необдуманным поступкам, к излишней агрессии в хирургии». Один спикер тогда встал и сказал: «Дорогие коллеги, мы тут никому ничего не доказываем, мы делимся опытом». Вот это и позволяет – и новому поколению, и маститым врачам – посмотреть на проблему с другой стороны и выбрать для себя что-то оптимальное. Для этого и проводятся такие конференции, а не для того, чтобы левая половина зала сошлась в рукопашную с правой.

Беседу вёл Денис ГЛАЗКОВ, обозреватель «МГ».

Исследования

Кокцигодия в детской травматологии

Сотрудники НМИЦ детской травматологии и ортопедии им. Г.И.Турнера проанализировали данные 906 детей и подростков, обратившихся с болью в копчике с 2010 по 2025 гг. Установлено, что девочки сталкиваются с ней в 5,5 раз чаще мальчиков. Это может быть связано с анатомическими особенностями женского таза.

– Мы установили, что травмы копчика, полученные в быту, – при падении в школе, на улице, на катке во дворе, – встречаются в два раза чаще, чем травмы на профессиональных тренировках, – прокомментировала результаты ведущий автор исследования, кандидат медицинских наук Светлана Трофимова.

Из всех детей с болью в копчике юные спортсмены составили всего 5%. У них достаточно часто встречалась динамическая нестабильность, что провоцирует боль при определённых движе-

ниях и в положении сидя. Вероятность возникновения такой «усталостной» боли выше при спорте, связанном с падениями и прямыми ударами в область копчика (фигурное катание, гимнастика, цирковой спорт, игровые виды спорта, лыжный спорт и единоборства) и спорте, связанном с длительной статической нагрузкой и повторяющимися движениями (конный спорт, гребля, велоспорт, хореография и балет).

– В этих дисциплинах копчик испытывает постоянное давление и повторяющиеся однообразные движения в положении сидя или при выполнении специфических упражнений. Эта хроническая перегрузка со временем и приводит к нестабильности, которая может мучить ребёнка месяцами и даже годами, – пояснила С.Трофимова.

Если боль возникает или резко усиливается именно в положении сидя и при вставании, носит хронический, изнуряющий характер (длится больше месяца),

и провоцируется тренировками, то проводят функциональную рентгенографию таза в положении сидя и стоя, что позволяет увидеть патологическую подвижность копчика. Эта методика является «золотым стандартом» диагностики. Главный вывод исследования – спорт полезен и нужен, но требует грамотного и внимательного подхода.

Полученные результаты для «МГ» прокомментировал заведующий отделением вертебрологии НМИЦ травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова, доктор медицинских наук Александр Кулешов:

– Исследование представляет собой значимую и своевременную работу, посвящённую недостаточно изученной проблеме кокцигодии в педиатрической и подростковой популяции. Оно выполнено на большой выборке в авторитетном специализированном центре, что придаёт выводу высокую весомость. Дизайн исследования (ретроспективный

анализ) адекватен поставленным задачам. Выделены диагностические критерии «динамической нестабильности копчика» как ключевого фактора кокцигодии у юных спортсменов. Авторы дают конкретные рекомендации по профилактике для тренеров, врачей и родителей, особо выделяя группы риска (гимнастика, конный и велоспорт, хореография, балет). Однако, несмотря на несомненные достоинства, в статье выявлен ряд недостатков и неясностей. В более чем 40% случаев причина кокцигодии не была установлена, что ставит вопрос о полноте обследования. Можно было бы ожидать более детального обсуждения: какие дополнительные методы (например, МРТ мягких тканей, психосоматическая оценка) могли бы сократить эту долю в будущем. Высокий процент идиопатических форм кокцигодии ограничивает возможность делать окончательные выводы о полном спектре причин. Анализ длительности и

интенсивности нагрузок отсутствует: констатируется, что определённые виды спорта опасны, но нет градации риска в зависимости от стажа, часов тренировок в неделю, уровня спортсмена (любитель/профессионал). Эта информация была бы крайне ценной для разработки превентивных мер. Утверждение, что «занятия спортом не увеличивают риск развития травматической кокцигодии», основано на сравнении частот. Однако оно может быть неверно истолковано как общая безопасность спорта для копчика. Важнее вывод о смене паттерна риска: у спортсменов на первый план выходит не острая травма, а хроническая перегрузка, ведущая к нестабильности. В целом данная работа вносит существенный вклад в детскую ортопедию и спортивную медицину и будет полезна широкому кругу специалистов.

Подготовил Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.

Для региональной организации это не только отчёт и выбор председателя, но и определение курса работы на ближайшие пять лет. Во многом именно от руководителя, его профессионализма и навыков правильно вести организационную деятельность зависят сплочённость членов профсоюза, уважение внутри организации, желание помогать друг другу, заниматься общественной работой и трудиться. Московская областная организация профсоюза работников здравоохранения РФ в этом плане – пример. Отчёт за последние пять лет деятельности представила её председатель **НИНА СУСЛОНОВА**.

Трёхстороннее соглашение

В этом году на конференцию приехали более 250 делегатов и почти 30 почётных гостей, среди которых председатели местных и первичных профсоюзных организаций, их социальные партнёры – главы муниципальных образований, главные врачи организаций здравоохранения, врачи разных специальностей, провизоры, фармацевты, сотрудники санаторно-курортных учреждений, медицинские сёстры, фельдшеры, представители административно-хозяйственного аппарата организаций здравоохранения, профсоюзные активисты.

В работе конференции также приняли участие заместители председателя правительства Московской области – министр здравоохранения Московской области Максим Забелин, председатель Союза «Московское областное объединение организаций профсоюзов» Валентина Кабанова, секретарь ЦК Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации – начальник управления по связям с общественностью, работе с молодёжью и международному сотрудничеству Ольга Жанкевич, депутат Московской областной Думы, главный врач Химкинской клинической больницы Владислав Мирзонов.

О значимости мероприятия говорит и количество приветственных адресов. В адрес участников конференции поступили телеграммы и письма от Забайкальской краевой, Липецкой, Иркутской, Тамбовской, Тульской и Курской областных профсоюзных организаций работников здравоохранения Российской Федерации с пожеланиями плодотворной работы, успехов в решении поставленных задач и уверенности в завтрашнем дне.

Но несмотря на всю торжественность момента, не стоит забывать, что конференция – это в первую очередь напряжённая работа и обсуждение важных организационных вопросов. Деловая часть началась с доклада Нины Владимировны о достижениях последних пяти лет. Рассказать председателю областной организации было о чём. К сожалению, представить весь доклад в рамках газетного материала невозможно, поэтому приведём тезисы из выступления Н.Суслоновой.

Одним из важных моментов стало подписание на региональном уровне Московского областного трёхстороннего соглашения между подмосковным правительством, Союзом «Московское областное объединение организаций профсоюзов» и объединениями работодателей Московской области на 2024–2026 гг. Важно подчеркнуть, что сотрудники Московского областного комитета участвовали в подготовке проекта соглашения, а также в рассмотрении проектов нормативно-правовых актов, в том числе 34 – по оплате труда. Благодаря этой работе произошла индексация должностных окладов для всех категорий работников здравоохранения: с 1 января 2024 г. (от 6,8–8%) и с 1 января 2025 г. (8,4–12,1%).

Ещё одно важное достижение – по инициативе профсоюзов удалось отстоять повышающий коэффициент к базовому окладу

для работников сельской местности – 25%.

В части реализации представительской функции профсоюза по правовой защите за отчётный период Московским областным комитетом дано мотивированное мнение по проектам федеральных и региональных законодательных актов, в том числе по дистанционной работе, которое внесено в Трудовой кодекс РФ.

Профсоюзная работа – это прежде всего защита прав работников. За пять лет проведено около 15 тыс. профсоюзных прове-

логии социального партнёрства и закрепивший это направление в качестве пилотного на ближайшие годы;

– конференция «Практики успешного наставничества в медицине. Тенденции развития», объединившая лучшие федеральные, региональные и муниципальные практики в области наставничества. Открытый экспертный диалог на площадках способствовал выявлению существующей проблематики в работе наставников, организации преемственности, формирования кадрового потен-

поддержке молодёжи в течение первых рабочих месяцев. Участники получили готовые к применению инструменты – дорожные карты трудоустройства, чек-листы адаптации и вдохновляющие кейсы, которые уже доказали свою эффективность на практике.

Работа с кейсами хорошо зарекомендовала себя и в проекте «Корпорация», реализованном областным комитетом благодаря гранту ЦК Профсоюза. В рамках проекта в учреждениях здравоохранения Подмосковья были созданы команды, объединяющие

В проекте приняли участие более 60 организаций, около 300 человек. Совместно с региональным Центром развития компетенций проведено 20 окружных стратегических сессий с участием ведущих спикеров школы «Сколково», ЦК Профсоюза, министерств здравоохранения МО и РФ.

Областной профсоюз остаётся передовиком и в цифровой трансформации. Так, в организации создаётся единая платформа с ИИ-помощником, обратной связью и системой личных кабинетов. Разработан чат-бот для первичных профсоюзных организаций.

– Наша основная задача – систематизировать работу председателей профсоюзных организаций и создать единую базу данных с использованием электронных помощников, – отметила Н.Суслонова.

По её словам, большое внимание уделяется обучению членов профсоюза. Ежегодно его проходят более 3 тыс. профсоюзных активистов. Работают 46 школ профактива. Порядка 1,2 тыс. человек прослушали лекции специалистов обкома, а более 600 молодых профлидеров прошли образовательные программы областной организации.

Один из главных показателей работы – это членство. За отчётный период его удалось поднять с 61,6% до 73,8%. В количественном показателе это более 5 тыс. человек, в том числе 70% – молодёжь. Для коллективов проведено большое количество акций, культурных и спортивных мероприятий, фестивалей, спартакиад и конкурсов. Отдельного внимания заслуживает благотворительная деятельность и патриотическое воспитание.

С момента начала спецоперации Московская областная организация профсоюза работников здравоохранения РФ отправила 12 т гуманитарного груза на сумму более 20 млн руб., организовала 7 пунктов приёма гумпомощи на базе городских организаций Профсоюза работников здравоохранения РФ.

С целью реализации Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь» в Подмосковье проводятся мероприятия, направленные на популяризацию здорового образа жизни. За отчётный период более 46 тыс. членов профсоюза получили санаторно-курортное и оздоровительное лечение, в том числе в профсоюзных здравницах, расположенных на территории региона.

В период пандемии особое внимание уделялось реабилитации медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь в «красной зоне». Из профбюджета были выделены дополнительные средства, и 330 медицинских работников прошли реабилитацию по программе «Антиковид».

Детское оздоровление тоже находится на повышенном контроле. Московская область – это единственный субъект РФ, в котором выделяются финансовые средства из регионального бюджета на оздоровление детей работников государственных учрежде-

Профсоюз – врачу

Открыто и единогласно

Московская областная организация профсоюза работников здравоохранения РФ провела XXXI отчётно-выборную конференцию



Н. Суслонова

рок, восстановлены права более 24 тыс. человек.

Наряду с повышением заработной платы и многочисленными мерами социальной поддержки, инициированными губернатором Подмосковья, правительством региона и главами муниципальных образований, привлечению и удержанию специалистов в системе здравоохранения способствуют также безопасные, комфортные условия труда и корпоративная культура.

Московская областная организация профсоюза работников здравоохранения (МООП РЗ) РФ выстраивает социально-ориентированные профсоюзные программы, уделяя особое внимание кадровым вопросам, современным образовательным и цифровым технологиям, а также инновационным стратегиям развития молодёжной политики.

Ключевые вопросы для отрасли областной комитет решает в диалоге с министерством здравоохранения региона и нередко выступает организатором крупных экспертных мероприятий. В их числе:

– форум с международным участием «Мы рядом. Социальное партнёрство – движение навстречу», ставший площадкой для формирования новой идео-

циала и новых законодательных решений.

Результатом конференции стала резолюция, направленная в Министерство здравоохранения РФ для дальнейшей проработки, а также решение о проведении всероссийского форума с международным участием «Наставничество: перезагрузка подходов». Мероприятие входит в план губернатора Московской области и пройдёт в Доме правительства региона 18 марта.

Мощным импульсом для перехода от обучения в устойчивый старт карьеры стала конференция «Путь в профессию: от теории к практике», организованная МООП РЗ РФ на площадке Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского. В центре внимания оказались передовые технологии бесшовного перехода от процесса обучения в колледже к работе в медицинской организации.

Представители ЦК Профсоюза работников здравоохранения РФ, министерства здравоохранения Подмосковья и приглашённые специалисты рассказали об эффективном погружении в практику, организации персональных адаптационных треков и системной

руководителей медицинских организаций, председателей первичек и лидеров молодёжных советов.

Совместно участники проводили стратегическое планирование деятельности медицинских организаций, основанное на интересах и потребностях коллективов, развитии внутренних коммуникаций и социального партнёрства.



Голосование делегатов конференции



О.Жанкевич и М.Забелин

ний здравоохранения. Это более 90 млн руб. в год. Дополнительные финансовые средства для частичной компенсации стоимости путёвок выделяет Московская областная организация профсоюза работников здравоохранения РФ. Так, за отчётный период удалось компенсировать более 17 млн руб.

В пандемию, когда перевозка организованных групп детей была под запретом, областная организация запустила программу «Мать и дитя». Программа пользуется большой популярностью – ежегодно её проходят более 1000 семей работников здравоохранения.

Оценка работы и награды

Работу конференции продолжили выступления почётных гостей. Первым оценкой деятельности Московской областной организации профсоюза поделился М.Забелин.

– Мы заслушали достойный доклад. Сегодня профсоюз выступает в роли стратегического партнёра, обеспечивающего реализацию значимых социальных инициатив и надёжную защиту прав медицинских работников. Благодаря профессиональной работе команды Нины Владимировны нам удалось не только усилить роль профсоюза в жизни медорганизаций региона, но и создать фундамент для формирования безопасной трудовой среды, повышения уровня защищённости каждого сотрудника и качественного расширения системы социального партнёрства. На мой взгляд, работа нашей профсоюзной организации заслуживает самых высоких оценок. Нина Владимировна, спасибо вам за эту большую работу.

По словам министра, тезисы доклада, такие как социальное партнёрство, наставничество, и многие другие помогают совместно достигать целей, которые поставили Президент РФ Владимир Путин и губернатор Московской области Андрей Воробьёв.

Он также выразил уверенность, что профсоюз и дальше продолжит эффективно решать главную задачу – защищать интересы работников.

Свою оценку работе областной организации профсоюза дала и В.Кабанова.

– Из 25 организаций Московская областная организация профсоюза работников здравоохранения самая крупная и эффективная. Не буду останавливаться на всех показателях. Скажу только, что какие бы предложения от вас ни поступали, мы очень внимательно их изучаем и всегда по ним выносятся положительные решения. Спасибо вам большое за профсоюзную деятельность, а самое главное – за ваш труд. На протяжении многих лет вы несёте в твёрдых руках звание лидера и доказываете, что здравоохранение – одна большая дружная команда, – подытожила своё выступление В.Кабанова.

О.Жанкевич поприветствовала участников конференции от имени центрального комитета и лично председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ Анатолия Домникова.

– Для ЦК профсоюза Московская область – один из стратегических центров всей нашей работы. Это команда, которая стабильно показывает хорошие результаты и задаёт тон очень многим направлениям. Московская областная организация сегодня является одной из крупнейших в стране. Она представляет один из самых цитируемых и заметных регионов в информационном профсоюзном пространстве. За год выходят более тысячи публикаций в средствах массовой информации, десятки телевизионных сюжетов и постов в социальных сетях. Опыт Московской области сегодня становится примером для всей страны.

Ольга Викторовна также отметила личный вклад Н.Суслоновой в информационную работу (по итогам мониторинга она является лидером упоминаний в СМИ).



Во время исполнения гимна РФ

– Как мы уже услышали в докладе, из года в год в Московской области растёт профсоюзное членство, а это самый важный и честный показатель доверия. Ведь люди идут туда, где им помогают. Помощь измеряется десятками миллионов возвращённых рублей, тысячами консультаций и высокими процентами положительных решений по обращениям. Это прямое доказательство того, что профсоюз в регионе работает эффективно и честно. Областная организация охватывает практически всю систему здравоохранения региона, в медицинских организациях действуют коллективные договоры. Здесь умеют не только заявлять о проблемах, но и находить решения. Это большая профессиональная победа. Именно в Московской области поднимаются темы, которые обсуждаются с привлечением не только федеральных экспертов, но и международных участников, – сказала О.Жанкевич.

Ольга Викторовна напомнила участникам конференции о форуме по социальному партнёрству, прошедшем в здании правительства Подмосковья. По её словам, вопросы, обсуждаемые там, до сих

пор находят отклик на различных федеральных площадках.

– Московская областная организация – это единственная организация в стране, где система электронного документооборота распространяется на каждую первичную организацию. То есть все вопросы решаются здесь и сейчас, в режиме реального времени. Все показатели доступны. Большое спасибо, Нина Владимировна, за понимание важности цифровизации, за то, что не испугались и сделали первый шаг, – подчеркнула О.Жанкевич.

В.Мирзонов в свою очередь передал слова приветствия участникам конференции от председателя Мособлдумы Игоря Брынцалова и отметил значимость профсоюза работников здравоохранения.

– Профсоюз определяет вектор движения, направление и развитие нашей отрасли. Защищает интересы медицинских работников, он защищает также наши с вами медорганизации. Он объединяет наш коллектив для достижения поставленных задач. Успешная работа возможна только тогда, когда у нас есть единая команда, – сказал Владислав Александрович.

Кроме того, с трибуны конференции выступили председатель первичной профсоюзной организации «Детский научно-клинический центр им. Л.М.Рошала» Татьяна Якунина, председатель первичной профсоюзной организации «Домодовская стоматологическая поликлиника» Анастасия Михайлова, председатель молодёжного совета первичной профсоюзной организации «Раменская больница» Егор Кузьминов.

От себя отметим момент, который, по нашему мнению, достаточно хорошо характеризует взаимоотношения в профсоюзе. Форматом «свободного микрофо-

наражений, 57 проверок областных организаций и 168 проверок районных и городских организаций профсоюза совместно с главными бухгалтерами.

Результаты ревизий с замечаниями и предложениями ежегодно рассматривались на заседаниях президиума и пленумах областного комитета, а анализ исполнения профсоюзного бюджета проводился дважды в год во всех организациях профсоюза.

Члены комиссии оказывали методическую и консультативную помощь финансовым работникам

собраний установлено, что из 72 организаций, состоящих на учёте и профсоюзном обслуживании комитета областной организации профсоюза, правом на поддержку кандидатур воспользовалось 54, что составляет 75% от общего количества. На должность председателя Московской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации рекомендована одна кандидатура – Н.Суслонова.

Делегаты приняли решение голосовать открыто и единогласно утвердили Нину Владимировну



Заслуженная награда из рук В.Кабановой (слева)

и председателям организаций, а также вели мониторинг обращений членов профсоюза – всего было рассмотрено более 4,2 тыс. обращений по вопросам защиты трудовых прав и интересов работников.

После всех выступлений делегаты конференции единогласно признали работу обкома профсоюза за отчётный период удовлетворительной.

Кроме того, в этой части ряд членов профсоюза и социальные партнёры были удостоены наград.

Председатель избран

Во второй части конференции делегатам предстояло принять самое главное решение – выбрать председателя обкома профсоюза на ближайшие пять лет.

Но для начала была избрана временная комиссия Московской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации. В неё вошли председатель Королёвской городской организации профсоюза работников здравоохранения Ольга Белова, заведующий организационно-аналитическим отделом аппарата Московской

на должность председателя до 2030 г.

Выбраны в этот день и два заместителя председателя – Татьяна Веселова и Юлия Катанэ. Профсоюзными организациями в состав областного комитета профсоюза избраны 94 человека.

Московская областная организация профсоюза работников здравоохранения выбрала председателя и определилась с траекторией работы на пять лет.

На память

Позволим себе небольшое отступление от официальных моментов и остановимся на том, что было вокруг самого мероприятия.

Участие в конференции, проходящей раз в пять лет, обязательно должно запомниться всем делегатам и участникам. Организаторы учли этот момент.

Гостей встречали в стилизованной яркой и красочной фотозоне. Позже все желающие могли забрать себе на память магниты со своей фотографией.

Обычно все обходят вниманием сувенирную продукцию, но в этот раз о ней стоит сказать отдельно. Помимо уже привычных по подобным мероприятиям блокнотов



В этом году на конференцию приехали более 250 делегатов

областной организации профсоюза Анатолий Тодоренко и председатель первичной профсоюзной организации работников здравоохранения в Мособолмедсервисе Мария Фёдорова.

М.Фёдорова рассказала, что в ходе изучения поступивших протоколов отчётно-выборных

и календарей, участники получили кошельки со встроенным пауэрбанком, кубик Рубика с символами всех проектов профсоюза и подмосковную ёлочную игрушку.

Сергей БУДАЧЕНКОВ, обозреватель «МГ».

Предложенные Александром Григорьевичем программа и план развития медуниверситета основаны на базовых принципах высшей школы: доверии внутри команды, понимании образовательной, научной и лечебной миссий, сохранении ценностей и традиций академического и профессионального сообщества. В ближайшие годы предстоит решить ряд задач практической составляющей медицинского образования, среди них – развитие симуляционных форм обучения, максимальное приближение дисциплин базового блока к клинике, развитие материально-технической базы университета, активизация работы по развитию науки и инноваций, цифровых и организационных технологий в подразделениях университета. Сегодня Александр СОНИС отвечает на вопросы обозревателя «МГ» Альберта ХИСАМОВА.

– Александр Григорьевич, вы долгое время работали в команде выдающегося ректора – академика РАН Геннадия Котельникова. Можете ли сравнить ваш родной Самарский и Тверской медуниверситеты?

– Под началом Геннадия Петровича я работал около 20 лет. Всегда поражаюсь его пониманию политической ситуации, умению чётко высказать свои идеи, сформулировать задачи и мысли, скоординировать работу всей команды. Он очень много сделал для Самарского медуниверситета, для Самарской и его родной Пензенской области, и, конечно, для России в целом, возглавляя ректорский корпус медицинских вузов страны. Это чрезвычайно работоспособный и целостный человек, который по сей день трудится на благо людей. Это мой учитель и наставник, который сыграл знаковую роль в формировании моей личности, развитии навыков и компетенций.

Если сравнивать два университета... Самарский ГМУ – моя альма-матер, где прошли счастливые студенческие годы. Научные кружки, спортивный лагерь, стройотряд – всё это родной вуз, который навсегда будет звучать в моём сердце в самых тёплых тонах.

Что касается Тверского медуниверситета, руководителем которого фактически я являюсь уже более года, могу сказать, что это вуз с очень крепкими традициями, прекрасным профессорско-преподавательским коллективом, живущий невероятно насыщенной, яркой и динамичной жизнью.

Безусловной гордостью ТвГМУ является стоматологическая школа, истоком которой был переведённый более 70 лет назад на берега Верхней Волги Ленинградский государственный стоматологический медицинский институт. Сегодня это уникальный комплекс стоматологических кафедр с собственной университетской поликлиникой, где сочетаются учебный, лечебный и научные процессы.

Ещё одним весомым преимуществом Тверского медуниверситета является популярность среди иностранных абитуриентов, которая растёт с каждым годом. Впервые Калининский мединститут принял на обучение граждан из других стран в далёком 1952 г. Отсюда – давние традиции работы с иностранными ребятами, многие из которых считают Тверь своей второй родиной. В 2026 г. география студентов ТвГМУ представлена 53 странами мира.

– Какие научные школы Тверского ГМУ, кроме стоматологической, произвели на вас наибольшее впечатление?

– Мне хорошо знакома хирургическая школа университета. Я неоднократно принимал участие в работе традиционной конференции «Успенские чтения», которые организовывал заведующий кафедрой общей хирургии ТвГМУ,

Наши интервью

В гармонии с традициями

В конце прошлого года ректором Тверского ГМУ избран профессор Александр Сонис



профессор Евгений Мохов. Широко известны урологическая школа, основанная профессором Андреем Никольским, кардиологическая, продолжателями которой являются династия Мазур и, конечно, гастроэнтерологическая школа под руководством Галины Джулай.

Особое впечатление произвели на меня работы фундаментальных кафедр вуза – микробиологии, анатомии и гистологии, патологической анатомии. На них закладываются основы знаний будущих врачей.

– Ни для кого не секрет, что по учебникам и руководствам, изданным в Твери или с участием тверских авторов, обучались и изучают все стоматологи СССР и Российской Федерации. Продолжают нести свет знаний известные учёные и клиницисты: член-корреспондент РАН Борис Давыдов, профессора Виктор Анкин, Вячеслав Червинец и многие другие.

– Число обучающихся в университете постоянно увеличивается. За счёт кого?

– В Тверском медуниверситете сейчас учится около 6 тыс. юношей и девушек, из них примерно 5 тыс. – на специалитете, в ординатуре и аспирантуре – ещё около тысячи человек. Примерно половина – более 2 тыс. студентов специалитета – иностранные граждане. Большая их часть из Индии – более 1,5 тыс. человек, Шри Ланка, Непала, стран СНГ – Узбекистана, Таджикистана, Туркменистана. Постоянно увеличивается число студентов из Китайской Народной Республики.

Три месяца назад мы получили аккредитацию в медицинском совете Республики Шри Ланка и стали вторым вузом Российской Федерации – вместе с Курским ГМУ, чей диплом легитимен в этой стране. Это важное для нас событие произошло после 3-дневного визита ланкийской делегации, которая тщательно изучила все университетские базы и условия жизни в общежитии. Они остались довольны нашим кадровым составом, их владением английским языком, позитивным настроем на работу с иностранными студентами.

Если говорить о составе российских ребят, то 40% – это жители Москвы и Московской области, 40% – студенты из Тверской облас-

ти и 20% – представители других регионов страны.

Кроме того, контингент обучающихся в нашем университете в ближайшие годы вырастет также за счёт расширения списка специальностей. В частности, мы лицензировали «Медико-профилактическое дело», и в 2026-м проведём первый набор.

– Каков сейчас процент целевиков? Удалось ли вам устранить недобор в целевую ординатуру по хирургическим специальностям, отмечавшийся в последние годы?

– В настоящее время целевиков – около 70%. Набор в ординатуру в этом году был достаточно сложным в силу ряда причин. Одна из них – нежелание выпускников сковывать себя какими-то обязательствами. Многие молодые врачи чувствуют себя комфортно, работая участковыми терапевтами или педиатрами, и не стремятся продолжать последипломное обучение. Они неплохо зарабатывают в этом звене здравоохранения в результате действия ряда государственных и региональных программ.

Что касается оттока поступления на хирургические специальности в последние годы, на мой взгляд, это в большей степени связано с боязнью ответственности и недостаточностью практических навыков, которые в основном формируются на уровне симуляторов и теоретических знаний.

Когда-то – 35-40 лет назад – у выпускников отсутствовал страх перед пациентом. Например, будучи студентом, я достаточно много дежурил в хирургических отделениях, провёл не один десяток самостоятельных вмешательств под надзором опытных врачей. Конечно, до того, как мне доверили подойти к операционному столу в качестве первого номера, пришлось написать не один десяток историй болезни за старших товарищей, ассистировать, помогать им во всём. А в субординатуре мы вообще чувствовали себя полноценными врачами, хотя никто не «бросал нас на амбразуру».

Что касается ответственности. Достаточно долго я работал в деканате лечебного факультета и приведу пример. Не самая привлекательная студентка забеременела и ушла в академический отпуск. Через год, уже имея ребёнка и

приобретая массу новых жизненных навыков, она снова приступила к учёбе. Несмотря на значительно большую занятость, девушка стала учиться гораздо лучше – повзрослела, осознала ответственность.

Набор компетенций хорошего врача, с моей точки зрения, лишь наполовину состоит из профессиональных навыков. Помимо медицинского образования, опыта, определённой квалификации, врач должен обладать общечеловеческими качествами.

Врач в принципе уже руководителем: под его началом работают медсёстры, санитарки, и он является примером общения. Среди его обязанностей – оформление медицинской документации, служебных записок, отчётов и многое другое. Достоинство врачу нужно хорошо планировать работу, грамотно формулировать свои мысли, уметь общаться с очень разными людьми. Всё это формирует личность врача, делает его ответственным человеком.

– Как развивается довузовское обучение в Тверском ГМУ?

– Профориентационная работа и довузовское обучение являются приоритетными направлениями для вуза. Очень важно, чтобы дети делали осознанный выбор, понимали миссию и задачи врача и, конечно, уровень ответственности, который ляжет на их плечи в будущем.

Понимание, что они ошиблись дверью, может прийти достаточно поздно. В результате это годы, потраченные зря, и, как следствие, отсутствие замотивированного грамотного специалиста.

Чтобы избежать подобных потрясений, в Тверском медуниверситете три года назад был создан предвузовский – гимназия, опытом которой интересуются другие российские вузы. Сейчас это подразделение занимает целый этаж учебного корпуса университета, и более 150 гимназистов получают знания в его стенах. Они адаптируются у нас, начиная с 7-го класса, постоянно общаются со студентами-медиками, участвуют в университетских мероприятиях. В 2025 г. из 22 выпускников нашей гимназии 20 поступили в ТвГМУ, а 2 – в московские медицинские вузы.

На мой взгляд, основная задача предвузовской – не только приобрести знания, но и дать определённый набор наблюдений, чтобы дети поняли правильность выбора профессии. Поэтому наш гимназист успевает ощутить медицинскую атмосферу – познакомиться с работой клиники, побыть помощником медсестры.

Кроме того, при университете действует вечерняя школа «Юный медик», где для учащихся средних школ Твери наши преподаватели проводят интересные занятия по биологии, химии, физике, устраивают медицинские экскурсии.

– Александр Григорьевич, мы знакомы с 2011 г., когда проводили в Самаре VI Международный фестиваль искусств студентов-медиков и медицинских работников – один из самых ярких за всю историю.

Там же вы увидели плеяду замечательных исполнителей из Твери. Продолжит ли развитие Культурный центр университета, являющийся законодателем мод для российских медиков в творческих направлениях?

– Одно из важнейших достояний Тверского медуниверситета – творческие традиции. Я иногда задумываюсь: каким вузом я руковожу – медицинским или институтом культуры и искусств? Здесь обилие талантов, творческих коллективов, которые замечательно поют, танцуют, представляют театральные постановки. В Культурном центре работают достойные педагоги в разных направлениях искусства. Ежегодно на нашей прекрасной сцене с успехом проходит Конкурс студенческого творчества «Шанс» им. Л.М.Петровской.

У студентов много энергии, и, если их свободное время заполняет искусство, оно стимулирует и учёбу, и первые шаги в науке. Молодые люди по-иному открываются в неформальной обстановке, находят себя, приобретают уверенность. Преподаватели, наблюдая студентов в новом для себя ракурсе, начинают относиться к ним теплее. Освоение медицинской профессии, искусство и спорт становятся составляющими единого процесса.

Когда-то я был заядлым кавээнщиком, поэтому хорошо знаю состояние азарта, стремления побеждать. Впрочем, искусство не должно переходить границы и заполнять собой основное, медицинское пространство нашего календаря.

– Хотелось бы услышать о планах развития Тверского ГМУ от вновь избранного ректора...

– Прежде всего мы будем развивать традиционно сильные составляющие деятельности университета, в частности, стоматологическое направление и обучение иностранных граждан, намерены укреплять кадровый состав, расширять и усиливать собственную клинику.

Наши сотрудники и обучающиеся должны трудиться и учиться в красивых, светлых аудиториях, поэтому в наших планах важное место занимают ремонт и реконструкция зданий университета. Уже удалось провести ремонтные работы в стоматологической поликлинике: преобразились регистратура, зуботехническая лаборатория. В клиниках значительно улучшены условия пребывания пациентов, приведена в порядок территория перед фасадом главного корпуса университета. В работе находятся несколько проектных решений, которые создадут основу для дальнейшего ремонта и улучшения материально-технических условий функционирования всего вузовского комплекса.

В рамках федерального проекта «Развитие федеральных медицинских организаций» нас поддержал Минздрав России, и мы закупили 6 единиц дорогостоящего медицинского оборудования для нашей клиники. И это только начало проекта по оснащению инфраструктуры вуза.

– Наше интервью выходит в начале 2026 г. Будем благодарны за слова напутствия и пожелания от ректора одного из ведущих вузов страны.

– На старте года я хочу пожелать здоровья и благополучия всем нашим коллегам, а также самых позитивных событий в сфере здравоохранения. Мы видим, сколько усилий прилагает Минздрав России в осуществлении национальных проектов, улучшении материально-технического состояния лечебно-профилактических учреждений, кадрового обеспечения. Мы стойко переносим санкционные меры, у нас становится всё больше отечественного оборудования, медикаментов, расходных материалов.

Пусть 2026-й станет годом мира и процветания!



Ну и ну!

Согласно результатам национального опроса, лишь 12% медсестёр, акушерок и младших медицинских сестёр в Великобритании рекомендовали бы карьеру в своей профессии. Эти данные получены в результате опроса 37 961 зарегистрированного специалиста, проведённого Советом по сестринскому делу и акушерству (NMC) в марте и апреле прошлого года. Большинство респондентов (91%) были медсёстрами, 26% – в возрасте 56-65 лет.

«стал более этнически разнообразным, чем когда-либо», и что на долю чернокожих, азиатских и других представителей этнических меньшинств сейчас приходится около трети рабочей силы.

– Наши выводы являются ярким напоминанием о неотложной необходимости борьбы с неприемлемым поведением, которое заставляет людей уходить с любимой работы, – заявила исполнительный директор NMC по стратегии и анализу Эмма Весткотт. – В этом секторе необходима нулевая тер-

специалист по сестринскому делу в Королевском колледже медсестёр (RCN) Линн Вулси. По словам эксперта, учитывая угрозу безопасности пациентов и растущий риск профессионального выгорания, неудивительно, что так мало специалистов рекомендуют профессию медсестры.

Респонденты, выразившие удовлетворение своей работой, назвали ключевыми мотиваторами возможность менять жизнь людей к лучшему и позитивные отношения с пациентами и коллегами.

Рекомендовали бы профессию медсестры?

Семь из десяти респондентов (71%) заявили, что в прошлом году они сталкивались с преследованиями, издевательствами или насилием. Чаще всего виновниками были представители общественности (58%). Однако сообщалось также об инцидентах с участием коллег (41%) и руководителей (35%). Почти половина пострадавших (46%) заявили, что об инциденте не было сообщено.

Опрос показал, что 40% респондентов сталкивались с дискриминацией, чаще всего связанной с этнической принадлежностью или возрастом. Это было более распространено среди специалистов, получивших образование за рубежом (53%), чем среди тех, кто обучался в Великобритании (35%). Сообщается, что общественность, коллеги и руководители в равной степени являются источниками дискриминационного поведения.

Совет по сестринскому делу заявил, что полученные результаты вызывают особую обеспокоенность, учитывая, что состав медсестёр

имеет тенденцию к дискриминации, травле и домогательствам.

Примерно четверть респондентов заявили, что испытывают трудности с рабочей нагрузкой. Многие сообщили, что не справляются с ней каждую неделю и часто работают сверх установленного графика, особенно акушерки. Почти треть респондентов (32%), в том числе 45% акушерок, заявили, что были свидетелями ситуаций, когда безопасность или качество ухода за пациентом компрометировались. Эти инциденты часто связаны с недостаточным количеством персонала и чрезмерной рабочей нагрузкой, которые также назывались ключевыми причинами неудовлетворённости работой и препятствиями для оказания безопасной, эффективной и гуманной помощи.

– Этот отчёт показывает, что на панели управления мигает красный свет, свидетельствующий о том, что персонал тонет под непосильной нагрузкой, уровень укомплектованности штата в токсичной среде небезопасен, – сказала главный

Более высокий уровень удовлетворённости был отмечен среди специалистов в возрасте 66 лет и старше, получивших образование за пределами Великобритании и ЕС, сотрудников азиатского и афроамериканского происхождения, а также недавно зарегистрированных.

– Отрадно, что большинство специалистов, зарегистрированных в реестре, по-прежнему полны энтузиазма по поводу самых позитивных аспектов сестринской и акушерской практики, – подчеркнула Весткотт.

Эти выводы сделаны на фоне продолжающейся нехватки кадров. В ноябре прошлого года сообщалось о наличии более 29 тыс. вакансий для зарегистрированных медсестёр в Национальной службе здравоохранения Великобритании. В отчёте о состоянии профессии говорится, что четверо из десяти респондентов рассматривают возможность ухода со своей должности или активно планируют это сделать.

Открытия, находки

Биоплёнки в почечных камнях

Исследователи обнаружили бактериальные биоплёнки внутри камней в почках наиболее распространённого типа – из оксалата кальция, что ставит под сомнение устоявшееся мнение о стерильности и неинфекционности этих камней. По словам доктора медицинских наук, доцента кафедры урологии Медицинской школы имени Дэвида Геффена при Калифорнийском университете в Лос-Анджелесе и соавтора исследования Киморы Скотланд, полученные результаты в будущем могут повлиять на стратегию профилактики и лечения.

Исторически считалось, что бактерии способствуют только образованию струвитных камней в почках. Они возникают в результате хронических инфекций мочевыводящих путей (ИМП). В отличие от них, камни из оксалата кальция, составляющие большинство образований в почках, долгое время считались абиотическими, неинфекционными и не связанными с бактериальной активностью. В новом исследовании учёные описали обнаружение бактериальных биоплёнок в минеральной структуре камней из оксалата кальция. Открытие стало результатом клинических наблюдений, которые вызвали любопытство исследователей.

– Я заметила, что иногда у пациентов без анамнеза инфекций мочевыводящих путей после не-

которых процедур по удалению камней развивались эти инфекции или даже сепсис, – рассказала Скотланд. – Аналогично, когда мы повторно исследовали камни, полученные в ходе хирургических операций у пациентов без анамнеза инфекций мочевыводящих путей, часто обнаруживали бактерии. Это привело нас к гипотезе, что бактерии действительно играют роль в образовании камней и не являются просто случайными организмами, обнаруженными в почках.

Используя электронную и флуоресцентную микроскопию, исследователи обнаружили не только живые бактерии, но и слои, или биоплёнки, бактерий, интегрированные в кристаллические минеральные слои камней из оксалата кальция.

– Обнаружение бактерий в наиболее распространённом типе камней в почках открывает новые возможности для лечения мочекаменной болезни, поскольку бактерии и компоненты биоплёнки теперь являются потенциальными мишенями для профилактики образования камней, – сказала Скотланд. – Мы также считаем, что эти бактерии могут стать причиной некоторых рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей у пациентов с камнями в почках, и надеемся подтвердить это в ходе дальнейших исследований.

В качестве следующего шага Скотланд и её коллеги изучают механизмы, посредством которых бактерии влияют на рост камней,

чтобы разработать более целенаправленные методы лечения.

Хотя полученные результаты пока не имеют непосредственного значения для клинической практики, они поднимают интересные исследовательские вопросы, отметил доктор медицинских наук, клинический руководитель отделения нефрологии в NYU Langone Health (Нью-Йорк) Дэвид Голдфарб, который не принимал участия в исследовании.

– Большинство камней не связаны с инфекциями мочевыводящих путей, и у большинства исследованных здесь камней бактериологические посевы мочи отрицательны, – подчеркнул Голдфарб. – Вопросы о том, где живут эти бактерии и как они попадают в камни, остаются очень интересными. Поскольку камни не связаны с явными инфекциями, традиционное лечение инфекций мочевыводящих путей антибиотиками может быть неэффективным. Антибиотики изменяют кишечный микробиом, что может негативно сказаться на химическом составе мочи, и они могут быть связаны с лекарственной устойчивостью.

Исследование подчёркивает ценность применения подходов материаловедения в изучении камней в почках, добавил Голдфарб. Однако внедрение результатов этого исследования в клиническую практику сопряжено с трудностями, прежде всего с проблемой изучения образования камней in vivo с течением времени.

Гипотезы

Кофе и чай могут защитить от деменции

Новое исследование показало, что регулярное употребление кофе и чая связано с более низким риском развития деменции и умеренным улучшением когнитивных функций, независимо от генетической предрасположенности человека. Результаты двух крупных когортных исследований показали, что наибольшая польза наблюдалась среди тех, кто ежедневно выпивал около 2-3 чашек кофе с кофеином или 1-2 чашек чая. Эти взаимосвязи оставались устойчивыми даже при учёте генетических факторов высокого риска, включая генотип APOE4 и полигенные показатели риска болезни Альцгеймера.

– Общие закономерности были в целом схожими во всех группах генетического риска, что позволяет предположить, что такое поведение может быть актуальным для всех уровней, а не только для людей с более низким риском, – сообщил ведущий автор исследования из Гарвардской медицинской школы (Бостон) Ю Чжан.

Кофе и чай содержат кофеин, а также биологически активные соединения, такие как полифенолы, катехины и хлорогеновая кислота, которые могут снижать окислительный стресс, защищать функцию сосудов и уменьшать повреждение клеток в головном мозге. Предыдущие исследования предположили, что потребление кофеина может защищать от снижения когнитивных функций и деменции, однако во многих исследованиях уровни потребления были разделены на две категории, и не рассматривалась зависимость «доза-эффект». Лишь немногие смогли различить напитки с кофеином и без кофеина, а данные о потреблении чая противоречивы.

В этом новом проспективном когортном исследовании учёные стремились уточнить эти взаимосвязи, используя многократные подробные оценки рациона питания в двух независимых когортах.

Участники Национальной службы здравоохранения (NHS) (n = 86 606 женщин; средний возраст на момент начала исследования – 46,2 года) и исследования последующего наблюдения за медицинскими работниками (n = 45 215 мужчин; средний возраст на момент начала исследования – 53,8 года) заполняли анкеты о частоте потребления продуктов питания каждые 2-4 года для оценки потребления кофе и чая с кофеином и без кофеина. Для уменьшения влияния искажающих факторов из исследования были исключены участники с серьёзными хроническими заболеваниями на исходном этапе или со значительными изменениями в потреблении кофе.

Объективная оценка когнитивных функций в когорте NHS проводилась с использованием телефонного интервью для оценки когнитивного статуса (TICS), тестов вербальной памяти и составного глобального z-балла. Субъективное снижение когнитивных функций оценивалось в обеих когортах с помощью опросников, охватывающих память, исполнительные функции, внимание и зрительно-пространственные навыки. Потребление кофе с кофеином анализировалось по квартилям, а потребление кофе и чая без кофеина – по терциям из-

за правосторонней асимметрии распределения. При анализе учитывались возраст, образование, образ жизни, история болезни, приём лекарств и другие диетические факторы.

В течение периода наблюдения, продолжавшегося до 43 лет, деменция развилась у 11 033 участников. Умеренное потребление кофе (2-3 чашки в день) было связано с уменьшением риска развития деменции на 18% по сравнению с полным отказом от кофе. Потребление чая продемонстрировало аналогичную закономерность: у участников, которые сообщали об умеренном потреблении чая (1-2 чашки в день), риск развития деменции был на 16% ниже, чем у тех, кто не пил чай. Потребление кофе без кофеина не было связано со снижением риска развития деменции.

– Результаты исследования кофе без кофеина позволяют предположить, что кофеин может играть важную роль, поскольку кофе с кофеином и чай показали более устойчивую взаимосвязь, чем кофе без кофеина, – сказал Чжан.

Однако он предостерег от чрезмерного толкования концепции неэффективности кофеина без кофеина. Кофе и чай содержат множество соединений, таких как полифенолы и другие биологически активные вещества, которые связаны с нейровоспалением и сосудистыми или метаболическими процессами.

– Схемы потребления кофе без кофеина также могут различаться; например, люди могут переходить на кофе без кофеина из-за непереносимости кофеина или сопутствующих проблем со здоровьем, что может затруднить интерпретацию. Поэтому мы не можем сделать вывод, что кофеин – единственный фактор, – считает исследователь.

В объединённом анализе вероятность субъективного снижения когнитивных функций была ниже среди умеренно пьющих кофе, чем среди тех, кто кофе не пьёт (7,8% против 9,8%). Эта связь сохранилась после многофакторной корректировки. Аналогичная ситуация наблюдалась и среди любителей чая: субъективное снижение когнитивных функций было значительно ниже у умеренно пьющих, чем у тех, кто чай не употреблял (8,1% против 9,5%).

Объективное когнитивное тестирование показало большие, но измеримые улучшения в показателях TICS и общих когнитивных функциях, при этом разница между категориями с самым высоким и самым низким потреблением кофеина составила 0,11 балла, что соответствует примерно 0,6 годам когнитивного старения. Наиболее выраженный положительный эффект наблюдался у участников моложе 75 лет, а употребленные продукты в количествах, превышающих умеренные, не обеспечивало дополнительной защиты.

– С клинической точки зрения, небольшое изменение средних показателей не приводит к немедленным, заметным изменениям у отдельного пациента. Однако на уровне популяции даже незначительные различия, если они сохраняются, могут иметь важное значение, когда деменция является распространённым заболеванием и развивается в течение длительного времени, – уточнил Чжан.

Подготовил Игорь НАУМОВ.
По материалам Medscape.

Понятие «интуиция», сохранив свои латинские корни (созерцание), давно обрусело. Она, пусть в разной мере, присуща каждому человеку, и, кажется, всем понятно, что это такое есть и насколько значимо.

Вместе с тем интуиция не перестаёт быть темой философских исследований на протяжении тысячелетий. Аристотель, Спиноза, Декарт, Кант, Бергсон, Бунге и многие другие крупные величины уделяли ей огромное внимание. Философы выделяют чувственную – дорациональная способность, чистую – сверхрациональный дар, а также разновидность рассудка – интеллектуальную. Интуицию и рациональный ум разграничивал Альберт Эйнштейн.

В основе интуиции, это признают все, лежит непосредственное знание без помощи доказательств. Можно называть её озарением, священным даром, можно, как образно сказала мне профессор-филолог Кира Кашлявик, тайным знанием. Но как часто именно интуиция диктует нам то или иное важное и неожиданное решение.

В деятельности врача она играет колоссальную роль. Тем более в urgentных ситуациях, когда отсутствует возможность наблюдения, а данных объективного обследования явно недостаточно. Конечно, никто не отрицает профессиональных знаний и опыта, но часто в решение вмешивается именно интуиция.

Крупный травматолог первой половины XX в. М.Дитерихс в своей книге «Душа хирурга» (1925) пишет: «По мере накопления все большего и большего опыта, у хирурга развивается постепенно ясное и точное уразумение сущности и границ лечебной мощи хирургии и вместе с этим в большей или меньшей степени и какая-то интуитивная, подсознательная способность провидеть истинную сущность заболевания и предугадать дальнейшую судьбу больного». Автор вспоминает вдумчивых и опытных клиницистов-хирургов Н.Вельяминова и И.Сабанеева. Они провидчески отказывались от, казалось бы, очевидно необходимых оперативных вмешательств только на интуитивных основаниях и оказывались правы. И, напротив, настаивали на проведении неотложной операции, когда другим коллегам представлялось, что она не показана.

Современные нейровизуализационные технологии, конечно, потеснили врачебную интуицию, прежде всего в уточнённой диагностике. Но всё же осталось достаточно обширное поле, где она играет роль, порой главную. Это – при очевидности патологии – решение о тактике ведения пациента.

Вот один пример. Профессор, нейрохирург Александр Потапов на срочной операции успешно удалил обширную кистозную внутримозговую опухоль правой височной доли. Мозг «благодар-

но» запульсировал, что является благоприятным признаком. Он уже зашивал твёрдую мозговую оболочку, когда пульсация мозга прекратилась. Кровотечения в ране не было. Вполне резонно можно было бы понаблюдать ещё какое-то время, ввести противоопиоидные препараты. Но нейрохирург, не зная причину случившегося, интуитивно ощутил крайнюю срочность уточнения причины катастрофы. Прямо из операционной больницу повезли на КТ. Там выявилась редкая причина внезапного

прекращения пульсации мозга – острая большая субдуральная гематома вдали от места вмешательства – в задней черепной ямке. Больная вернулась в операционную, где А.Потапов сразу же удалил гематому. И, к счастью, успел до развития необратимой комы. Большая поправилась и вот уже многие годы радуется жизни, радуется своей семьёй и нас, врачей.

Не входя в физиологические механизмы интуиции, ещё раз подчеркну, что «питательной средой» для неё являются знания и опыт врача. Стремление объективизировать диагноз и тактику лечения несут нейровизуализационные технологии, клинические рекомендации с разработанными наиболее авторитетными учреждениями и учёными показателями и противопоказаниями к хирургическому и иному лечению патологии, наконец, клинические разборы с коллективным обсуждением тактики ведения конкретных больных. Этому же способствует доказательная медицина и особенно персонализированный подход к пациентам. Всё это так, однако не исключает необходимости во врачебной интуиции.

Приведу примеры из собственной практики последних лет. 6-месячный малыш с нормальным развитием по всем параметрам, окружность головы соответствует возрастной норме. Плановая нейросонография выявила опухоль прозрачной перегородки, растущую в оба боковых желудочка, подтверждённую МРТ-исследованием. При полном клиническом благополучии интуиция, основанная на личном опыте, подсказала необходимость неотложного радикального оперативного вмешательства при всех его рисках. Опухоль была тотально удалена. 5-летний катамнез показал нормальное развитие мальчика.

А вот относительно недавнее событие. Автор нового направления в минимально инвазивных вмешательствах – эндоваскулярной хирургии доктор Фёдор Сербиненко искал пути исключения каротидно-кавернозных соустьев, не связанные с трепанацией черепа. На первомайской демонстрации на Красной площади он увидел многократно ранее виденное: как воздушные шары легко управляются привязанной к ним нитью. Куда нитка, туда и шарик. Мгновенно родилась идея эндоваскулярной хирургии

– вводить в артерию катетер со спавшимся баллончиком на конце, который доставит ток крови под контролем электронно-оптического преобразователя к месту повреждения сосуда. Там баллон наполнить контрастным веществом, и он закроет патологическое сообщение между сонной артерией и кавернозным синусом.

Интуиция тесно связана с наблюдательностью и человеческой, и профессиональной, порой неосознанной, но важной для принятия решения. У меня был молодой пациент, страдавший приступами височной эпилепсии. Лечение ему подобрали, но субстратную причину пароксизмов все современные методы диагностики эпилепсии не смогли установить. Я обратил внимание, что левая рука у запястья всегда перевязана. Попросил её развязать и увидел легко спадающиеся венозные узлы. «Это с детства», – упредил пациент мой вопрос. А нет ли подобного врождённого венозного узла в левой височной доле? Сделали ангиографию, которая выявила округлое сосудистое расширение в венозной фазе. Подозрение обрело свою доказательность.

Бессспорно, доктору всегда полагаться только на интуицию нельзя так же, как нельзя без неё обойтись во врачевании. Следует помнить, что сама профессиональная интуиция не приходит откуда-то свыше, но определяется прежде всего личными знаниями и опытом, на неё влияют современные технологии, а также ответственность доктора.

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

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

Иллюстрация создана при помощи ИИ.

Ракурс

Интуиция доктора

прекращения пульсации мозга – острая большая субдуральная гематома вдали от места вмешательства – в задней черепной ямке. Больная вернулась в операционную, где А.Потапов сразу же удалил гематому. И, к счастью, успел до развития необратимой комы. Большая поправилась и вот уже многие годы радуется жизни, радуется своей семьёй и нас, врачей.



Новое приложение врачебной интуиции – превентивная нейрохирургия. Клиники нет никакой, человек чувствует себя абсолютно здоровым и является по всем рабочим и нерабочим параметрам таковым. Но КТ или МРТ случайно обнаружили, например, опухоль головного мозга. Что делать? Оперировать, облучать, проводить химиотерапию? Или ничего не делать? Ведь главное в наших действиях или бездействии – гипократовский принцип «Non nocere», «не навреди». Задача врача – как можно

ниями и противопоказаниями к хирургическому и иному лечению патологии, наконец, клинические разборы с коллективным обсуждением тактики ведения конкретных больных. Этому же способствует доказательная медицина и особенно персонализированный подход к пациентам. Всё это так, однако не исключает необходимости во врачебной интуиции.

Приведу примеры из собственной практики последних лет. 6-месячный малыш с нормальным развитием по всем

А вот иная ситуация. 40-летний спортивный мужчина, успешный бизнесмен, сопровождал своего друга на МРТ. И исключительно из любопытства решил и себе сделать это исследование, посмотреть, а что у него в голове. Неожиданно МРТ выявила небольшую, не накапливающую контрастное вещество опухоль в переднем роге правого желудочка мозга. Это было для него шоком. С присущей ему решительностью он захотел от неё избавиться. Попал ко мне на приём. Никаких жалоб, кроме страха перед опухолью мозга, никакой симптоматики, полноценная деловая и личная жизнь. Что делать? Удалять? Но кто гарантирует абсолютную удачу операции, не говоря о том, какое это психологически и физически тяжёлое испытание. Уточнить биогистологические качества опухоли стереоскопической или эндоскопической биопсией? Но здесь бывает около 10% разного рода осложнений. Облучать или посадить на химиолечение? Но вслепую, без точного гистологического и молекулярно-генетического диагноза этого никто делать не станет. И именно интуиция подсказала самый адекватный путь в данном конкретном случае – наблюдать с ежегодным МРТ-контролем. Принцип, которому должен всегда следовать врач, – «не вреди» соблюден, а при необходимости наблюдение в динамике позволит вовремя вмешаться. Я понимал, какую ответственность взял на себя, но это постоянный удел доктора. Прошло 6 лет. К счастью, опухоль не растёт. Самочувствие и работоспособность прежние, человек успокоился, успешен в делах и радуется жизни.

Со мной можно, конечно, не соглашаться. Но отрицать роль интуиции в современной медицине нельзя.

Она тесно связана с ассоциативным мышлением. Известна в истории науки ассоциация: Исаак Ньютон, увидев в саду падающие яблоки, открыл закон всемирного тяготения.

Акценты

В 2023 г. в городе смоленских атомщиков Десногорске в рамках реализации пилотного проекта Росатома и Федерального медико-биологического агентства был открыт Центр промышленной медицины.

Цель создания – сделать обязательные медосмотры удобными и доступными в рабочее любое время для сотрудников Смоленской АЭС. И вот теперь в двухэтажном особняке, украшающем город,

Эффективная трёхлетка

здесь есть все возможности для обслуживания десногорцев: современное оборудование, приём ведут врачи всех необходимых специальностей, функционируют психофизиологическая лаборатория и кабинеты для диагностики (анализы, ЭКГ, флюорография).

Менее года назад, в мае 2025 г., в этом же здании открыто отделение профессиональной патологии. Теперь, если на осмотре выявлены признаки профзаболевания, терапевт сразу же может направить сотрудника на углублённое обследование или лечение.

Для комфорта пациентов создана зона ожидания с удобной мебелью, зарядками для электронных устройств и автоматами с едой и напитками.

В планах развития центра уже в этом году – открытие кабинетов физиотерапии и медицинской реабилитации, а также лектория

по здоровому образу жизни в «Школе здоровья».

Как сообщили корреспонденту «МГ» в пресс-центре СмолАЭС, за три года в Центре промышленной медицины осуществлено 27 тыс. медосмотров, т.е. в медучреждении побывал практически каждый из проживающих в Десногорске смолян.

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».
Смоленская область.

Один факт важнее ста
соблазнительных гипотез.
Дж. Пристли

Былое

Семья святителя Луки: от гипотез к фактам

Авторы биографических исследований часто испытывают трудности из-за недостатка фактов о родословной героя своей повести. Эти препятствия пришлось преодолеть М. Поповскому, В. Лисичкину, Ю. Шевченко и остальным почитателям жития святителя Луки (Войно-Ясенецкого), видного российского и советского хирурга, архиепископа (1942) и лауреата Сталинской премии I ст. за достижения в области медицинской науки (1946). При этом каждый из биографов, подобно «витязю на распутье», избрал одно из трёх направлений для обоснования основных положений своего труда: гипотетическое, фактическое либо и то, и другое, вместе взятое.

Для каждого из нас семья является не только сообществом родных и близких, которых не выбирают и любят потому, что они есть. В ней в детстве формируется характер, зарождаются и светские убеждения, и вера во Всевышнего. При этом младшему поколению свойственно подражание старшим, благодаря которому нередко зарождаются семейные традиции и даже профессиональные династии.

К примеру, в «Автобиографии», епископ-хирург связывал понятие о наследственной религиозности с наследованием её «главным образом от очень набожного отца». Однако же в ней отражён прежде всего крестный путь святителя, тогда как другие сведения о семье, в которой он родился, остались вне поля зрения автора.

Здесь не было сведений о профессии отца, являвшегося воспитателем двух медицинских факультетов, в том числе Киевского (1862) и Харьковского (1866) университетов, где он был удостоен звания аптекарского помощника, а затем и провизора. Этой специальностью его отец посвятил многие годы жизни. Вполне допустимо полагать, что благодаря ему святитель не только унаследовал глубокую набожность, но и избрал врачебную профессию, окончив медицинский факультет Киевского университета (1903).

Оба примера этих семейных традиций относятся к уже указанному фактическому направлению, так как их обоснованием являются исторические факты, полученные нами из нескольких достоверных литературных источников в результате долговременных поисков.

Противоположное или гипотетическое направление отличается построением умозрительных гипотез, основанных на сомнительных или непроверенных данных не без участия собственного воображения. Его представителем в отношении семейного древа Ясенецких-Войно является В. Лисичкин, впервые опубликовавший сведения о семье святителя в монографии «Земский путь святителя Луки».

В ней, в частности, сообщалось, что Феликс Станиславович (отец) якобы «родился в 1838 году... в семье дворянина Станислава Валентиновича», где год его рождения и отчество деда были не точными. Сведения такого рода были приведены автором и по отношению к Марии Дмитриевне (матери), родившейся якобы в семье «управляющего крупным имением в Черкассах» и носившей девичью фамилию «Кудрина», а также в связи с рождением детей в семье Ясенецких-Войно: Павла (1869), Ольги (1871), Владимира (1873), Виктории (1879). Эти сведения оказались недостоверными.

Вместе с тем, автор, в отличие от М. Поповского, не объяснил суть превращения Феликса Станиславовича в дипломированного провизора, окончившего и гимназию, и 2 университетских курса, где за каждое учебное полугодие вносилась предварительная плата. Зато он подробно описывал, как «три предшествующих колена» дворян Ясенецких-Войно «влачили жалкое

существование», а дед Станислав, живший «на грани выживания... в курной избе», ходил «в лаптях к заутренней молитве в церковь».

Кстати, в деревне Петраши Сенненского уезда Могилевской губернии, где родился и жил отец святителя, церкви не было, а ближайший костёл (дед святителя исповедовал римско-католическую веру) находился от неё в 23 км (далековато для хождения).

Дальнейшее повествование Лисичкина сводилось к тому, что провизор Ясенецкий-Войно «поселился в г. Керчи», где он якобы приобрёл «небольшой домик в центре» города. Впрочем, гипотеза автора по поводу этой недвижимости давно опровергнута керченскими краеведами (2016), сообщившими об этом Лисичкину.

Примечательно, что в предисловии к монографии «Земский путь...» автор привёл сведения о личной проработке «30 тыс. единиц архивных... и литературных источников в областных и краевых архивах», расположенных в 10 областях, Красноярском крае, Республике Коми и др., хотя 6 из указанных им областных архивов не имели никакого отношения к земскому служению святителя в 1905-1917 гг.

В 2011 г. исследователями и старшим научным сотрудником крымского архива Л. Кравцовой проводились архивные изыскания в Государственном архиве автономной республики Крым (ГААРК), в результате которых установлены новые исторические факты о жизни и деятельности родителей святителя, а также его родственников по материнской линии. Источниковой базой исследований стали метрические книги для записей родившихся, браком сочетавшихся и умерших за 1849-1880 гг. Они велись в Николаевской церкви города Перекоп Таврической губернии, а также в Свято-Троицком соборе и в других городских церквях Керчи. Кроме того, в Государственном архиве Херсонской области нами были изучены те же разделы метрических книг Спасенского собора Херсона за 1881-1887 гг. В результате были впервые установлены время и место:

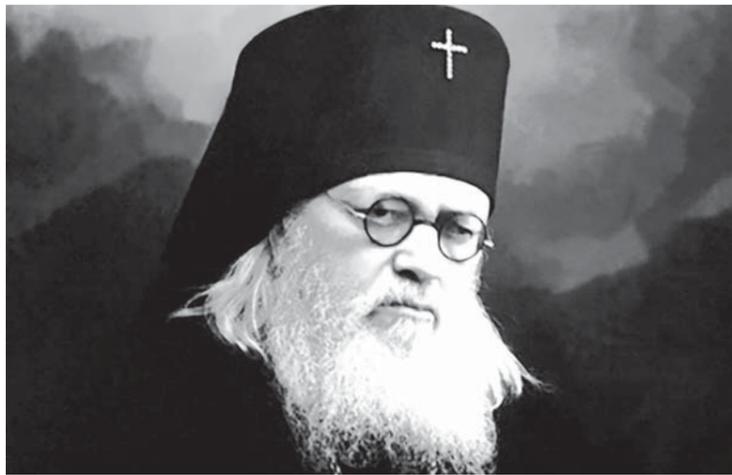
– рождения матери святителя – Марии Дмитриевны (род. 22.03.1849) в Перекопе в семье провизора вольной аптеки Дмитрия Кундина и его жены Феодосии Антоновны (оба православного исповедания);

– бракосочетания отца святителя – провизора Феликса Ясенецкого-Войно, дворянина Могилевской губернии (27 лет), и Марии Кундиной (19 лет), имевшего место 29.09.1868 в Перекопе (очевидно, что возраст жениха соответствовал его рождению в 1841 г.);

– рождения детей в семье Ясенецких-Войно: Владимира (род. 13.11.1872, Перекоп) и Александра (род. 14.04.1874 г., Перекоп), Ольги (род. 3.02.1876 г., Керчь), Валентина (род. 14.04.1877, Керчь) и Павла (род. 28.06.1881, Херсон).

Вместе с тем удалось впервые определить продолжительность перекопского (сентябрь 1868 – первая половина 1875 гг.) и керченского периодов (вторая половина 1875-1880 гг.) в жизни семьи Ясенецких-Войно, а также установить имена близких родственников святителя по материнской линии, в т.ч.: дедушка – Дмитрий Кундин, бабушка – Феодосия Антоновна, жена провизора.

В перекопский период Ф. Ясенецкий-Войно был управляющим



вольной аптекой в 1868-1871 гг., а затем её владельцем в 1872-1875 гг. в связи с переездом семьи Д. Кундина в Темрюк Кубанской области. Там его тесть открыл новую вольную аптеку, став её владельцем и управляющим.

В керченский период отец святителя являлся арендатором-управляющим одной из городских вольных аптек в 1875-1880 гг., владельцем которой оставался провизор Соколовский, а также исполнял одновременно обязанности сотрудника керченского агентства Санкт-Петербургской страховой компании «Надежда» в 1876-1880 гг.

Между тем остаётся неизвестным род его профессиональной деятельности в 1881-1889 гг., за исключением болгарского периода (1886-1887), когда он был владельцем вольной аптеки, находившейся в городе Болград Измаильского уезда Бессарабской губернии.

Эти результаты опубликованы в журнале «Православие и медицина» в статье М. Козовенко и Л. Кравцовой «По следам открытий и находок. Новые архивные данные о семье святителя Луки», а также в сборнике материалов IV международной научно-практической конференции (2012 г.), посвящённой духовному и врачебному наследию святителя Луки (Войно-Ясенецкого), где был представлен научный доклад «Семья Ясенецких-Войно».

Кроме того, в 2015 г. сведения из архивных источников приведены в издании Симферопольской и Крымской епархии «ДА СВЯТИТ ВСЕМ! Альбом о земной жизни и небесной славе Святителя Луки Крымского», автором проекта и составителем которого являлся митрополит Симферопольский и Крымский Лазарь (Швец).

Примечательно, что в 2022 г. автор этих строк лично передал В. Лисичкину первый том этого издания, чтобы он ознакомился с результатами исследований.

В 2017 г. в «Вестнике Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова» (2017) увидела свет статья «Крымский период семьи Ясенецких-Войно, в которой родился хирург и епископ Лука (Войно-Ясенецкий)», где сохранились некоторые уточнения и дополнения.

В 2021 г. совместно с Р. Коротенко, краеведом из Республики Крым, установлено, что в 1871-1880 гг. в Перекопе жил и работал Михаил Ясенецкий-Войно (род. в 1848 г.), младший брат провизора Ф. Ясенецкого-Войно. Интересно, что он, как и отец святителя, также являлся провизором, получив это звание, по примеру старшего брата, на медицинском факультете Харьковского университета в

1870 г., то есть спустя 4 года после его окончания отцом.

К тому времени и Перекоп, и перекопский уезд уже лишились значительной части прежнего населения, искавшего лучшей доли вместо занятий земледелием в этом маловодном крае. Последствия перемон привели к убыткам и в аптечной деятельности, в связи с чем Михаил Станиславович не нашёл работы по специальности провизора. В результате он стал сверхштатным чиновником уездного акцизного управления, основным занятием которого являлись учёт и сбор налогов среди арендаторов солевых промыслов.

Оба примера о том, что и отцу, и дяде святителя удалось «вырваться», по определению Лисичкина, из пут якобы вековой нищеты трёх поколений дворян Ясенецких-Войно, приводят к выводу об очевидной материальной поддержке их учебных усилий.

М. Поповский (1979), к примеру, связывал её с помощью неизвестного «мецената», тогда как В. Лисичкин не привёл никакой своей гипотезы несмотря на то, что в радиусе 80 км от деревни Петраши, где они родились, не было даже гимназии, без аттестата которых дальнейшая учёба в университете исключена.

В частности, в его монографии «Жизнь за Христа», вновь указывалось, что предки святителя настолько обнищали, что «в XIX веке являли собой обезземеленных дворян, т.е. фактически крестьян, занимавшихся сельским хозяйством...». Известный тезис подтверждала ссылка на показания святителя, изложенные «после третьего ареста в 1923 г. в протоколе допроса», где епископ-хирург якобы сообщал: «Мой дед родился в белорусской деревне и всю жизнь прожил в курной избе и ходил в лаптях. Ни он, ни его дети не имели никакой собственности».

Однако же и показная нищета, и ссылка автора на выписку якобы из протокола 1923 г. не соответствуют сведениям из других литературных источников.

Во-первых, по гипотезе М. Поповского, дед святителя Станислав был «мельником», вернее, владельцем водяной мельницы, построенной на ручье близ деревни Петраши, который сохранился до наших дней. Впрочем, вполне вероятно, что в жизни Станислава был эпизод, запомнившийся его сыну Феликсу ввиду необычности, когда семье мельника пришлось какое-то время ютиться в крестьянской «курной избе». Этот эпизод был и оставался эпизодом, а не отражением всей жизни дворянина Ясенецкого-Войно.

Во-вторых, эта неточная выписка первоначально относилась к про-

токолу допроса епископа-хирурга от 29 марта 1939 г., где приводились его показания не о своём деде, а об отце – Феликсе Станиславовиче, которые оказались искажёнными автором в 2025 г.

Принимая во внимание существенные перемены, имевшие место в жизни отца святителя и его дяди в связи с обретением звания провизора, становится понятным, что «мельник» Станислав Юзефович обладал более значительными материальными возможностями, чем было принято считать до сих пор. Поэтому он сумел обеспечить получение сыновьями высшего образования, достойного дворянскому сословию.

Однако в монографии (2025) нас особенно поразили несколько других гипотез В. Лисичкина, привнесённых в неё вне зависимости от вновь установленных фактов.

Одна из них сводилась к тому, что после окончания университета отец святителя якобы «нашёл место провизора в г. Херсоне в частной аптеке, принадлежавшей фармацевту Дмитрию Кундину, у которого была красивая незамужняя дочь Мария». Гипотеза противоречива, подтверждая, с одной стороны, вновь установленные нами факты и отрицая их, с другой.

Вторая гипотеза являлась продолжением первой, так как здесь нонсенс автора состоял в недостоверном описании венчания Феликса Станиславовича с Марией Дмитриевной, происходившего якобы «... в храме г. Херсона» вместо Николаевской церкви Перекопа.

Третья гипотеза также отличалась противоречивым характером из-за ссылки автора на вновь установленные нами факты наряду с их очередным искажением.

По данным проф. М. Козовенко, – писал Лисичкин, имея в виду семью Ясенецких-Войно (2025), – в счастливом браке родилось 13 детей, из которых 8 умерли в младенческом возрасте». Конечно же, исследователям в нашем лице не принадлежало сообщение о столь «счастливом» браке, как его решил представить автор монографии. По нашим данным, полученным из архивного источника, в семье Ясенецких-Войно родилось не 13, а 14 детей.

Четвертая гипотеза – это повтор известного тезиса о «собственном аптечном бизнесе» (2005) отца святителя, дополненного тем, что он якобы «при поддержке тестя купил помещение в г. Керчь для организации аптеки... Так род Войно-Ясенецких пустил корни в колыбели православной Керчи – Тавриде» (2025). В результате возражения керченских краеведов (2016) по поводу этих «корней» остались без внимания.

Трудно представить, чтобы территория Тавриды, как долгое время называли крымский полуостров, действительно являлась «колыбелью» Керчи. Впрочем, академику В. Лисичкину, автору многих монографий о святителе Луке (Войно-Ясенецком), всё-таки виднее, как обстояли дела с корнями его рода.

Упорство автора в отстаивании своих гипотез в 2005-2025 гг., возможно, связано с уверенностью в том, что читатели якобы способны без колебаний принять родословную святителя Луки (Войно-Ясенецкого) в его изложении, так как эти сведения получены из первых рук то ли «внука» (2001), то ли «родственника» (2005), то ли «внучатого племянника» (2025), как называл себя автор в течение 25 лет.

Михаил КОЗОВЕНКО,
доктор медицинских наук.

Здесь в пять утра такая тишина!
 Покорен сад Божественному плану.
 Пока со мной жасмин и бузина,
 Я сдваивать слова не перестану.
 Здесь в небе кучевые облака
 Повисли над коврами плоскогорий.
 Не будет всё бессмысленно, пока
 Со мной репейник серый да цикорий.
 И можно ли твердить, что всё не так,
 Что жизнь была пуста и несчастлива,
 Покуда рядом зубчатый овраг,
 Татарником поросший и крапивой?

* * *

Как-то отрешённо и несмело
 Звякнул ржавый, старенький крючок.
 Не такой, как все, – какой-то белый
 Из подсобки выполз паучок.
 Голова мала и неказиста.
 Да и сам он тоже неказист.
 Тихие повадки пацифиста.
 ... Впрочем, он обычный эгоист.
 Посреди заброшенного хлама
 Он давно, наверное, живёт.
 Вдалеке от хакера и хама
 Ходит-бродит, песенки поёт.
 Может быть, он замыслов великих
 Был исполнен, думал и мечтал,
 Видя через щёлку краснотал,
 Заросли садовой повилики?
 Щучья пасть пилы твоей ужасной,
 Спутанная леска и дрова.
 Могут ли страдания жизни частной
 Передать убогие слова?
 Все они, как спички, отгорели.
 Их не обменяешь, не продашь.
 И на что способна, в самом деле,
 Жалкая рифмованная блажь?
 Может, он кого-то ненавидел
 И любил не только на словах?
 ... Больше никогда его не видел
 Ни в подсобке этой, ни в дровах.

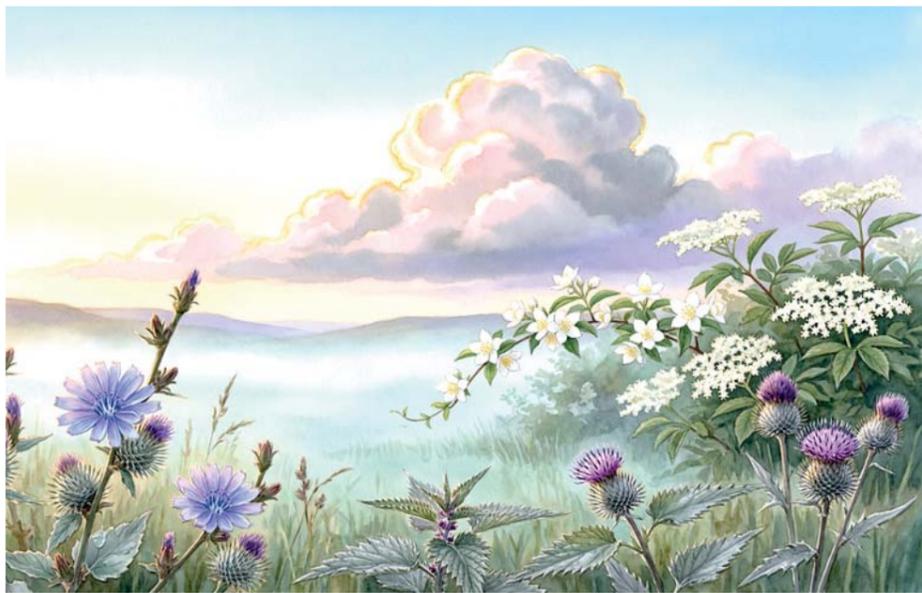
* * *

Электрический провод вьюнок
 Обмотал, и добрался до башни.
 «Как тебе там – не страшно, сынок?»
 Отвечает: «Нисколько не страшно.
 Страшен ветер и дождь проливной,
 Непогода всегдашняя наша.
 Страшен долгий мучительный зной
 Да электрик бухой, дядя Саша».
 Прав ты, милый. Но ласковых дней
 Истончается летняя нега.
 Ничего нет на свете страшней
 Равнодушного первого снега.
 В ноябре, лишь закончится срок
 Райской жизни и дачный мирок
 Городская заменит квартира,
 Станет высохший бедный вьюнок
 Воплощеньем конечности мира.
 Страх конца... Он сегодня нелеп,
 И нелепа тоска мировая,
 И гудит равнодушная ЛЭП,
 Напряжение стране подавая.

Булгаковские лауреаты

Евгений ЭРАСТОВ

Я сдваивать слова не перестану



Портреты смолянок
 Дмитрия Левицкого

Хрущёвой, Левшиной, Хованской
 Улыбки, юбочки, слова –
 Сентиментальностью германской
 Забита дура-голова.
 О, как фальшива, бестолкова
 Порою девичья слеза!
 Хованской, Левшиной, Хрущёвой
 Обворожительны глаза.
 Не все – богатые невесты,
 С того и скромно смотрят ниц.
 О, как жеманны эти жесты
 Екатерининских девиц!
 Как у пчелы, их тальи тонки.
 И так мне жалко бедолаг –
 Порою кажется, девчонки
 Боятся первый сделать шаг
 В тот мир, где страсти и объятья,
 Забыв про пальцы и альбом.
 Одна стоит в кофейном платье,
 Вторая – в нежно-голубом.
 ... Нет, им не сделает поблажки
 Скупой и жёсткий этот мир,
 Где муж – унылый старикашка,
 Одетый в чинный вицмундир,
 Где повивальная наука
 Давно нужнее всех наук.

Какая всё же это мука –
 Поместий паленькиных скука,
 Морковь, шалфей, зелёный лук.
 В сенях агашки озоруя,
 В майду резвятся караси,
 И управляющий ворует –
 Как и пристало на Руси.

* * *

И откуда такая несмелость!
 Жизнь прошла в предвкушеньи беды.
 Как мне в озере плавать хотелось!
 Но боялся холодной воды.
 Осыпалась соседская слива.
 В камышах я стоял сиротливо
 До того, как зажгут фонари.
 ... Лишь однажды в Персидском заливе
 Я проплавал до самой зари.
 Как тепло там! Арабские сказки.
 Несравненный полуденный дар.
 Не боялся печальной развязки
 Алладин ли какой, Джаудар.
 Не способно сознание подранка
 Всё предвидеть на годы вперёд.
 Где ты, скатерть моя-самобранка?
 Где советский ковёр-самолёт?
 Так смешна диссидентская фронда
 И с имперской цензурой борьба,
 С позолоченной клеткой Литфонда,

С колосками родного герба!
 Вспоминаются детские страхи,
 И тебе никому не помочь.
 Абукиры твои, Абдаллахи
 На верблюдах отправились в ночь.
 Отстучали твои электрички
 В Переделкине. Старые спички
 Обгорели. Завяла трава.
 Но осталась дурная привычка
 Подбирать по звучанью слова.
 Той привычке какой-нибудь Ленский
 В среднерусской тоске деревенской
 Изменить не сумел ни черта.
 ... Надвигаются холод вселенский
 И безглазая мать-пустота.
 Так однажды, не ведая броду,
 И уже не во сне – наяву
 Упаду я в холодную воду
 И в раздвинутый мрак уплыву.

* * *

Слог Матфея на душу ложится –
 Проступают библейские лица
 Так, как будто их видел вчера.
 Там Пилат – как сосед дядя Витя,
 Покупающий что-то в «Магните»,
 Заводящий «Тойоту» с утра.
 Драгоценной иною подарка
 Протокольная сдержанность Марка –
 Вифлеемская роза во льду.
 Чтобы строчка звучала не лживо,
 За Христом он ходил сиротливо
 В Гефсиманском притихшем саду.
 Ну а третий – художник, подвижник,
 Исцелитель, святитель и книжник,
 Божьи лики творил на века.
 И, гонимый клеветами Рима,
 Написать так подробно и зримо
 Мог по-гречески только Лука.
 Но особо мила и желанна
 Мне вселенская страсть Иоанна –
 Пламень жертвенный слов дорогих.
 Каждый день я его вспоминаю.
 Что бы мне ни твердили, я знаю –
 Был он Господу ближе других.

ОБ АВТОРЕ. Е. Эрастов – доцент кафедры нормальной анатомии Приволжского исследовательского медицинского университета, доктор медицинских наук, лауреат Литературной премии им. М.А. Булгакова 2024 г.

Иллюстрация создана при помощи ИИ.

Следующий номер «МГ» выйдет в пятницу 27.02.2026.

СКАНВОРД

Пташка-няряльщик Желчный неудачник	Путешествие молодоженов на яхте	Гусиная "эскадрилья", летящая на юг	Арбат, где стоит театр имени Вахтангова	Безграмотный олух Вспроизводящий барин	Громогласный клич "Ризотто" из казана	Пузатый медный "туляк" для чаепития	Брусочек, "пачкающий" доску в классе	Ветер-крушитель "Супермаркет" в СССР	Нумерованная пьеса в нотном сборнике	"Рольставни" частного гаража	Рентгенограмма большого зуба	Ароматное белое вино Героиня х/ф "Титаник"
			Неохватное дерево-исполиин в саванне		"Беломорин" в зубах Гриб из кучки на стволе	Мраморный колер дога "Ножницы" для кустов				Игра с мячом верхом Причал в виде косы		
"Родинка" на вуали "Жаркое" в сотейнике	Непрерывная какофония голосов на вокзале			Пестрый маленький "кузен" тетерева	Светская львица на балу	Парковый медонос Слизистая рыба рек		Рельефный стан античного атлета	"Нефть" для котельных Актер в роли Леона	Представитель будущего поколения		Плеть, на которой зреют кисти изабеллы
Производитель мерло Музыка Гершвина						"Савой" в Москве, где обедал Есенин				Толчковый транспорт для трюков и дрифта		
			Уже не тенор, но еще не бас				Созвездие рядом с Тельцом и Персеом					
"Бои без правил" на ринге		Алтайский целитель "медимум" с бубном				Голос Анны Герман и Валентины Толкуновой						
			Автор историй о Гобсеке и отце Горю				Временные рамки для сдачи курсовой					

К П А К Л Я Н Я К У Т С К
 К Р О Ш Е О С М Б Р Ю К В А Р Е О
 А Р Р У Т И Н А А Р Р Р И К О Т Л
 С Е Д Л О Е О Ф У К У М А Н У Л Т О Р О П
 Ы И В О С К А Н О Н С К Ч И П Л И Г А
 Д Ж А З Л О С К М И Р О Н И Я Б Е Л О К
 А М Т И М И Н Т О П О Р В
 С И З И Ф К О Р О Ч А И М Я
 Н Ф А З А Н Р И С У Н О К

Ответы на сканворд, опубликованный в № 4 от 04.02.2026.

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты. Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов. Редакция имеет право публиковать присланные в свой адрес материалы. Факт пересылки означает согласие автора на передачу редакции прав на публикацию и получение соответствующего гонорара. Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Главный редактор А.ПАПЫРИН.
 Редакционная коллегия: С.БУДАЧЕНКОВ (ответственный секретарь), Е.БУШ, В.ЕВЛАНОВА, Д.ГЛАЗКОВ, А.ЖУКОВА, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, А.КРУГЛЯКОВА, Б.ЛИХТЕРМАН, Ф.СМИРНОВ (редактор сайта).
 Дежурный член редколлегии – Ф.СМИРНОВ.

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

Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография».
 Адрес: 123022, Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр. 1
 Заказ № 0082
 Тираж 10 500 экз.
 Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

