



СОБЫТИЯ

Выпускник года — 2026

В 2026 году Пироговский Университет вновь собирает самых ярких, целеустремленных и неравнодушных студентов, которым предстоит получить диплом. Традиционная премия «Выпускник года» — это не просто награда, а настоящий праздник, который становится кульминацией студенческих лет. Для тех, кто завершает обучение в 2026 году, участие в премии — шанс заявить о себе, подвести итоги насыщенной университетской жизни и вписать свое имя в историю Университета.

История и миссия премии

Премия «Выпускник года» была учреждена с особой целью: выявить и поощрить лучших из лучших, кто проявил себя в учебе и внеучебной жизни, стал примером для младших курсов и будущих поколений медиков. Это событие объединяет студенческое сообщество, укрепляет традиции Пироговского Университета и формирует позитивный образ выпускника — человека с широким кругозором, активной гражданской позицией и высокими профессиональными стандартами.

Премия — это не только признание личных заслуг, но и вклад в будущее российской медицины, ведь ее лауреаты — это завтрашние лидеры отрасли.

Номинации: восемь путей к успеху

В 2026 году премия традиционно охватывает все сферы студенческой жизни, позволяя каждому выпускнику проявить свои сильные стороны, и включает такие номинации, как:

- «Наука» — для будущих исследователей, чьи работы уже сегодня меняют медицину;
- «Общественная деятельность» — для лидеров, способных сплотить коллектив и реализовать значимые проекты;
- «Творчество» — для тех, кто видит в искусстве источник вдохновения и способ самовыражения;
- «Спорт» — для чемпионов, пропагандирующих здоровый образ жизни и командный дух;
- «Медиа» — для мастеров слова и кадра, создающих современный образ Университета;
- «Выпускник года» — за личный вклад в развитие альма-матер и создание уникальных инициатив;
- «Summa cum laude» — для обладателей безупречного среднего балла (5,0);
- «Ординатор года» — специальный трек для молодых специалистов, уже заявивших о себе в профессии.

В каждой номинации будут выбраны пять сильнейших кандидатов из числа выпускников 2026 года, чьи имена станут известны всему университетскому сообществу.

Как рождаются победители: честность и прозрачность

Особенность премии 2026 года — максимальная открытость и цифровизация. Заявки принимаются онлайн через личный кабинет обучающегося.

Оценка номинантов проходит по новой системе: эксперты выставляют баллы по строгой шкале, а итоговый результат формируется по среднему арифметическому (с исключением крайних оценок). Это гарантирует объективность и исключает случайности.

Особое внимание уделяется не только формальным достижениям, но и личному вкладу в развитие студенческого сообщества, умению работать в команде и реализовывать социально значимые проекты.

Кульминация — торжественный выпускной вечер

Главное событие года состоится 25 июня. В этот день на торжественной церемонии «Выпускной вечер — 2026» назовут имена лауреатов премии. Это будет вечер гордости, слез радости и громких аплодисментов в честь тех, кто завершает студенческую главу своей жизни на высокой ноте.

Победители получают не только дипломы и памятные награды, но и уникальную возможность стать лицом Университета на всероссийских площадках.

Следите за новостями, поддерживайте своих фаворитов и готовьтесь к главному празднику студенчества!

Материал подготовлен С. Сергеевым



СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ

2
стр.**АКТОВЫЙ ДЕНЬ**

Путь к пониманию аутоиммунитета: интервью с Е.Л. Насоновым

3
стр.**ОБРАЗОВАНИЕ**

Участие Пироговского Университета в пилотном проекте совершенствования высшего образования

6
стр.**ОБРАЗОВАНИЕ**

Студенческий научный кружок как образовательная площадка: знакомство с уникальной операцией по трансплантации фрагмента кисти

8
стр.**НАУКА**

Мультиплексная нейропанель для диагностики и таргетной терапии острых нарушений мозгового кровообращения

9
стр.**НАУКА**

Когнитивно-эмоциональные факторы риска падений пожилых людей с артериальной гипертензией

10
стр.**НАУКА**

Внедрение математических моделей в судебно-медицинскую практику

11
стр.**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Уникальная операция по спасению жизни: успешное протезирование торакоабдоминальной аневризмы аорты

14
стр.**КЛУБ ВЫПУСКНИКОВ**

«Главное — быть человечным»: Наталья Валентиновна Полунина — о профессии, жизни и преемственности

АКТОВЫЙ ДЕНЬ

Путь к пониманию аутоиммунитета: интервью с Евгением Львовичем Насоновым

Евгений Львович Насонов — российский ревматолог, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, научный руководитель Научно-исследовательского института ревматологии имени В.А. Насоновой и советник ректора Пироговского Университета. Он — автор традиционной для Университета актовой речи 2026 года «Современная концепция аутоиммунитета в медицине». Евгений Львович рассказал о выборе профессии, становлении клинической иммунологии, революции в ревматологии и о том, почему молодым врачам сегодня стоит приходить в эту специальность.



Фото с сайта <https://photo.roscongress.org/ru/>

Семейные традиции и путь в профессию

Ключевым этапом моей жизни, безусловно, стал выбор профессии врача. Он произошел достаточно естественно и без серьезных внутренних конфликтов. В определенной степени на это повлияли семейные традиции: моя мама уже была известным московским врачом и занималась проблемами ревматологии. Ее профессиональный пример сыграл важную роль. Именно тогда возникло осознанное желание стать врачом, и из этого решения выросла вся моя профессиональная жизнь.

Следующим важным этапом стала работа в Национальном медицинском исследовательском центре кардиологии имени академика Е.И. Чазова, который в тот период только создавался. Евгений Иванович предложил мне возглавить лабораторию иммунологии, и так получилось, что, считая себя прежде всего врачом, я почти двадцать лет был глубоко погружен в лабораторную науку. Сегодня клиническая иммунология имеет мощные научные школы и образовательные традиции, в том числе в Пироговском Университете, а тогда она только формировалась как самостоятельное направление. Огромную роль в ее развитии и в моей судьбе сыграл Рэм Викторович Петров — выдающийся ученый, оказавший влияние на становление всей специальности.

Постепенно произошел переход к ревматологии. Несмотря на профессию моей матери, прямой преемственности не было — прежде я работал в разных терапевтических направлениях. Однако накопленный иммунологический опыт стал фундаментом для дальнейшего развития. В 2000 году, после работы заведующим кафедрой ревматологии, которую мне довелось создать, я возглавил Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой. Тогда я стал активно развивать направление клинической иммунологии — изучение роли иммунитета в заболеваниях человека. Это происходило на рубеже XX и XXI веков, и сегодня именно эта область стала одной из наиболее востребованных в современной медицине.

История специальности и ее значение

Признание специальности определяется не только современными достижениями, но и ее историей. В 1970-е годы академиком А.И. Нестерову, А.И. Струкову и Е.М. Тарееву была присуждена Ленинская премия за работы по ревматологии — событие, подтвердившее высокий научный уровень направления. Анатолий Иннокентьевич Нестеров фактически стал основоположником отечественной ревматологии: были созданы кафедры, инсти-

тут, а главное — организована ревматологическая служба, позволившая добиться серьезных успехов в профилактике ревматизма.

Когда я начинал работать врачом, значительную часть пациентов составляли больные с тяжелыми ревматическими пороками сердца. Сегодня благодаря профилактике и антибактериальной терапии заболеваемость снизилась в десятки раз. Это пример того, как системная организация медицины способна изменить структуру заболеваний целой страны.

Почему аутоиммунитет стал темой актовой речи

Выбор темы актовой речи оказался закономерным. Проблемы аутоиммунитета сопровождают практически всю мою научную деятельность. Пандемия COVID-19 показала, что тяжелые формы инфекции во многом связаны с аутоиммунными механизмами, что еще раз подчеркнуло фундаментальную роль иммунологии. Кроме того, появились современные достижения, включая создание отечественных препаратов для лечения аутоиммунных ревматических заболеваний, в частности болезни Бехтерева. Для меня приглашение выступить с актовой речью в Пироговском Университете стало большой честью и итогом многолетней работы, посвященной изучению аутоиммунных заболеваний.

Главные открытия XXI века: воспаление как универсальный механизм

Если говорить о ключевых достижениях XXI века, прежде всего это прогресс фундаментальной биологии и иммунологии. Произошло переосмысление роли воспаления в патогенезе болезней человека. Сегодня становится очевидным: гораздо труднее назвать хронические заболевания, не связанные с воспалением, чем перечислить воспалительные. Атеросклероз, сахарный диабет, нейродегенеративные и онкологические процессы — все они включают воспалительный компонент.

Ревматические заболевания стали наглядной моделью изучения воспаления. По сути, оно оказалось чрезвычайно сложным, многоплановым процессом с огромным количеством механизмов. Мы пока не можем в полной мере персонифицировать терапию — несмотря на мировые усилия, в ревматологии это пока не стало реальностью. Лечение во многом остается эмпирическим: существуют международные и национальные рекомендации, и терапия назначается исходя из нозологической формы заболевания, а не индивидуальных механизмов воспаления у конкретного пациента. Тем не менее полученные знания о механизмах воспаления сегодня экстраполируются на многие другие области медицины.

Революция в лечении и диагностике

Практически все современные противовоспалительные препараты изначально разрабатывались для ревматологии. Сегодня широко используется концепция «репозиционирования», когда препарат, созданный для одной нозологии, оказывается эффективным при других заболеваниях. Существенный прогресс произошел в диагностике: развитие биомаркеров и выявление аутоантител стало визитной карточкой аутоиммунных заболеваний. Методы визуализации, включая позитронно-эмиссионную томографию, позволяют обнаруживать воспаление на ранних стадиях.

Колоссальный прорыв связан с биотехнологиями — созданием генно-инженерных препаратов, изучением моноклональных антител и применением таргетной противовоспалительной терапии. Главный итог — возможность реально изменить течение тяжелых заболеваний и улучшить качество жизни пациентов. Адаптация достижений других областей медицины стала характерной чертой ревматологии.

Именно из онкологии пришел впечатляющий подход — CAR-T-клеточная терапия. Метод пока крайне сложный, дорогостоящий и технически трудоемкий, однако его потенциал огромен. Аутоиммунные заболевания встречаются значительно чаще, чем лимфомы, поэтому возможности применения подобных технологий колоссальны.

Ранняя диагностика и «красные флаги»

В ревматических заболеваниях чрезвычайно важна ранняя диагностика. А ревматологов во всем мире крайне мало, и огромная роль принадлежит врачу первого звена — именно он должен заподозрить заболевание. Восстановить иммунную толерантность — устойчивость к собственным антигенам — легче именно на ранних стадиях. Когда формируется хронический процесс, сделать это значительно сложнее. Отсюда возникает предположение: если поставить диагноз рано и начать лечение вовремя, можно вообще предотвратить развитие болезни. Подобные исследования сейчас активно проводятся в ревматологии. В связи со сказанным обучение и повышение квалификации врачей — задача архиважная, и этим тоже занимаются ревматологи.

К основным симптомам ревматической патологии — «красным флагам» — относятся: артрит и утренняя скованность, воспалительные боли в спине у молодых людей, кожные изменения, феномен Рейно, сухость глаз и рта, необъяснимая слабость, депрессивные симптомы и лабораторные признаки воспаления, такие как С-реактивный белок. В ревматологии не существует стопроцентных диагностических тестов: анализы имеют значение только в контексте клинической картины. При этом необходимо соблюдать баланс: опасна не только недостаточная диагностика, но и гипердиагностика. Именно поэтому необходим комплексный подход — клинический, лабораторный и инструментальный.

Почему молодым врачам стоит идти в ревматологию

Мне кажется, для молодых врачей сегодня самое важное — это появление огромного количества эффективных лекарств и возможность реально помогать пациенту. Это во многом делает ревматологию сейчас особенно привлекательной специальностью. Сегодня можно уверенно сказать: ревматология стала одной из самых динамично развивающихся областей медицины. Здесь огромное количество сложных пациентов, интеллектуальный вызов для врача — поставить правильный диагноз, и при этом есть возможность лечить с помощью инновационных препаратов.

Когда я даю напутствие молодым врачам, я делаю это с большим удовольствием, потому что хочу объяснить главное: ревматология — это не только болезни суставов или отдельных органов. За всем этим стоит воспаление как фундаментальный биологический процесс. Это одно из самых интересных направлений современной медицины и огромная область для будущих исследований.

Вместо послесловия: вера в чудеса и закономерности

Моя профессиональная биография во многом складывалась из совпадений, которые со временем оказались закономерными. Мне близка мысль Альберта Эйнштейна о том, что есть два способа прожить жизнь: первый — будто чудес не существует, второй — будто всё вокруг является чудом. Я выбрал второй. То, что я стал ревматологом и имею возможность говорить о значении аутоиммунитета для современной медицины, я воспринимаю именно как результат такого удивительного совпадения событий — и как продолжающуюся работу, смысл которой заключается в помощи пациентам и развитии науки.

Материал подготовлен М. Зайцевой

ОБРАЗОВАНИЕ

Новости образовательной политики

В прошлом году началась реализация пилотного проекта по совершенствованию системы высшего образования Министерства науки и высшего образования Российской Федерации. Осенью 2025 года, в ходе второй волны отбора вузов-участников, Пироговский Университет — единственный из медицинских образовательных организаций России — вошел в число участников пилотной программы. На Координационном совете по образовательной политике Пироговского Университета состоялось обсуждение изменений в образовательных программах, которые должны быть реализованы в ближайшей перспективе.



Проректор по послевузовскому и дополнительному образованию к.м.н. Ольга Фёдоровна Природова



Проректор по учебной работе д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН Ольга Юрьевна Милушкина



Первый проректор Георгий Гивиевич Надарейшвили

Указ о продлении программы пилотного проекта по совершенствованию системы высшего образования и расширению списка участников подписал Президент России Владимир Владимирович Путин. Документ предусматривает продолжение пилотного проекта до 2030 года и постепенный переход российских университетов на новую модель подготовки специалистов.

В прошлом году в проекте участвовало лишь шесть университетов, которые начали реализовывать новую модель высшего образования с отказом от Болонской системы и переходом на уровни базового высшего образования и специализированного высшего образования. Осенью 2025 года состоялась вторая волна отбора: 38 университетов, в том числе три медицинских, представили свои программы. В итоге Пироговский Университет — единственный из медицинских вузов РФ, который вошел в число участников пилотной программы.

Присоединение Пироговского Университета к проекту — важный шаг для развития медицинского образования. Университету предстоит разработать и утвердить новые образовательные стандарты и требования к уровням подготовки.

«Участие нашего Университета в пилотном проекте — это закономерный шаг. Он полностью соответствует нашей миссии: создавать принципиально новые знания и готовить тех, кто будет менять мир завтра. Разработка таких программ, как «Фундаментальная педиатрия», — это не просто обновление учебных планов. Это создание образовательной матрицы будущего, где глубина научного поиска встречается с высочайшим клиническим мастерством. Мы формируем новую генерацию врачей, способных совершать прорывы в медицине», — отметил ректор Пироговского Университета Сергей Анатольевич Лукьянов.

Ключевые изменения образовательной модели

В ходе заседания проректор по учебной работе Пироговского Университета Ольга Юрьевна Милушкина рассказала о ключевых изменениях, связанных с участием Университета в пилотном проекте, а также о трансформации системы подготовки медицинских кадров и пересмотре образовательных программ.

Университет одновременно перестраивает обе части образовательной модели: специалитет остается в части высшего образования, а программы магистратуры переходят в разряд специализированного высшего образования наряду с ординатурой.



Проректор по молодежной политике Владислава Сергеевна Белякова

Ольга Юрьевна отметила, что участие в пилотном проекте означает постоянное взаимодействие с Министерством науки и высшего образования РФ. Представители Пироговского Университета принимают участие во всех ключевых совещаниях. Одно из заседаний под руководством министра науки и высшего образования РФ Валерия Николаевича Фалькова было посвящено пересмотру перечня специальностей в укрупненной группе «Здравоохранение и медицинские науки».

По словам министра науки и высшего образования РФ, ключевая проблема — наличие разных образовательных программ для одних и тех же профессий при едином федеральном стандарте.

Для обсуждения перечня специальностей в области образования «Здравоохранение и медицинские науки» была создана рабочая группа. В ее состав вошли федеральные учебно-методические объединения, ведущие университеты, представители Министерства здравоохранения РФ, Министерства науки и высшего образования РФ, а также Союз медицинского сообщества «Национальная медицинская палата».

Ранее Пироговский Университет курировал Федеральное учебно-методическое объединение по фундаментальной медицине, однако теперь Университет назначен ответственным за направление «Здравоохранение и медицинские науки».

В задачи рабочей группы входят: анализ действующих специальностей, определение направлений, от

которых можно отказаться, формирование перечня новых специальностей и разработка структуры фундаментального образовательного ядра. При этом рабочая группа ориентируется прежде всего на номенклатуру медицинских, фармацевтических и смежных специальностей.

«Ведущие университеты смогут создавать образовательные программы под конкретные рабочие места, и это открывает для Пироговского Университета довольно широкие перспективы», — отметила Ольга Юрьевна.

Фундаментальное образовательное ядро

Второй важный аспект касался изменений фундаментального образовательного ядра. Ольга Юрьевна подчеркнула его ключевую функцию — обеспечение академической мобильности внутри одной укрупненной группы. Именно единая фундаментальная база позволит студентам переходить между образовательными программами без потери подготовки. Социогуманитарная часть будет сформирована на уровне Министерства науки и высшего образования РФ и единая для всех университетов страны, а фундаментальная и профессиональная части формируются с участием самих университетов.

«Пилотный проект по изменению фундаментальных дисциплин уже идет, и Пироговский Университет в нем участвует. Кафедры Университета пересмотрели содержание дисциплин, пересобрали фонды оценочных средств и даже проходили специальное тестирование на готовность к этим изменениям», — рассказала Ольга Юрьевна.

Центр новой модели высшего образования планирует завершить разработку всех изменений к августу 2026 года. Рабочие группы уже обсуждают требования к преподавательскому составу, материально-технической базе и практической подготовке. Сейчас рабочие группы собираются еженедельно, а окончательные изменения образовательных программ будут определены после выхода соответствующих правительственных документов, закрепляющих перечень дисциплин и новую структуру подготовки.

Продолжение на стр. 4.



Подробнее об участии Пироговского Университета в пилотном проекте совершенствования высшего образования

ОБРАЗОВАНИЕ

Продолжение. Начало на стр. 3.

Концепции изменений программ ординатуры

Отдельный блок заседания был посвящен изменениям в системе ординатуры. Проректор по послевузовскому и дополнительному образованию Пироговского Университета Ольга Фёдоровна Природова представила концепцию этапной, или модульной, ординатуры, которая разрабатывается Университетом в рамках пилотного проекта. При этом внедрение пилотной модели не означает полного перехода всех обучающихся на новую систему. Проект предполагает работу лишь с небольшой группой участников, остальные ординаторы продолжат подготовку по действующим программам.

По результатам внутренних обсуждений и консультаций с профессиональным сообществом в Пироговском Университете было сформировано несколько возможных траекторий внедрения модульной ординатуры — две основные модели и одна полусмежная. При этом предлагаемая модель опирается не только на инициативы Университета, но и на уже существующие законодательные нормы.

Первая модель предполагает построение этапной ординатуры на основе базовых специальностей специалитета — это «Лечебное дело» и «Педиатрия». Их выпускники имеют право работать участковыми терапевтами и участковыми педиатрами. На этой базе предлагается создать профильные ординатуры терапевтического и педиатрического направлений.

Согласно данной модели, первый этап ординатуры фактически продолжает базовую специальность. Например, первый год профильной терапевтической ординатуры соответствует терапии, и после его завершения специалист получает возможность работать врачом-терапевтом. Аналогичная логика применяется и к педиатрии. Второй этап представляет собой «надстройку» — освоение узкой специальности, такой как пульмонология, гастроэнтерология или ревматология.

«Эта модель имеет минимальные риски, потому что после каждого этапа выпускник получает определенную специальность и может идти работать



в соответствии с аккредитацией», — отметила Ольга Фёдоровна.

Вторая модель основана на структуре профессиональных стандартов. Ольга Фёдоровна пояснила, что многие профстандарты включают две обобщенные трудовые функции: одна связана с работой в амбулаторном звене, другая — со стационарной медицинской помощью. В действующей системе подготовки часть компетенций оказывается невостребованной: обучающиеся получают широкий набор навыков, но используют лишь часть из них, если идут работать только в первичное звено. Поэтому предлагается траектория, при которой первый этап обучения готовит специалиста к работе в амбулаторном звене, а второй — к деятельности в стационаре.

«Можно остаться всю жизнь работать в амбулаторном звене, а можно в какой-то момент вернуться и пойти на второй этап ординатуры», — добавила Ольга Фёдоровна.

Третья модель была рассмотрена на примере хирургии как базовой специальности, не относящейся к программам специалитета. Предлагается этапное обучение, где первый уровень дает возможность работать амбулаторным хирургом без выполнения высокотехнологичных вмешательств. Специа-

лист может всю карьеру оставаться в амбулаторной практике, выполняя соответствующие процедуры. Второй этап открывает путь либо к стационарной хирургии, либо к более узким хирургическим направлениям — например, к сердечно-сосудистой хирургии или колопроктологии.

Ольга Фёдоровна подчеркнула, что перечень специальностей для пилотирования формировался исключительно после обсуждений с заведующими кафедрами Пироговского Университета. Реализация проекта станет возможной только после официального выхода соответствующего постановления. Лишь в этом случае Университет получит право апробировать новую модель ординатуры на отдельных образовательных программах.

Участники Координационного совета в ходе обсуждения сошлись во мнении, что включение Пироговского Университета в пилотный проект открывает широкие перспективы для совершенствования системы здравоохранения и позволяет сформировать принципиально новую, адаптивную модель медицинского образования, отвечающую современным вызовам и требованиям практического здравоохранения.

Материал подготовлен пресс-службой Пироговского Университета

УНИВЕРСИТЕТ



Пилотный проект: новые модели образовательных программ ординатуры

Пироговский Университет вошел в число участников пилотного проекта по совершенствованию системы высшего образования. Это решение закреплено Указом Президента Российской Федерации от 22 января 2026 года № 27. В рамках проекта в Университете разрабатываются новые модели образовательных программ ординатуры и собственные образовательные стандарты для этого уровня образования.

В рамках «Методических четвергов» состоялся семинар, посвященный организационно-методическим вопросам реализации пилотного проекта. В нем приняли участие члены рабочих групп, ответственные за разработку новых образовательных программ.

В ходе встречи были рассмотрены следующие вопросы:

- стратегические задачи пилотного проекта и модели дискретной ординатуры;
- этапы работы и направления деятельности рабочих групп;
- разработка собственных образовательных стандартов Пироговского Университета в соответствии с новыми требованиями.

Ольга Фёдоровна Природова, проректор по послевузовскому и дополнительному образованию, рассказала о том, что участие в пилотном проекте — это возможность стать частью масштабной реформы медицинского образования, внедрить современные подходы к подготовке специалистов и повысить качество подготовки ординаторов для работы в практическом здравоохранении.

Марина Викторовна Хорева, директор Департамента подготовки кадров высшей квалификации, подчеркнула, что разработка собственных стандартов позволит гибко реагировать на вызовы времени и готовить врачей, востребованных в системе здравоохранения.

Людмила Павловна Примачик, заместитель директора Департамента подготовки кадров высшей квалификации, особое внимание уделила практическим вопросам проектирования собственных образовательных стандартов Пироговского Университета, в соответствии с которыми в рамках пилотного проекта уже в 2026 году состоится первый набор обучающихся.

Формат очного присутствия на мероприятии позволил участникам рабочих групп задать интересующие вопросы и обменяться мнениями по организации дальнейшей деятельности, направленной на обеспечение плавного перехода на новые модели образования и создание оптимальных условий для профессионального роста будущих врачей.

Материал подготовлен пресс-службой Пироговского Университета

УНИВЕРСИТЕТ

Партнерство как основа научного развития

В Пироговском Университете прошла IV Всероссийская стратегическая сессия Совета молодых ученых (СМУ) Минздрава России — значимое мероприятие для молодых исследователей, врачей и организаторов науки со всей страны. В течение трех дней председатели молодежных научных обществ медицинских и фармацевтических организаций высшего образования и науки принимали участие в образовательной и проектной программе, посвященной организации кооперации в медицинской науке.



Елена Валерьевна Маслénкова

Совет молодых ученых Минздрава России был создан в стенах Пироговского Университета в марте 2019 года как коллегиальный орган, объединяющий председателей молодежных научных обществ медицинских и фармацевтических организаций высшего образования и науки. Сегодня Совет насчитывает 116 членов из 87 образовательных организаций и научных центров страны.

Ежегодно члены Совета молодых ученых Минздрава России собираются на Всероссийской стратегической сессии для обсуждения актуальной повестки в сфере организации медицинской науки. Сессия — это уникальная площадка для дискуссий, групповой работы и экспертного взаимодействия.

Открытие сессии и задачи Совета молодых ученых

Мероприятие открыла Елена Валерьевна Маслénкова, председатель СМУ Минздрава России. В своем вступительном слове она подчеркнула, что современная медицинская наука требует междисциплинарного взаимодействия и выстраивания прочных связей между клинической практикой, научной средой и технологическими командами. «Совет молодых ученых — это инструмент устойчивого развития, который помогает организовать эффективное взаимодействие между всеми участниками внутри проектов», — отметила Елена Валерьевна.

После приветственного слова представители СМУ Минздрава России поделились успешными практиками организации работы молодежных научных обществ, обсудив, как объединять команды, идеи и инициативы в единую систему развития в рамках всероссийского круглого стола.

Роль партнерства в создании технологий будущего

В рамках сессии состоялась панельная дискуссия о партнерстве науки и индустрии — необходимом условии технологического прогресса.

Модератором дискуссии выступила Юлия Геннадьевна Ильинова, проректор по стратегическому развитию Пироговского Университета, а ключевой темой стала трансформация научной идеи в практический продукт. Валентин Додонов, директор по взаимодействию с органами государственной власти и доступу на рынок компании «Нанолек», подчеркнул, что недостаточно останавливаться на публикации статьи: научная идея должна доходить до пациента через реальные разработки и внедрение.

Эксперты отметили, что главный барьер для прогресса — это не отсутствие идей, а сложность коммуникации между разными профессиональными мирами.

Юлия Крылова, руководитель разработки медицинских устройств компании «Рапид Био», рас-



Участники Всероссийской стратегической сессии

сказала, что работающие модели взаимодействия приходится выстраивать индивидуально для каждого проекта, а врач лучше всех понимает реальные запросы рынка.

Согласно мнению Сергея Касьянова, заместителя генерального директора компании «Р-Ген Производство», успех будущих медицинских разработок будут определять гибкие кросс-функциональные команды, включающие врача, инженера, разработчика и специалиста по внедрению.

Иван Звягин, исполняющий обязанности заведующего лабораторией механизмов иммунотолерантности Пироговского Университета, добавил, что научным командам крайне важна среда, которая помогает найти индустриального партнера и преодолеть начальные трудности коммуникации.

Дискуссия показала: будущее медицинских разработок — за кооперацией, междисциплинарными командами и тесным взаимодействием между университетами, исследователями, индустрией и врачами.

Медицинская наука будущего: проектная работа молодых ученых

На второй день сессии в центре внимания были функционирование и регуляторика научной деятельности в образовательных, научных и клинических организациях, развитие партнерства в медицинской науке. Особое внимание уделялось актуальности перехода от линейной модели научной работы к сложной, многослойной системе, где клиника, исследование и образование интегрированы. После обсуждений команды продолжили групповую работу, чтобы сформулировать образ будущего и представить его на общем обсуждении.

Итоги сессии и значение междисциплинарного подхода

Сессия стала важным этапом в формировании образа будущего медицинской науки. Ключевые дни сессии были посвящены проектной работе, где участники создавали модели партнерства между наукой, клиникой и индустрией. В финале мероприятия команды представили свои наработки экспертам и получили детальную обратную связь. Елена Валерьевна Маслénкова обратилась к участникам: «Стратегическая сессия — это пространство, где вы выходите из зоны комфорта и начинаете мыс-



Валерия Владимировна Лосева

лить иначе. Менять точку зрения всегда сложно, но именно в этом ценность: не так важно, какое проектное решение вы зафиксировали, а какие изменения произошли внутри вас и вашей команды за время трехдневного размышления над медицинской наукой».

Ярким событием в рамках Всероссийской стратегической сессии стало подписание трехстороннего соглашения о партнерстве Совета молодых ученых Минздрава России, Союза «ПРЕВЕНТМЕД» и Благотворительного фонда поддержки молодых ученых имени В.П. Чичканова «Высота». Один из предметов соглашения — премия для молодых ученых по превентивной медицине, созданная с целью поддержки и поощрения научных исследований.

Подписанное соглашение заложило основу для масштабного партнерства в области превентивной медицины и предоставления новых возможностей для молодых ученых и инноваторов в сфере здравоохранения.

Это еще раз подчеркнуло, что кооперация является неотъемлемой частью технологического развития здравоохранения, где гибкие междисциплинарные команды будут способны быстро реагировать на потребности клиники и внедрять новые разработки, формируя устойчивую систему научного прогресса.

Материал подготовлен Марией Зайцевой

ОБРАЗОВАНИЕ

Студенческий научный кружок как образовательная площадка: знакомство с уникальной операцией по трансплантации фрагмента кисти

Студенческий научный кружок кафедры трансплантологии и искусственных органов имени В.П. Демихова Института биомедицины (МБФ) Пироговского Университета провел специальное заседание, посвященное первой в отечественной практике операции по трансплантации фрагмента кисти. О научно-образовательной деятельности кружка и прошедшем заседании рассказал заведующий учебной частью кафедры Борис Иванович Яремин.

Кружок как образовательная платформа нового поколения

Студенческий научный кружок занимает важное место в структуре кафедры, относительно недавно интегрированной в состав Института биомедицины (МБФ). Руководство кружком осуществляет исполняющий обязанности заведующего кафедрой трансплантологии и искусственных органов имени В.П. Демихова Мурад Сафтарович Новрузбеков. В настоящее время образовательная деятельность реализуется на клинической базе НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского — ведущего научно-практического центра в области трансплантологии. Фундаментальная цель кружка состоит в формировании у студентов целостного представления о современной трансплантологии — от классических хирургических методик до новейших достижений мировой науки.

От теоретических основ к практическим навыкам

Прошедшее заседание отличалось исключительной актуальностью представленного материала. Операция по трансплантации фрагмента кисти была выполнена в НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского в прошлом году, однако ее результаты длительное время оставались конфиденциальными. Как только это стало возможным, сотрудники кафедры организовали презентацию прорывной технологии для участников научного кружка. Мероприятие собрало около 50 слушателей, среди которых присутствовали как студенты различных медицинских вузов, так и практикующие специалисты.

«Это буквально последнее слово науки. Данная тема никогда прежде не освещалась в образовательном

формате, а мы представили видеоматериалы с участием пациента и детальную визуализацию этапов операции. Эти материалы до настоящего момента нигде не опубликованы», — подчеркнул Борис Иванович.

Заседание открылось теоретическим блоком, в рамках которого были рассмотрены проблематика, технические сложности и нерешенные вопросы новой методики. Затем участники перешли к практической сессии на анатомическом материале, где были наглядно продемонстрированы ключевые этапы хирургического вмешательства.

Непосредственным исполнителем первой в стране трансплантации фрагмента кисти и одним из ведущих заседания выступил доцент кафедры трансплантологии и искусственных органов имени В.П. Демихова Института биомедицины (МБФ) Пироговского Университета, заведующий научным отделением трансплантации почки и поджелудочной железы НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского Аслан Галиевич Балкаров. При выполнении данного сложнейшего хирургического вмешательства был использован международный опыт, включая консультативную поддержку китайских специалистов.

Технологии завтрашнего дня и образовательная миссия кружка

Помимо уникальных клинических случаев, участники кружка изучают и другие направления трансплантологии, в которых НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского занимает лидирующие позиции: трансплантацию печени от посмертных доноров, уникальную для российской практики пересадку тонкой кишки и операции по трансплантации легких.

«Студенты — это наше будущее, им предстоит определять развитие отечественной медицины. Для них подобный опыт представляет то направление, к которому необходимо стремиться, чтобы осознавать перспективы развития специальности. Важно, чтобы они с самого начала понимали: медицина — это не совокупность рутинных манипуляций, а постоянный поиск, внедрение инновационных решений», — отметил Борис Иванович.

В планах кафедры — продолжать знакомить слушателей кружка с передовыми достижениями мировой трансплантологии.

«В НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского теперь функционирует единственная в стране полноценная современная система машинной перфузии донорских органов. Ее приобретение стало возможным благодаря гранту Правительства Москвы. В мировой практике это представляет новейшее достижение трансплантологии. Ранее в России специализированные аппараты подобного класса отсутствовали. Мы непременно продемонстрируем студентам эту систему в действии, чтобы они видели технологии, существующие сегодня и определяющие их профессиональную деятельность завтра. Они должны уже сейчас знать, какие инструменты окажутся в их распоряжении», — поделился Борис Иванович.

Студенческий научный кружок кафедры трансплантологии и искусственных органов имени В.П. Демихова остается открытой образовательной площадкой, где студенты медицинских вузов получают уникальные знания непосредственно от ведущих практиков и ученых, определяющих будущее российской трансплантологии.

Материал подготовлен М. Зайцевой



ОБРАЗОВАНИЕ

Фемтолазерная рефракционная экстракция лентиккулы — курсы повышения квалификации от профессионалов

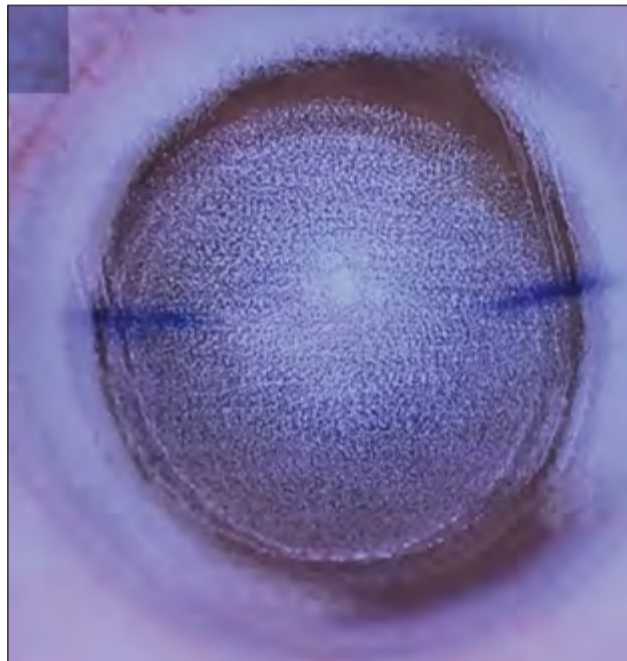
Одна из проблем современного мира — падение качества зрения из-за оптических аномалий рефракции (близорукость, дальнозоркость, астигматизм). Это снижает качество жизни человека и мешает профессиональной активности миллионов людей. Современная рефракционная глазная хирургия с успехом справляется с этими патологиями. Об опыте использования фемтолазерной рефракционной экстракции лентиккулы на кафедре офтальмологии Института непрерывного образования и профессионального развития (ИНОПР) рассказала доцент кафедры к.м.н. Лариса Владимировна Баталина.

Эффективность и безопасность современных методов лазерной коррекции зрения в наши дни уже не вызывает сомнений. Почти 30-летний опыт проведения таких операций показал, что использование высокотехнологичного лазерного оборудования в сочетании с искусственным интеллектом диагностических приборов, таких как топографы роговицы и анализаторы оптических aberrаций глаза, дает практически безграничные возможности офтальмологам — рефракционным хирургам.

Основные давно известные методы лазерной коррекции зрения — фоторефракционная кератэктомия (ФРК) и лазерный кератомилез (ЛАСИК). Эти операции выполняются на абляционных эксимерных ультрафиолетовых лазерах. В последнее десятилетие новые перспективы в рефракционной хирургии открылись с появлением фемтосекундных твердотельных лазеров, которые бесконтактно выполняют тончайшие срезы тканей на заданной глубине с заданными параметрами. Они используются для лечения различной патологии роговицы, в хирургии катаракты, при пересадке роговицы. С рефракционной целью эти лазеры выполняют фемтолазерную рефракционную экстракцию лентиккулы.

Фемтосекундный лазер по предварительно рассчитанным параметрам на определенной глубине роговицы выкраивает тончайший слой стромы в виде линзы, толщина которой пропорциональна степени корректируемой близорукости. На периферии фемтосекундный лазер формирует разрез (два-три миллиметра), через который хирург с помощью специальной микрохирургической техники извлекает сформированную лентиккулу. Основным преимуществом этой технологии по сравнению с предшествующими является сохранение целостности роговой оболочки. Вмешательство не нарушает ее упругие свойства, способствует максимально быстрой реабилитации глаза после операции, и пациент возвращается к обычной жизни после операции со следующего дня без каких-либо ограничений.

На базе кафедры офтальмологии ИНОПР (заведующий кафедрой — профессор И.Б. Медведев) активно развиваются все направления лазерной рефракционной хирургии. Для проведения рефракционной экстракции лентиккулы используется современный



Рефракционная экстракция лентиккулы с использованием лазера «Да Винчи» в модификации «КЛИР»

лазер «Да Винчи» (производство компании Zimmer, Швейцария) в модификации «КЛИР».

На базе кафедры в течение нескольких лет с большим успехом проводятся курсы по рефракционной лазерной хирургии. Один из самых популярных циклов кафедры — это стажировка «Лазерная рефракционная хирургия — теория и практика». Хирурги со всех концов России, а также из-за рубежа приезжают на эту стажировку для повышения своей квалификации в данной области. Одним из преимуществ наших курсов является практическая часть подготовки — WetLab на свиных глазах. Это дает уникальную возможность начинающим рефракционным хирургам отработать навыки и манипуляции рефракционной хирургии, в том числе и фемтолазерной рефракционной экстракции лентиккулы. Такие курсы проводятся несколько раз в год и пользуются большой популярностью среди начинающих и опытных рефракционных хирургов, так как, помимо серьезной теоретической подготовки, отрабатываются реальные практические навыки.



Слушатели курсов отрабатывают практические навыки на WetLab

Кафедра офтальмологии ИНОПР располагает на базе открывшейся одной из первых в России клиники лазерной коррекции зрения «Международный центр охраны зрения» под руководством профессора И.Б. Медведева. Это позволяет использовать весь накопленный десятилетиями опыт лазерной рефракционной хирургии в разработке и совершенствовании современных методов лазерной коррекции зрения, таких как микроинвазивная фемтолазерная рефракционная экстракция лентиккулы.

Л.В. Баталина, к.м.н., врач высшей категории, доцент кафедры офтальмологии ИНОПР Пироговского Университета



Выполнение «КЛИР» в операционной на кафедре офтальмологии ИНОПР



Слушатели курсов на кафедре офтальмологии ИНОПР

НАУКА

Мультиплексная нейропанель для диагностики и таргетной терапии острых нарушений мозгового кровообращения

Сосудистые заболевания головного мозга, в частности ишемические и геморрагические инсульты, остаются одной из глобальных проблем современного здравоохранения, занимая лидирующие позиции по показателям смертности и инвалидизации населения. На кафедре неврологии Института непрерывного образования и профессионального развития (ИНОПР) совместно с НИЛ биомедицинских исследований в неврологии Института нейронаук и нейротехнологий (ИНН) Пироговского Университета специалисты работают над созданием нейропанели биомаркеров инсульта, которая должна стать новым шагом в диагностике различных его форм, выявлении причин и подборе персонализированной таргетной терапии.

Несмотря на прогресс в методах нейровизуализации (КТ, МРТ), сохраняется острая потребность в доступных, быстрых и высокочувствительных инструментах для оценки состояния вещества мозга на молекулярном уровне. Проведение подобных исследований представляет собой классический пример реализации принципов трансляционной медицины (from bedside to bench and back). Основной концепцией является создание комплексной нейропанели — диагностической системы, основанной на биохимических маркерах, отражающих ключевые этапы каскада событий при гипоксически-ишемических и геморрагических повреждениях. Данный подход знаменует переход от эмпирического назначения препаратов к эре точной (прецизионной) неврологии.

Методология исследования: замкнутый цикл трансляции

Методологический фундамент данной работы базируется на принципе «от постели больного к лабораторному столу (и обратно)» и включает в себя:

- 1) клинико-патофизиологический анализ. На первом этапе мы детально изучаем механизмы развития острой церебральной ишемии и геморрагии, деконструируя патологический процесс на молекулярные звенья. Это позволяет выявить «мишени» — критические точки биохимического каскада (эксайтотоксичность, оксидативный стресс, воспаление, апоптоз);
- 2) идентификацию биомаркеров. При этом каждая мишень сопоставляется со специфическим биохимическим маркером, появление или изменение концентрации которого в периферической крови коррелирует с масштабом повреждения нейроваскулярной единицы;
- 3) разработку терапии. После определения уязвимых звеньев происходит разработка или подбор таргетных лекарственных соединений (нейропротекторы, антиоксиданты, репаратанты) для блокирования конкретных патологических путей;
- 4) создание нейропанели. В дальнейшем происходит интеграция отобранных маркеров в единую диагностическую платформу.

Разработка концепции «молекулярного портрета» инсульта

Создание нейропанели биомаркеров представляет собой инновационный переход от изолированных лабораторных тестов (например, только S100B или только глюкоза) к интегрированному диагностическому инструменту. Анализируя образцы крови пациентов, мы формируем «молекулярный портрет» (molecular fingerprint) инсульта.

Это позволяет решать три клинические задачи:

- раннюю диагностику — выявление повреждения вещества мозга в первые часы («терапевтическое окно»), когда методы нейровизуализации могут быть недоступны или малоинформативны (например, при транзиторных ишемических атаках);
- дифференциацию — попытку биохимического разграничения ишемического и геморрагического типов повреждения до проведения КТ;
- мониторинг эффективности (тераностика) — оценку ответа организма на терапию в режиме реального времени. Снижение уровня маркеров некроза на фоне лечения свидетельствует об эффективности нейропротекции.

Состав нейропанели: обоснование выбора биомаркеров

Для создания полноценной картины патологического процесса нейропанель должна включать маркеры, отражающие различные стадии ишеми-



Коллектив кафедры с ординаторами и аспирантами

ческого каскада и повреждения различных клеточных пулов (нейроны, глия, сосуды). Для примера можно предложить определенный кластерный подход к формированию панели.

- Кластер 1. Маркеры повреждения глии и гематоэнцефалического барьера (ГЭБ).
 - Белок S100B (кальцийсвязывающий белок, специфичный для астроцитов) — повышение его концентрации коррелирует с объемом инфаркта мозга и проницаемостью ГЭБ. Является «золотым стандартом» оценки глиального повреждения.
 - GFAP (глиальный фибриллярный кислый белок) — маркер повреждения астроцитов. Исследования показывают, что при геморрагическом инсульте уровень GFAP повышается значительно быстрее и выше, чем при ишемическом, что делает его перспективным маркером для дифференциальной диагностики.
 - MMP-9 (матриксная металлопротеиназа-9) — фермент, разрушающий базальную мембрану сосудов. Высокий уровень MMP-9 ассоциирован с риском геморрагической трансформации ишемического очага.
- Кластер 2. Маркеры нейронального повреждения.
 - NSE (нейронспецифическая энолаза) — фермент гликолиза, локализованный в нейронах. Повышение NSE свидетельствует о прямой гибели нейронов (некрозе) и коррелирует с долгосрочным неврологическим дефицитом.
 - UCH-L1 (убиквитин-карбокси-концевая гидролаза L1) — фермент, специфичный для нейронов. Маркер острого повреждения, обладающий высокой чувствительностью в ранние сроки после инсульта.
 - NF-L (легкие цепи нейрофиламентов) — структурный белок аксонов. Повышение уровня говорит об аксональном повреждении и дегенерации белого вещества.
- Кластер 3. Маркеры воспаления и оксидативного стресса.
 - Hs-CRP (С-реактивный белок) и IL-6 — отражают системную воспалительную реакцию, которая усугубляет вторичное повреждение мозга.
 - Маркеры оксидативного стресса — продукты перекисного окисления липидов (МДА), активные формы кислорода и азота, окисленные липопротеины и белки. Они служат индикаторами для назначения антиоксидантной терапии.

- Кластер 4. Маркеры коагуляции и эндотелиальной дисфункции.

- D-димер — продукт деградации фибрина. Важен для исключения тромбозмболической природы инсульта и дифференциации с имитирующими состояниями.
- Фибронектин — клеточный фибронектин как маркер повреждения эндотелия.

Реализация принципов точной неврологии

Внедрение разработанной нейропанели открывает путь к персонализированной медицине. Имея на руках «биохимический отпечаток», врач может адаптировать схему лечения под конкретного пациента. Так, при высоком уровне MMP-9 следует с осторожностью относиться к тромболитической терапии из-за риска кровоизлияния и добавить препараты, укрепляющие сосудистую стенку. При доминировании маркеров оксидативного стресса требуется усиление антиоксидантной защиты (например, применение гидроксиникотиноилглутамата кальция). Высокий уровень NF-L и NSE диктует необходимость агрессивной нейропротективной терапии для спасения нейронов в зоне пенумбры.

Таким образом, нейропанель становится не просто констатирующим фактом диагностики, а динамическим навигатором для клинициста, позволяющим корректировать терапию «здесь и сейчас».

Заключение

Можно заключить, что разработка нейропанели биомаркеров церебральной ишемии — это закономерный эволюционный шаг от общей симптоматической терапии к патогенетически обоснованному, индивидуальному лечению. Такой подход, реализующий принципы трансляционной медицины, позволяет не только повысить выживаемость пациентов, но и существенно улучшить качество их жизни за счет минимизации необратимых повреждений мозговой ткани.

Э. Ю. Соловьева, д.м.н., заведующий кафедрой неврологии ИНОПР, заведующий НИЛ биомедицинских исследований в неврологии ИНН Пироговского Университета;

ведущие научные сотрудники НИЛ биомедицинских исследований в неврологии ИНН Пироговского Университета:
О.А. Баранова, к.б.н.; А.В. Чеканов, к.б.н.;
В.А. Щелконогов, к.х.н., с.н.с.

НАУКА

Когнитивно-эмоциональные факторы риска падений пожилых людей с артериальной гипертензией

Одним из ведущих научных направлений кафедры поликлинической терапии Института клинической медицины Пироговского Университета (под руководством д.м.н., профессора Веры Николаевны Лариной) является разработка профилактических программ для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, наблюдаемых в амбулаторных условиях. В последние годы ведется активное изучение факторов риска и последствий, ассоциированных с локомоторными падениями, представляющими собой многофакторный феномен, медико-социальная значимость которого в старшем возрасте обусловлена высоким риском травматических повреждений с последующими негативными физиологическими и психологическими последствиями.

Травмы, ассоциированные с падениями, ведут к устойчивому снижению мобильности и ограничению повседневной активности. Особую значимость в этом приобретают психоэмоциональные последствия (формирование страха повторных падений, развитие депрессивных состояний), снижение социальной активности и нарастающая изоляция пациента.

Указанные явления существенно ухудшают качество жизни, что особенно выражено в группе пожилых пациентов с мультиморбидностью, в структуре которой артериальная гипертензия (АГ) занимает лидирующую позицию, являясь значимым фактором, влияющим на риск и последствия падений.

Пожилые люди с АГ максимально чувствительны к развитию осложнений из-за процессов, связанных со старением организма, что нередко приводит к потере автономности. С другой стороны, неконтролируемая АГ воздействует на повседневную активность, замедляя скорость передвижения, изменяя длину и частоту шага, походку, рассматриваемые как важные составляющие качества жизни и достаточного уровня социального взаимодействия у лиц старшего возраста.

В результате проведенного исследования ассистентом кафедры Ириной Андреевной Самковой, в котором приняли участие амбулаторные пациенты (95 % — лица женского пола, средний возраст — 72,0 года), в анамнезе у которых имелось хотя бы одно падение в течение предшествующего года, было продемонстрировано, что у женщин с АГ риск падений выше в 7,61 раза, чем у мужчин.

Страх падений, оцененный по краткой шкале оценки страха падений ($p = 0,009$) и шкале эффективности падений ($p = 0,005$), снижение функциональной активности ($p = 0,017$) чаще определялись в когорте пациентов с АГ. При наличии ортостатической гипотензии (у 30 % лиц с АГ) вероятность падений повышалась в 2,9 раза, а при наличии страха падений — более чем в восемь раз, при этом каждый второй пациент предъявлял жалобы на головокружение перед падением.

Подтвержден вклад снижения когнитивных функций ($p = 0,009$, по данным MoCA-теста, рекомендованного для скрининга легких когнитивных нарушений) и включающего в себя оценку основ-



ных параметров когнитивных функций) и низкой функциональной активности ($p = 0,05$) в возникновение локомоторных падений у пациентов с АГ. Сниженные когнитивные функции, в частности кратковременная память, внимание и страх падений, определенный по доступной и валидированной краткой шкале оценки страха падений, вносят свой отдельный вклад в риск падений у пожилых людей.

Эти показатели могут выступать индикаторами повышенного риска падений у пациентов с АГ.

Установлена ассоциация между количеством падений и переломами за последний год, а также между переломами и недостаточным снижением систолического артериального давления (САД)

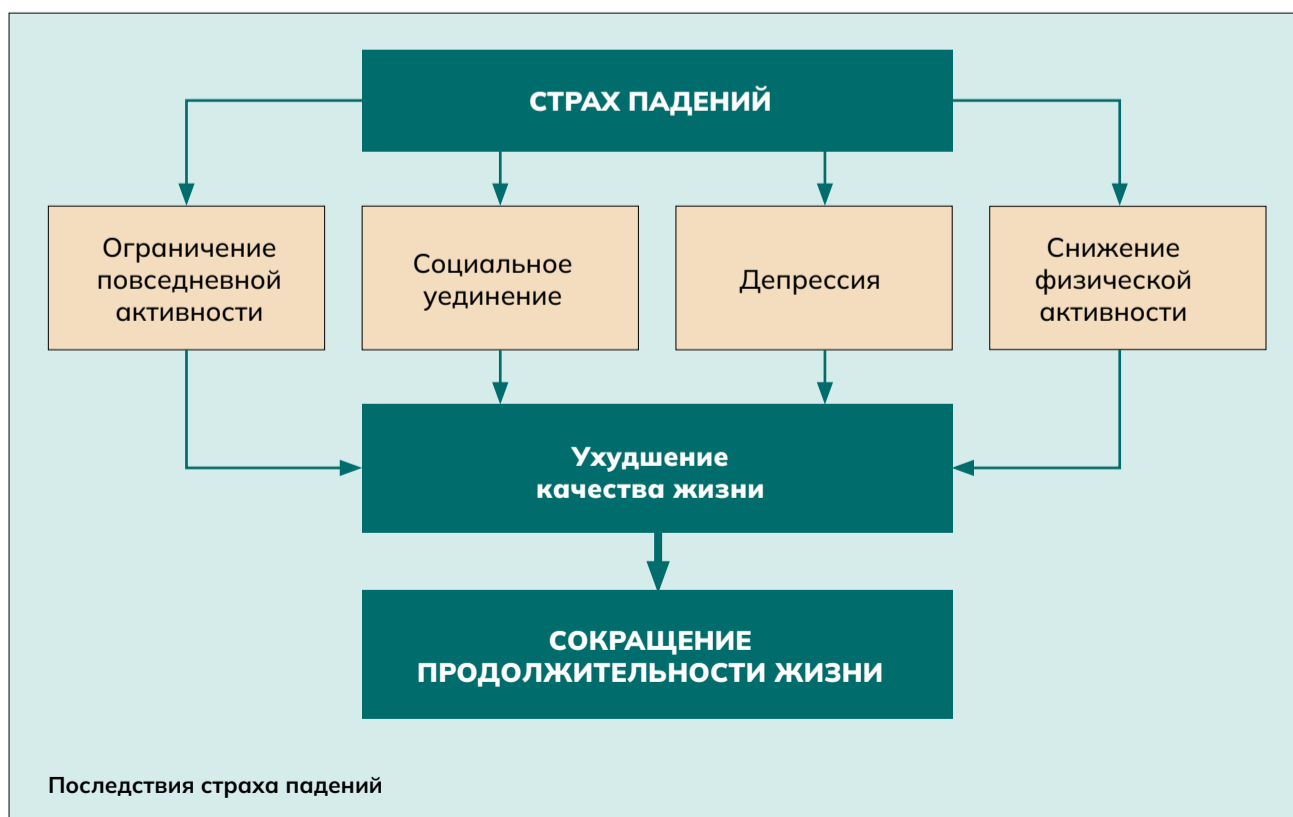
ночью — профиль non-dipper по САД, отношение шансов — 3,9 и 14,4 соответственно.

Тесная ассоциация между переломами и количеством падений подтверждает необходимость включения шкал оценки страха падений в алгоритм профилактического осмотра пожилых людей в условиях центров здоровья и отделений профилактики с целью раннего выявления риска падений для решения вопроса о коррекции страха падений.

Полученные результаты являются еще одним дополнительным вкладом в повышение качества оказания медицинской помощи в условиях первичного звена здравоохранения с целью более точного прогнозирования повторных падений у пациентов старшего возраста с учетом наличия мультиморбидности, неконтролируемой АГ, страха падений, уровня функциональной активности.

В.Н. Ларина, д.м.н., заведующий кафедрой поликлинической терапии ИКМ Пироговского Университета;

И.А. Самкова, ассистент кафедры поликлинической терапии ИКМ Пироговского Университета



С некоторыми результатами исследования можно познакомиться в статьях кафедры:



«Взаимосвязь риска падений с особенностями когнитивной функции и эмоционального статуса (страха падений) у лиц старшего возраста» — опубликована в журнале «Архивъ внутренней медицины».



«Преастения как возможный корригируемый фактор риска падений у пациентов с артериальной гипертензией: открытое одноцентровое одномоментное исследование» — опубликована в журнале «CardioСоматика».

НАУКА

Кафедра судебной медицины имени П.А. Минакова: новые критерии экспертизы в практике судебной медицины

Научная деятельность сотрудников кафедры судебной медицины имени П.А. Минакова сосредоточена на одном из наиболее приоритетных направлений в судебной медицине — изучении механизмов, времени возникновения и идентификации судебно-медицинских процессов и объектов. О последних достижениях на этом непростом поприще рассказал заведующий кафедрой, и. о. директора Института биологии и патологии человека Пироговского Университета д.м.н., профессор Евгений Михайлович Кильдюшов.

Научная работа кафедры судебной медицины направлена на исследование динамики показателей тканей и органов человека в условиях их прижизненной и посмертной травматизации с учетом давности процесса, на изучение механизмов разрушения биологических объектов в зависимости от имевших в них место деформаций и напряжений, на анализ влияния на исследуемые показатели ряда эндогенных и экзогенных факторов (возраста человека, состояния его здоровья, места приложения, направления и кратности травматического воздействия, длительности и условий пребывания трупа человека и его частей).

Результаты научных исследований сотрудников, аспирантов и соискателей кафедры ложатся в основу методик судебно-медицинской диагностики механизмов образования, прижизненности, давности и последовательности возникновения механических повреждений костной и мягких тканей, определения давности наступления смерти.

Кафедра регулярно издает учебные пособия, методические пособия, учебники и монографии для студентов, ординаторов и практикующих врачей. Ее сотрудники ежегодно выступают организаторами и докладчиками на научно-практических конференциях.

За последние пять лет сотрудники кафедры подготовили и опубликовали в качестве редакторов, авторов и соавторов более 350 научно-педагогических работ, включая девять монографий и пособий. Состоялась защита трех диссертаций на соискание степени кандидата медицинских наук и четырех диссертаций на соискание степени доктора медицинских наук.

Для врачей установление факта смерти является и экспертиза трупов являются обычной практикой в соответствии со статьей 66 Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Порядок проведения судебно-медицинских вскрытий прописан в ряде нормативных документов, которые подчеркивают важность не только установления факта смерти, но и момента ее наступления.

Требование обязательной судебно-медицинской экспертизы при установлении времени смерти отнюдь не является формальностью. Напротив, оно вытекает из важности экспертных заключений при установлении обстоятельств, подлежащих доказыванию, как это закреплено в статье 73 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации.

Что касается заключения эксперта как доказательства, вполне оправданно отдавать приоритет установлению его достоверности — при условии, что используемые экспертом методы или техники являются научно обоснованными, современными и проверенными на практике.

Смерть всегда неизбежна, хотя ее наступление в каждом отдельном случае непредсказуемо. Тела умерших находят через разные промежутки времени после самого события. Несмотря на почти сверхъестественные способности вымышленных патологоанатомов — персонажей телесериалов и детективных рассказов, возможность оценки времени смерти в судебно-медицинской практике по-прежнему ограничена.

Необходимо учитывать, что судебная медицина на современном этапе развития нуждается в разработке новых дополнительных способов диагностики. В действующей редакции методики участия судебно-медицинского эксперта в осмотре трупа на месте происшествия (2024), разработанной во исполнение Порядка проведения судебно-медицинской экспертизы, особое внимание уделено исследованию посмертных значений внутриглазного давления: «...По возможности также проводятся посмертные измерения внутриглазного давления. Тонметрия должна проводиться единообразно, с соблюдением идентичных условий измерения при положении трупа лежа на спине, исключая наклон или поворот головы. Измерения офтальмотонуса должны включать шесть показаний для каждого глаза (измерения должны проводиться через веки), на основании которых рассчитывается среднее значение (с точностью до десятых)».

В соответствии с действующим законодательством, при осмотре трупа на месте его обнаружения любой врач (как судебно-медицинский эксперт, так и врач другой специальности) выступает в качестве специалиста, обладающего знаниями в области судебной медицины. Поэтому для осуществления этой процедуры требуются надежные и обоснованные методики, дающие достоверный результат.

В 2025 году на кафедре судебной медицины имени П.А. Минакова исследовательская группа в составе заведующего кафедрой профессора Е.М. Кильдюшова, доцентов З.Ю. Соколовой, Э.В. Туманова совместно с доцентом РязГМУ Минздрава России Д.Н. Услонцевым завершила исследование по разработке дополнительных критериев установления времени смерти на основе посмертных значений внутриглазного давления у детей

в возрасте от четырех до 18 лет, которое заметно меняется в первые часы посмертного периода.

Каждый посмертный процесс имеет свою специфическую математическую зависимость, которую можно выявить путем многократных измерений уровня этого процесса на одном и том же трупе через известные интервалы времени (при условии постоянного влияния специфических факторов на этот процесс).

Тип математической зависимости, по которой развивается данный процесс, зависящий от множества внешних и внутренних факторов, рассматривается как постоянный параметр, характеризующий кинетику посмертных процессов. Очевидно, что погрешность возрастает при использовании любой модели, в том числе при определении времени смерти, в случаях заведомо неправильного выбора начальных и граничных условий. Одним из таких начальных условий является уровень внутриглазного давления на момент смерти, от которого отсчитывается процесс его снижения.

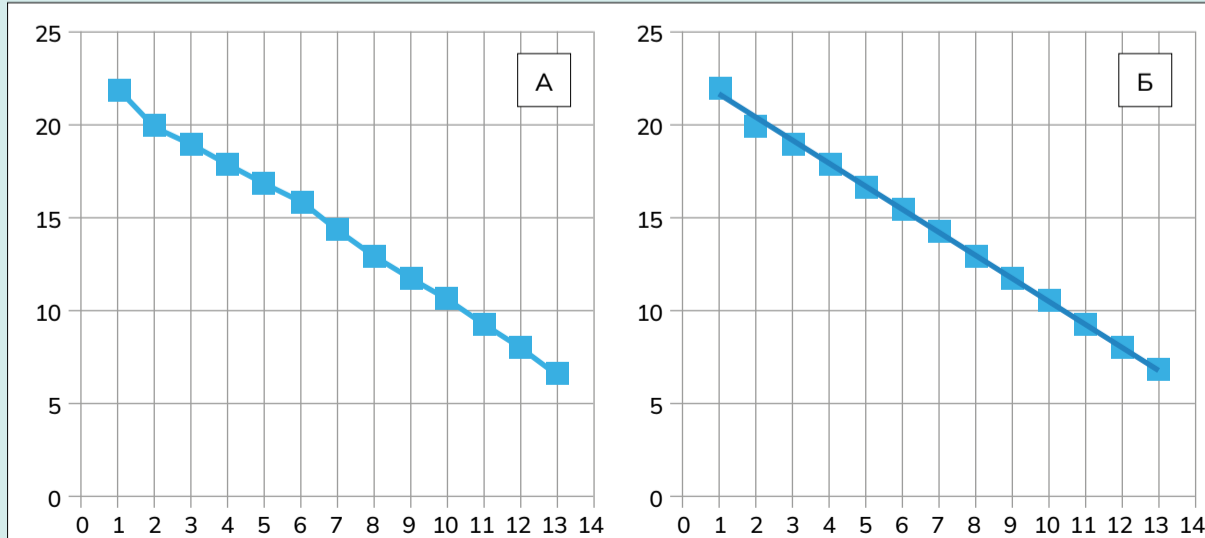
На первом этапе было проведено определение прижизненного внутриглазного давления у детей в зависимости от возраста (средние значения). Как показывают литературные данные, единого мнения о нормальном уровне внутриглазного давления у новорожденных в зависимости от гестационного возраста не существует. В среднем это значение составляет приблизительно 12–13 мм рт. ст. к четырем-пяти годам, постепенно увеличиваясь до 16 мм рт. ст. к девяти-десяти годам и до 18 мм рт. ст. к 12 годам. К 13–14 годам внутриглазное давление достигает значений, характерных для взрослых.

Таким образом, у детей внутриглазное давление увеличивается примерно на 1 мм рт. ст. в год. В течение двух лет после рождения внутриглазное давление в среднем составляет 6–8 мм рт. ст. и достигает 12 ± 3 мм рт. ст. к 12 годам. Более того, динамика внутриглазного давления подчиняется циркадному циклу — с пиками между 8–11 часами утра и минимумами между полночью и двумя часами ночи. Исследования авторов показали, что значения внутриглазного давления в течение жизни у детей в возрасте от четырех до 18 лет составляют 19 ± 3 мм рт. ст. (с вероятностью ошибки прогнозирования $\geq 95\%$).

В процессе исследования было установлено, что зависимость посмертных значений офтальмотонуса у детей в возрасте от четырех до 18 лет имеет линейный характер. Была создана математическая модель, описывающая изменение посмертных значений внутриглазного давления в зависимости от времени наступления смерти. Она позволяет рассчитать время смерти путем математического моделирования с определением границ интервала (не менее двух часов), в котором с вероятностью $\geq 95\%$ будет находиться искомое время наступления смерти для каждого известного прижизненного значения офтальмотонуса или исходя из их средних значений.

Полученные результаты уже успешно внедрены в практику на нескольких клинических базах кафедры, что позволяет экспертам проводить исследования объективно, на строго научной и практической основе, в пределах соответствующей специальности, всесторонне и в полном объеме, а выполненное заключение эксперта с использованием полученных результатов строится на положениях, позволяющих проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных.

Е.М. Кильдюшов, д.м.н., и. о. директора Института биологии и патологии человека Пироговского Университета



Моделирование динамики посмертных значений внутриглазного давления для определения времени наступления смерти детей в возрасте 4–18 лет. Представлена зависимость измеренных средних величин внутриглазного давления (А) и расчетных средних величин (Б) от давности наступления смерти

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Уникальная операция по спасению жизни: успешное протезирование торакоабдоминальной аневризмы аорты

В Российском геронтологическом научно-клиническом центре (РГНКЦ) Пироговского Университета успешно выполнена сложнейшая операция по протезированию торакоабдоминальной аневризмы аорты IV типа. Хирургическое вмешательство, длившееся около восьми часов, провела мультидисциплинарная команда специалистов под руководством заведующего кардиохирургическим отделением РГНКЦ Пироговского Университета к.м.н. Мурата Рамазановича Хоконова.

Особенности случая и сложность операции

73-летняя пациентка из Вязьмы была направлена на консультацию к специалистам Российского геронтологического научно-клинического центра Пироговского Университета. Ранее она прошла обследования в своем городе, и ей был поставлен предварительный диагноз — «аневризма». Поводом для визита к врачам стали боли в животе, причина которых долгое время оставалась неясной. Комплексная диагностика, включавшая УЗИ и компьютерную томографию, выявила обширную аневризму — патологическое расширение брюшной аорты с переходом на грудной отдел, достигшее критических размеров — пяти-шести сантиметров.

Как пояснил Мурат Рамазанович Хоконов, заведующий кардиохирургическим отделением Российского геронтологического научно-клинического центра Пироговского Университета, к.м.н., данный случай был классифицирован как аневризма IV типа — одна из наиболее редких и технически сложных патологий. Особенность в том, что в расширенный участок сосуда оказались вовлечены артерии, кровоснабжающие жизненно важные органы: почки, печень, желудок и кишечник.

«Такое вмешательство считается одним из самых сложных не только в сосудистой хирургии, но и в хирургии в целом. Оно требует высочайшей квалификации всей команды, специального оборудования и, как правило, проводится в условиях искусственного кровообращения», — отметил Мурат Рамазанович.

Специалисты Российского геронтологического научно-клинического центра применили уникальную методику, позволившую выполнить протезирование без использования аппарата искусственного кровообращения. Для защиты почек во время операции была использована специальная перфузия кардиоплегическим раствором, что позволило минимизировать риски ишемического повреждения органов.

Командная работа на высшем уровне

Операцию продолжительностью около восьми часов без пересменки провела слаженная команда из семи специалистов: четырех хирургов, анестезиологов и операционных сестер. Консультационную



поддержку оказал ведущий российский эксперт в области хирургии аорты — профессор Николай Леонардович Баяндин.

Результат и значение профилактики

После сложного послеоперационного периода пациентка полностью восстановилась, а через 20 дней была выписана домой. На последующем контрольном приеме она уже чувствовала себя хорошо, вернулась к активной жизни.

Этот случай подчеркивает жизненную важность своевременной диагностики. Аневризма аорты часто развивается бессимптомно и становится «тихим убийцей». При ее разрыве летальность даже в лучших клиниках достигает 50–60%.

«Рутинное обследование (например, УЗИ брюшной полости для людей старшего возраста) могло бы выявить эту проблему на ранней стадии, — указал Мурат Рамазанович. — В таких случаях мы берем пациента под динамическое наблюдение. Если аневризма не растет, контролируем артериальное давление, корректируем терапию и образ жизни.

Показанием к срочной операции является активный рост аневризмы более чем на один сантиметр в год».

Рекомендации и прогноз

Основной причиной развития аневризмы является атеросклероз, поэтому после операции пациентка продолжает получать стандартную терапию. Рекомендации включают контроль артериального давления, прием статинов для снижения холестерина и соблюдение диеты. Риск рецидива аневризмы в прооперированной зоне минимален, так как пораженный участок сосуда полностью заменен протезом.

Успех этой уникальной операции демонстрирует высокий уровень экспертизы и командной работы специалистов Российского геронтологического научно-клинического центра Пироговского Университета, позволяющий спасать жизни даже в самых сложных клинических ситуациях.

Материал подготовлен пресс-службой РГНКЦ Пироговского Университета

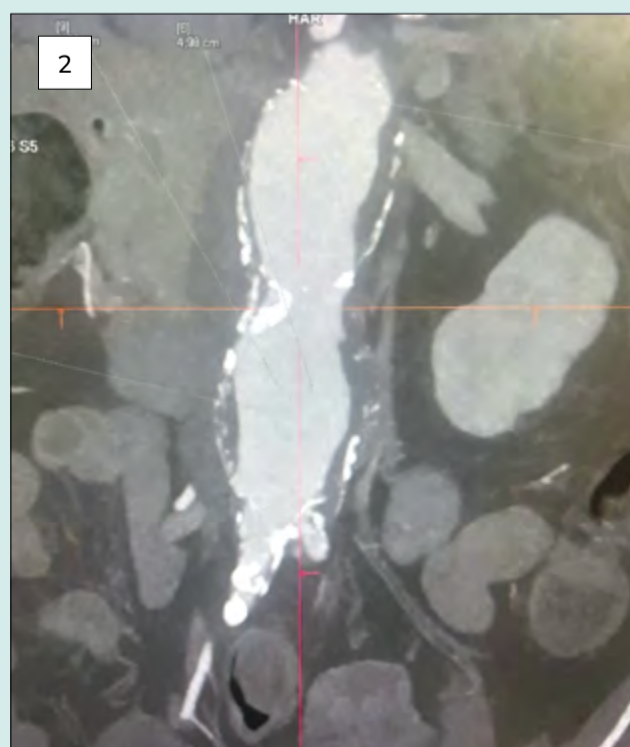


Рисунок 1. КТ торакоабдоминального отдела аорты. 3D-реконструкция: визуализируется аневризматическое расширение аорты.
Рисунки 2, 3. КТ участка аневризмы брюшного отдела аорты с вовлечением висцеральных артерий

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Клинические загадки кардиомиопатий с гипертрофическим фенотипом

Кафедра общей терапии Института непрерывного образования и профессионального развития (ИНОПР) Пироговского Университета занимается проблемой кардиомиопатий с гипертрофическим фенотипом на протяжении 20 лет. За этот период обследовано более 400 пациентов, что позволило выработать подходы к дифференциальной диагностике различных вариантов поражения миокарда. Благодаря развитию кардиовизуализации и успехам генетики удается идентифицировать и иные заболевания, которые скрываются под клиническими симптомами гипертрофии миокарда. Междисциплинарный подход и комплексное обследование играют ключевую роль в своевременной диагностике и выборе дальнейшей тактики ведения пациентов.

Несколько клинических случаев демонстрируют сложности диагностики при гипертрофии миокарда и необходимость дополнительных исследований для установки диагноза и назначения адекватной терапии.

Случай 1

Недавно была обследована целая семья, где выявлена мутация chrX:101400666C>T в гене *GLA* (кодирующем фермент α -галактозидазу А), которая приводит к болезни Андерсона — Фабри (БАФ).

А история началась с молодого пациента в возрасте 36 лет с трансплантированной почкой, который был госпитализирован в МКНИЦ «Больница № 52 ДЭМ» по поводу болей в руках и межлопаточной области.

Изначально была заподозрена стенокардия напряжения, пациент обследован по протоколу для ишемической болезни сердца (ИБС) с проведением

нагрузочного теста, который оказался отрицательным. А по результатам эхокардиографии (ЭхоКГ) и электрокардиографии (ЭКГ) была выявлена кардиомиопатия с гипертрофическим фенотипом.

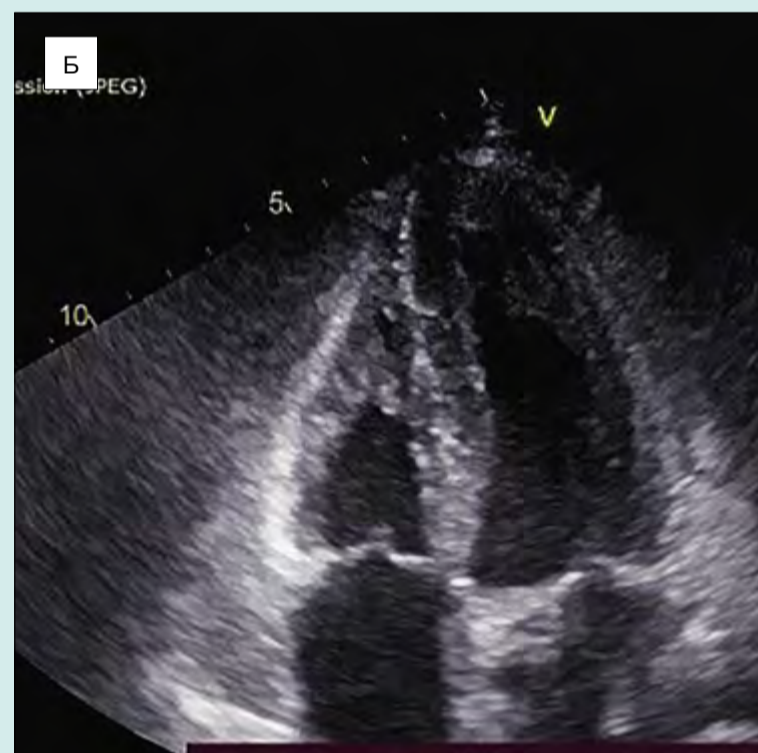
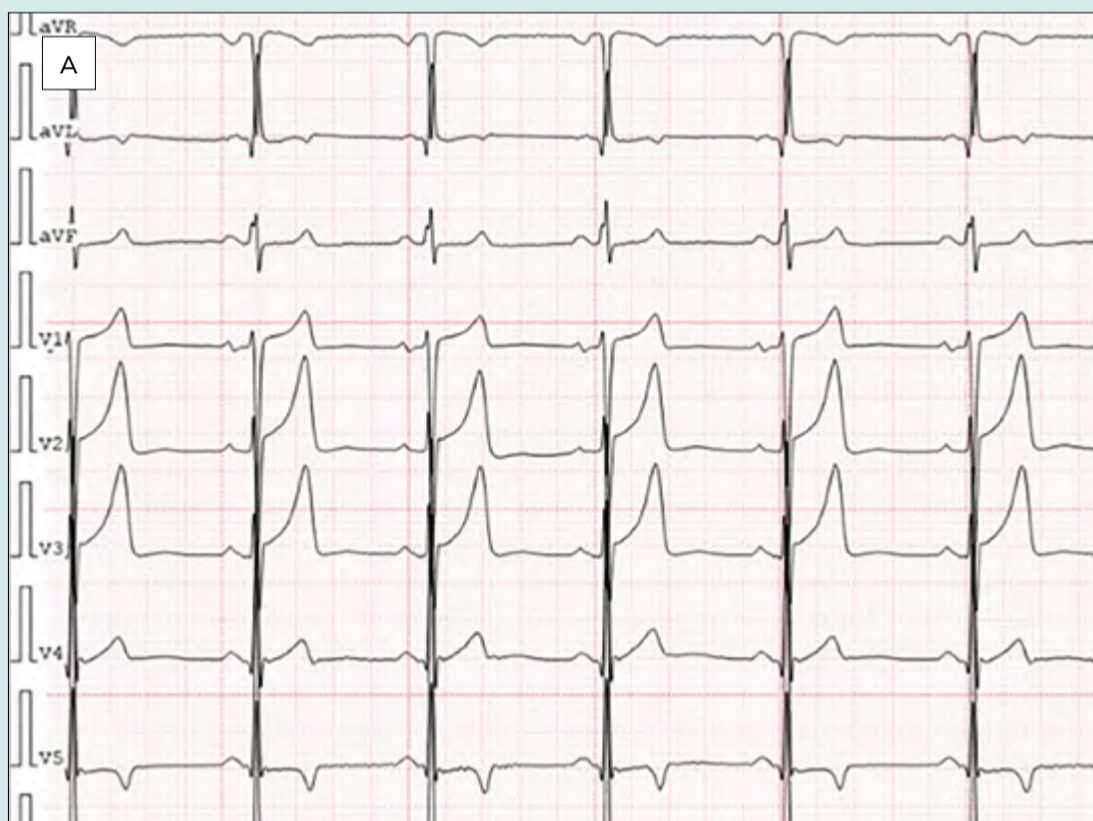
Исследование «сухих» пятен крови отметило повышенный уровень глоботриаозилцерамида (62 нг/мл при норме < 2 нг/мл) и сниженную активность фермента α -галактозидазы — 0,57 мкмоль/литр/час (при норме > 1,89 мкмоль/литр/час). А боли в руках оказались проявлением нейропатии, характерной для болезни Андерсона — Фабри.

Были обследованы мать, родная сестра и племянница пациента. И оказалось, что только племянница не имеет патогенной мутации.

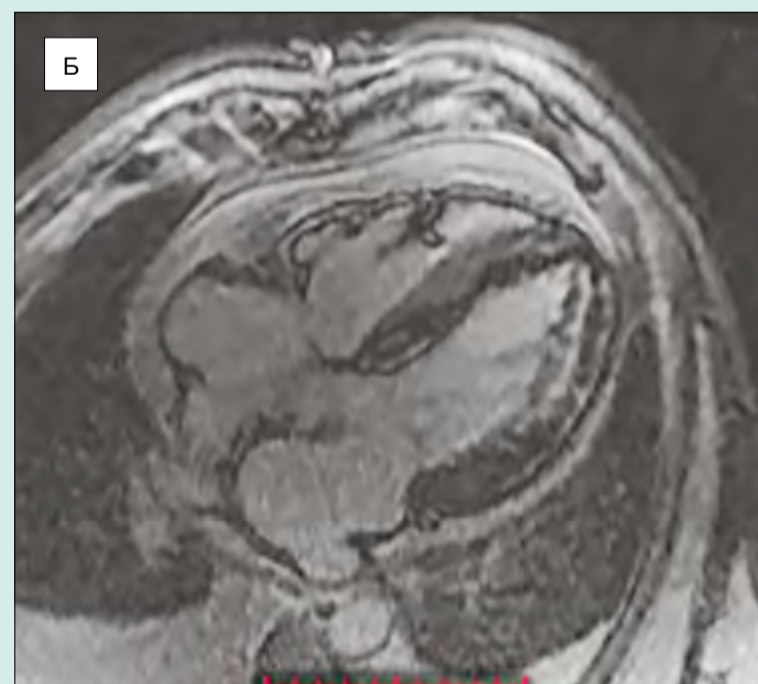
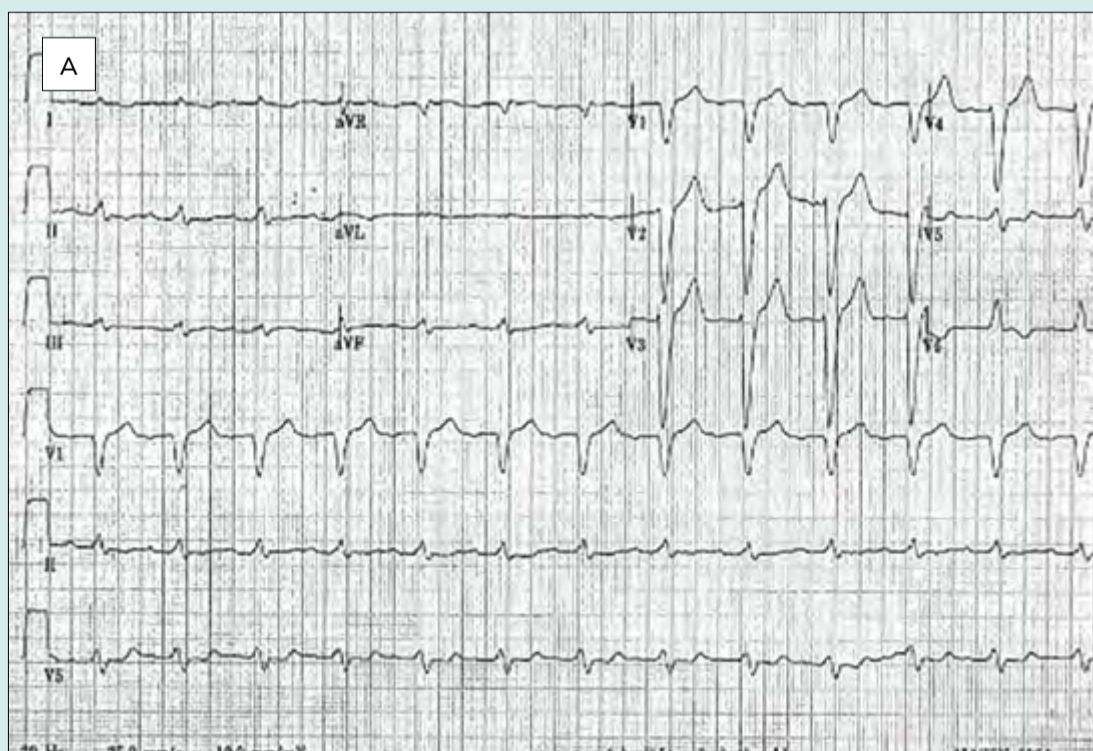
Пациент начал получать ферментозаместительную терапию агалсидазой А. Неизвестно, чем бы закончилась эта история, если бы сотрудники кафедры не начали поиск причины кардиомиопатии.

Случай 2

Вторая история — о пациенте с картиной хронической сердечной недостаточности (ХСН) без предшествующего кардиального анамнеза. Мужчина в возрасте 51 года поступил с одышкой и отеками ног. На ЭКГ — полная блокада левой ножки пучка Гиса, а на ЭхоКГ — массивная концентрическая гипертрофия левого желудочка (ЛЖ) сердца с фракцией выброса (ФВ) 29 %, рестриктивным наполнением ЛЖ и гидроперикардом до 500 мл. С помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ) сердца обнаружено диффузное позднее контрастирование гадолинием (LGE) миокарда обоих желудочков и даже предсердий. Биопсия ткани слюнной железы с окраской Конго красным дала положительный результат на наличие амилоида. Выявлена мутация c.128G>A (p.S43N, Ser 23Asn) в экзоне 2 гена *TTR* (транстиретин), которая также обнаружена у одного из трех сыновей пациента. Назначен тафамидис.



Клинический случай 1. Данные обследования пациента с БАФ: А) ЭКГ; Б) ЭхоКГ



Клинический случай 2. Данные обследования пациента с ATTR-амилоидозом сердца: А) ЭКГ; Б) МРТ с LGE

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ



Клинический случай 3. Данные обследования пациента с AL-амилоидозом: А) ЭКГ; Б) ЭхоКГ (длинная ось, парастеральная позиция); В) МРТ сердца (слабоинтенсивное субэндокардиальное циркулярное накопление, преимущественно на базальном и среднем уровнях)

Случай 3

Третья история — о пациенте в возрасте 66 лет, госпитализированном в кардиологическое отделение МКНИЦ «Больница № 52 ДЗМ» с жалобами на выраженную общую слабость, одышку и снижение переносимости физических нагрузок. В анамнезе — длительно существующая артериальная гипертензия, перенесенный инфаркт миокарда в 2022 году со стентированием правой коронарной артерии. В дальнейшем боли в грудной клетке не беспокоили, однако постепенно нарастали проявления сердечной недостаточности.

На момент поступления состояние пациента расценивалось как средней тяжести. Обращали на себя внимание эпизоды артериальной гипотензии, учащенное сердцебиение, головокружение и предобморочные состояния.

Во время обследования выявлено значительное повышение уровня N-концевого пропептида натрийуретического гормона — предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) — 7040 нг/л. По результатам ЭКГ — признаки рубцовых изменений миокарда нижней стенки левого желудочка, атриовентрикулярная блокада I степени, признаки гипертрофии левого желудочка. По результатам ЭхоКГ — снижение ФВ ЛЖ до 49 %, гипокинез базального и среднего сегментов нижней стенки и средних сегментов передней и боковой стенок. Выраженная концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ с максимальным утолщением межжелудочковой перегородки до 2,0 см, без признаков обструкции выносящего тракта ЛЖ, диастолическая дисфункция ЛЖ III типа (рестриктивный), систолическое давление в легочной артерии — 28 мм рт. ст., полости сердца не расширены. Таким образом, по результатам инструментальных исследований обнаружены признаки хронической сердечной недостаточности с умеренно сниженной ФВ ЛЖ, выраженная концентрическая гипертрофия миокарда, нарушение диастолической функции. Совокупность электрокардиографических и эхокардиографических изменений носила нетипичный характер для изолированной ИБС.

В ходе расширенного диагностического поиска выполнена МРТ сердца с контрастированием. Обнаружены диффузное утолщение миокарда ЛЖ и характерные постконтрастные изменения, подозрительные в отношении инфильтративного поражения миокарда.

По результатам лабораторных исследований у пациента диагностирована хроническая болезнь почек IV стадии. При электрофорезе белков с иммунофиксацией сыворотки крови и мочи обнаружена парапротеинемия с моноклональными иммуноглобулинами и свободными легкими цепями. Гистологическое исследование биоптатов слизистой двенадцатиперстной кишки подтвердило наличие амилоида в стенках сосудов, что позволило верифицировать диагноз системного AL-амилоидоза с поражением сердца, почек и желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, клиническая картина заболевания формировалась постепенно и длительное время расценивалась в рамках распространенной сердечно-сосудистой патологии. Лишь совокупность клинических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований позволила заподозрить и подтвердить системное инфильтративное заболевание.

Согласно Консенсусу Евразийской ассоциации кардиологов (2025), при AL-амилоидозе основной целью терапии является быстрое достижение гематологического ответа с помощью различной комбинации препаратов (даратумумаб, бортезомиб, циклофосфамид, мелфалан, дексаметазон).

Представленный случай демонстрирует диагностические трудности системного AL-амилоидоза и подчеркивает необходимость высокой клинической настороженности при сочетании сердечной недостаточности с гипертрофическим фенотипом миокарда и прогрессирующим поражением почек.

Случай 4

Четвертая история — о женщине в возрасте 50 лет с известной ранее историей обструктивной гипертрофической кардиомиопатии с патогенным нуклеотидным вариантом chr14:23886806C>T (p.R1420Q)

в гене MYH7 (кодирует бета-тяжелую цепь белка миозина). Она поступает в отделение реанимации и интенсивной терапии с пароксизмом фибрилляции предсердий, осложненным отеком легких. Синусовый ритм восстановлен с помощью электроимпульсной терапии. При ЭхоКГ толщина МЖП — 20 мм, тяжелая обструкция выносящего тракта ЛЖ с максимальным градиентом давления — 112 мм рт. ст. Выраженная легочная гипертензия с систолическим давлением в легочной артерии (СДЛА) — 114 мм рт. ст. и аневризматическим расширением ее ствола до 48 мм. Диастолическая дисфункция ЛЖ III степени, тяжелая митральная регургитация. Уровень NT-proBNP — 28400 пг/л. Медикаментозная терапия бета-адреноблокаторами, антагонистами альдостерона, ингибиторами неприлизина — без существенного эффекта, с сохранением хронической сердечной недостаточности функционального класса (ФК) III–IV. В проведении миксэтомии отказано из-за высокого операционного риска по причине тяжелой легочной гипертензии. Пациентка начала прием мавакамтена в дозе 2,5 мг в сутки.

Через три месяца лечения уровень обструкции снизился до 73 мм рт. ст., а СДЛА — до 71 мм рт. ст., с уменьшением одышки и достижением ХСН II ФК, что позволило провести расширенную миксэтомии МЖП с реконструкцией подклапанного аппарата и пластикой ЛП по «Мерседес». Прием мавакамтена прекращен. Спустя год после операции выраженность одышки — 2–3 балла по шкале Борга, ХСН — I–II ФК. При ЭхоКГ обструкции в выносящем тракте ЛЖ в покое и после пробы Вальсальвы не выявлено. Умеренная легочная гипертензия. Диастолическая дисфункция ЛЖ I степени.

Сотрудники кафедры общей терапии ИНОПР продолжают исследования для ответа на вопрос: какие еще клинические находки могут быть у пациентов с гипертрофическим фенотипом миокарда?

Материал подготовлен сотрудниками кафедры общей терапии ИНОПР Пироговского Университета: Н.Г. Потешкиной, д.м.н., заведующим кафедрой; Е.А. Ковалевской, к.м.н., доцентом; А.А. Карасёвым, к.м.н., ассистентом; М.Ю. Масловой, к.м.н., доцентом; Н.С. Крыловой, к.м.н., доцентом; А.М. Сванадзе, к.м.н., доцентом



КЛУБ ВЫПУСКНИКОВ

«Главное — быть человечным»: Наталья Валентиновна Полунина — о профессии, жизни и преемственности

Наталья Валентиновна Полунина, д.м.н., профессор, академик РАН, советник ректора, почетный заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения имени академика Ю.П. Лисицына Института профилактической медицины имени З.П. Соловьева (ИПМ), научный руководитель ИПМ, прошла путь от студентки, мечтающей спасти детей, до ведущего преподавателя, ученого и организатора здравоохранения. О своем профессиональном пути, который стал настоящей летописью Университета, она рассказала в интервью.

Выбор профессии: «Я хотела быть только детским врачом»

Профессия, которую я выбрала, формировалась у меня с детства. Я много болела, и врач для меня всегда был человеком, который приходит на помощь в трудную минуту, чтобы сделать всё возможное для спасения жизни человека. Я хотела быть только детским врачом — никем другим. Мне нравилось общаться с детьми, помогать им, и если бы я не пошла в медицину, стала бы, наверное, учителем химии.

Когда я поступала в наш Университет, он был единственным, где готовили педиатров, поэтому выбор оказался очевидным. В 1963 году в 2-м МГМИ им. Н.И. Пирогова был открыт медико-биологический факультет. Я всерьез рассматривала поступление на этот факультет, но на собеседовании я поняла, что выпускники данного факультета призваны заниматься наукой, а не лечить детей, поэтому подала документы на педиатрический факультет.

Я рано вышла замуж. Мы были первой парой на курсе. Нам преподаватель по анатомии тогда сказала: «Сначала сдайте экзамен по анатомии, а потом, пожалуйста, женитесь — выходите замуж». Так мы и сделали: на втором курсе поженились, и уже 61 год вместе.

У нас получилась настоящая медицинская семья: обе дочери и трое внуков окончили педиатрический факультет нашего Университета. Теперь остается ждать решения пяти правнуков, очень надеюсь, что кто-нибудь из них продолжит славную врачебную традицию.

Студенчество и первые шаги в профессии

Я никогда не думала, что окажусь на кафедре общественного здоровья и здравоохранения. Мечтала стать детским хирургом, ходила в хирургический кружок. Но со временем поняла: в медицину нужно идти не только по интересу, но и с учетом собственных возможностей и здоровья. Именно поэтому я всегда советую студентам ходить в разные кружки — только так можно понять, где твое настоящее место.

На нашей кафедре меня увлекла возможность математически обосновать эффективность внедрения медико-организационных технологий. На этой кафедре нас научили объективному подходу к ре-



лизации предлагаемых лечебно-профилактических методов сохранения и укрепления здоровья населения.

Вместе с мужем в рамках студенческого научного кружка кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения (так называлась наша кафедра до 2000 года) под руководством профессора кафедры Ольги Васильевны Грининой мы выполнили научную работу, посвященную социально-гигиеническим аспектам здоровья школьников седьмых и восьмых классов. Именно тогда я осознала, насколько значима роль социальных факторов в их влиянии на здоровье школьников. На научной студенческой конференции наш доклад занял первое место, и нам вручили книгу, которая хранится у нас дома и напоминает о первом опыте научной работы.

После института нам хотелось продолжить работу на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения.

Учителя, ординатура и начало научной школы

После окончания института нас распределяли на работу в различные города нашей Родины. Поскольку у нас был маленький ребенок, то нас с мужем оставили в Москве, мой муж поступил в аспирантуру, а я — в ординатуру, на кафедру социальной гигиены и организации здравоохранения.

В 1968 году впервые была открыта ординатура по специальности «Социальная гигиена и организация здравоохранения» (в настоящее время — «Организация здравоохранения и общественное здоровье»), и я была третьим ординатором по этой специальности. После окончания ординатуры я поступила в целевую аспирантуру на эту же кафедру. Моими первыми учителями на кафедре были Ольга Васильевна Гринина и Юрий Павлович Лисицын. Ольга Васильевна всегда поддерживала меня и давала очень ценные советы.

С Юрием Павловичем я проработала на кафедре 44 года, и мне приятно, что он передал мне кафедру, с которой связана вся моя жизнь. Юрий Павлович был высокоэрудированным ученым, мудрым руководителем, умеющим найти выход из трудной ситуации, поэтому я нередко и сейчас мысленно советуюсь с ним, как лучше поступить в том или ином случае.

Кандидатскую диссертацию я выполняла на педиатрическом участке Детской поликлиники № 19 Департамента здравоохранения города Москвы, где я работала участковым педиатром, совмещая ее с обучением на кафедре. Тема моей кандидатской диссертации — «Комплексное социально-гигиеническое исследование состояния здоровья детей первых трех лет жизни». После окончания аспирантуры в 1974 году я была распределена на работу в Министерство здравоохранения РСФСР. В том же году я защитила кандидатскую диссертацию.

Министерство, кафедра и первые управленческие уроки

В Министерстве здравоохранения РСФСР я работала методистом в течение 1974 года в Республиканском учебно-методическом кабинете по высшему и среднему специальному образованию. Этот опыт оказался бесценным. Я лишней раз убедилась в том, что всё происходящее в твоей жизни неслучайно и обязательно пригодится в последующем.



Первый ряд: Гринина О.В., Лисицын Ю.П., Кудрявцева Е.Н. Второй ряд: Кузнецов В.К., Курашов В.А., Полунин В.С., Полунина Н.В. Ноябрь 1969 года



Ректорат и деканат педиатрического факультета. 1991 год

КЛУБ ВЫПУСКНИКОВ



Коллектив кафедры общественного здоровья и здравоохранения, 2009 год



Актовая речь, 2023 год

Через год меня перевели в 2-й МОЛГМИ имени Н.И. Пирогова, где я 2 января 1975 года была зачислена на должность ассистента кафедры, имея ученую степень кандидата медицинских наук.

Постепенно появился административный опыт. В 1976 году декан педиатрического факультета, заведующий кафедрой педиатрии № 3 д.м.н., профессор Мария Фёдоровна Дещекина попросила меня возглавить на общественных началах учебно-исследовательскую работу студентов на кафедрах педиатрического факультета. Эта работа дала мне возможность познакомиться с педагогической деятельностью различных кафедр.

Позже меня назначили на общественных началах заместителем декана подготовительного отделения. Деканат подготовительного отделения был предназначен для подготовки к поступлению в институт абитуриентов, имеющих стаж работы в практическом здравоохранении не менее двух лет или прослуживших в рядах Советской армии.

Деканат: школа решений и ответственности

В 1984 году Юрий Павлович Лисицын назначил меня заведующим учебной частью кафедры, поэтому я оставила работу на подготовительном отделении и полностью погрузилась в составление расписания лекций, занятий, в подготовку учебно-методических пособий, в организацию подготовки проведения курсовых экзаменов.

До этого, помимо преподавания вопросов медицинской статистики, особенностей заболеваемости различных возрастно-половых групп населения, демографической ситуации, социальной обусловленности здоровья и организации медицинской помощи взрослому и детскому населению, в мои обязанности входила подготовка планов и отчетов по научно-исследовательской работе кафедры. Приобретенный опыт по научной и учебно-методической работе кафедры пригодился в дальнейшем, когда я стала работать в деканате педиатрического факультета.

В январе 1986 года меня пригласил проректор по учебной работе д.м.н., профессор Анатолий Иванович Федин, он предложил совместить две работы — на кафедре в качестве доцента и в деканате педиатрического факультета в качестве заместителя декана по младшим курсам (с первого по третий курс). Так начался новый этап моей профессиональной деятельности.

Мне повезло: декан, заведующий кафедрой детских болезней № 3 д.м.н., профессор Мария Фёдоровна Дещекина (была моим оппонентом на защите кандидатской диссертации) многому меня научила.

Однажды прихожу к ней со студенткой и говорю о том, что она случайно получила плохую оценку, спрашиваю, можно ли дать ей допуск на передачу экзамена во время экзаменационной сессии. Мария Фёдоровна сказала мне: «Запомни, ничего в жизни не бывает случайного». Она учила нас не спешить, ко всем вопросам подходить индивидуально и всегда помнить, что справедливость является важной составляющей работы со студентами.

Заместителем декана я проработала практически 10 лет, затем меня назначили исполняющим обязанности декана педиатрического факультета. Недели через две после назначения ректор РГМУ Владимир Никитич Ярыгин поставил условие, сказав, что мою кандидатуру поддержали, но отсутствие докторской диссертации является препятствием для занятия должности декана. Я ответила: «Надо — значит надо», и уже 12 мая я положила диссертацию на стол, а в октябре 1995 года состоялась защита диссертации — и только после этого исчезла приставка «и. о.».

Во время моей работы деканом мы провели празднование 70-летия со дня основания первого в стране педиатрического факультета. К этому событию были подготовлены книга и фильм, сохранивший для нас приветствия известных педиатров, академиков, ученых и преподавателей. Одним из подарков была картина от декана педиатрического факультета Омского государственного медицинского университета, на которой изображено здание, куда был эвакуирован наш институт во время Великой Отечественной войны.

Карьерный рост и преемственность

В 2010 году меня назначили проректором по стандартизации и качеству образования. Работа была сложной, но невероятно интересной: пришлось погрузиться во все образовательные программы Университета, общаться со всеми кафедральными коллективами и плотно работать с деканатами.

В 2011 году меня назначили исполняющим обязанности ректора. Это тяжелая работа, но моя специализация, включающая организационные аспекты деятельности учреждений здравоохранения и подготовки медицинских кадров, накопленный опыт работы в Минздраве России, в деканатах подготовительного отделения и педиатрического факультета, работа проректором помогли мне преодолеть все трудности и с честью пройти этот путь.

Но моим призванием является кафедра, и я переживала, что не могу полностью посвятить себя своей специальности. В августе 2011 года я прошла по конкурсу на должность заведующего кафедрой общественного здоровья и здравоохранения. Для меня особенно ценно, что Юрий Павлович Лиси-

цын сам передал мне кафедру и в течение двух лет постоянно был рядом со мной.

Сегодня история продолжается: кафедру возглавил мой ученик — Александр Сергеевич Чемезов. Я надеюсь, он продолжит наши традиции.

Учитель и ученик: живая кафедра

Кафедра — это живой организм. Многие думают, что преподаватели годами преподают одно и то же. Это не совсем так. Во-первых, жизнь не стоит на месте, всё меняется — что-то быстрее, что-то медленнее, поэтому необходимо дать пояснения происходящим событиям. Во-вторых, меняются студенты, приходит другое поколение молодежи, и они требуют другого подхода, использования иных форм обучения. Главное — найти путь к каждому поколению: заинтересовать, объяснить, научить, чтобы в дальнейшем они могли пользоваться этими знаниями независимо от выбранной ими врачебной специальности.

Мне всегда нравилось преподавать — я вижу живой отклик. Однажды студент спросил: «Есть ли что-то, что вы не можете связать со своей специальностью?» Я ответила ему, что наш предмет очень тесно связан с нашей жизнью, поэтому мы учим студентов, как жить в этом непростом, сложном, но очень интересном мире.

На занятиях я всегда стараюсь приводить реальные примеры из жизни, чтобы студенты понимали: организация здравоохранения — это не теория, это сама жизнь.

О человечности и главном принципе

Я считаю, что главное — быть человечным. Иногда говорят, что у ребенка, подростка, молодого человека нет настоящих трагедий. Только у взрослых могут быть действительно серьезные проблемы. Это не совсем правильно. Если ты смог помочь ему преодолеть возникшие трудности, то он запомнит это и будет действовать точно так же по отношению к другим.

Я могу ругать, могу наказывать, но всегда помогу и оставлю надежду на изменение ситуации. Мне никогда не нравилось, когда студентов отчисляли без надежды на возможность вернуться и продолжить обучение. Человек может ошибаться, но почему ему нельзя дать шанс исправить свою ошибку?

Самый важный и простой принцип: поступай с людьми так, как хотел бы, чтобы они поступили с тобой или твоими близкими. Нужно быть строгим, твердым в своих убеждениях (профессия врача требует полной самоотдачи), но справедливым, спокойным, внимательным, милосердным и скромным.

Материал подготовлен М. Зайцевой



СПОРТ

Спорт и медицина: как студенты находят баланс между учебой и победами

Завершился очередной этап фестиваля «Физическая культура и спорт — вторая профессия врача» — крупного ежегодного соревнования студентов медицинских вузов России, по итогам которого команды Университета вновь показали высокие результаты и вышли в финал в ряде дисциплин. О том, как проходили соревнования, что они дают студентам и почему спорт в медвузе — это не просто хобби, мы поговорили со специалистом по спортивной работе Пироговского Университета и тренером женской футбольной команды Алексеем Владимировичем Кирилловым.

— Как прошел фестиваль «Физическая культура и спорт — вторая профессия врача»? Какие эмоции остались после него?

— Фестиваль, на мой взгляд, прошел очень успешно. У нас много призовых мест, и по итогам отбора мы вышли в финальный этап фестиваля. На этом этапе команды соревновались в пределах Центрального федерального округа (ЦФО), и для выхода дальше нужно было занять первое или второе место.

Волейбол у юношей — первое место, команда прошла в финал. Они уже четырехкратные чемпионы ЦФО. У девушек по футболу — первое место и выход в финал. У юношей по футболу — второе место, и они тоже проходят дальше. В дартсе — первое место, причем в этом сезоне ребята показали рекордный результат: набрали на 700 очков больше, чем команда, занявшая второе место. Это очень серьезный отрыв.

Женская баскетбольная команда заняла первое место и вышла в финал. В мужском баскетболе — четвертое место, поэтому дальше не удалось пройти. В бадминтоне — третье место, что не позволило пройти в финальный этап. В женском волейболе тоже стали третьими и в финал не попали.

Отдельно в рамках фестиваля проходили соревнования по плаванию и дзюдо. Эти дисциплины сразу выводят во всероссийский финал. В плавании у нас третье общекомандное место, при этом есть и личные медали — первые, вторые и третьи места. В дзюдо общекомандный результат — пятое место, но ребята всё равно привезли награды: одно золото, два серебра и три бронзы. Так что в целом результат очень достойный. В конце апреля в Саратове и Самаре состоятся финальные этапы соревнований всероссийского уровня — Пироговский Университет примет участие в пяти из них.

— Чем, на Ваш взгляд, это мероприятие особенно важно? Почему оно так значимо для студентов-медиков?

— Главная особенность в том, что это фестиваль именно среди медицинских университетов. В обычных студенческих лигах участвуют все вузы, а здесь соревнуются ребята с похожей учебной и жизненной нагрузкой, с той же профессией, с тем же ритмом учебы. Это честный и очень понятный формат.

Плюс это ежегодный рейтинг, и со временем образуется сильное профессиональное сообщество — среди тренеров, организаторов и студентов. Люди знакомятся, общаются, обмениваются опытом не только в спорте, но и в том, как устроена учебная и внеучебная деятельность в разных университетах.

Для студентов это еще и мотивация: они представляют свой вуз, свой город, свой регион. Когда проходят выездные соревнования, эмоциональный эффект совсем другой. Это и опыт, и гордость, и дополнительный стимул показывать результат.

— Почему студентам-медикам особенно важно участвовать в таких соревнованиях?

— Во-первых, это спортивная мотивация. У каждого спортсмена есть внутренняя цель — достичь результата, победить, проверить себя. Когда команда показывает успех, это становится примером для других. Ребята видят, что можно занимать высокие места, и хотят присоединиться к этому движению.

Во-вторых, это психологическая разгрузка. У студентов-медиков очень тяжелая учеба: много занятий, много информации, высокая нагрузка. Спорт помогает переключиться с умственной работы на физическую, разгрузить голову и потом вернуться к учебе уже в лучшем состоянии.

Поэтому участие в соревнованиях и тренировки — это не просто про форму и медали. Это еще и про качество жизни, эмоциональную устойчивость и общий баланс.

— А как Вы привлекаете в спорт тех студентов, которые раньше вообще не занимались?

— Для таких ребят у нас есть разные форматы. Есть сборные, а есть обычные секции для тех, кому спорт нужен прежде всего для себя, для здоровья и удовольствия.

Например, в женском футболе есть и сборная, и секция. Кто-то приходит просто потому, что любит играть, но не планирует выступать за команду. И это нормально. Мы подбираем нагрузку под уровень человека: даем упражнения полегче, игровые задания, общую физическую подготовку. То есть тренировка носит оздоровительный характер, а не изматывающий.

— На какие еще спортивные фестивали ездят студенты Университета?



Алексей Владимирович Кириллов с женской футбольной командой ССК «Эверест»

Что должно быть в таких мероприятиях, чтобы они запомнились и дали результат?

— Из последних ярких примеров — поездка в Красноярск на «Универлигу» от Ассоциации студенческих спортивных клубов (АССК) России. Это был масштабный зимний спортивный фестиваль. Честь нашего Университета защищали женская сборная команда по академической гребле и мужская сборная команда по футболу — их турнир проходил в дисциплине «Футбол на снегу». Я ездил как сотрудник в рамках образовательной программы и как куратор вместе с ребятами.

Впечатление очень сильное: большое открытие, культурная программа, множество спортивных площадок, интерактивные зоны. Удобно, что всё собрано в одном месте: можно и выступать, и смотреть другие виды спорта, и участвовать в образовательных программах.

Сейчас еще будет летний фестиваль в «Сириусе». Такие мероприятия важны тем, что дают не только соревнование, но и среду: общение, новые практики, организационные кейсы, знакомство с системой работы АССК.

После таких поездок у ребят появляется желание участвовать дальше и расти.

— Что помогает студентам-медикам оставаться в спортивной сфере, несмотря на учебную нагрузку и сложности?

— Прежде всего — результат и чувство общности. У студентов появляется свой круг друзей, своя команда, своя среда, где хочется проводить время. Для многих это становится важной частью жизни.

У каждого своя мотивация. Кто-то приходит за спортивным ростом, кто-то — ради общения, кто-то — чтобы просто чувствовать себя частью команды. Но именно это и удерживает людей в спорте: ощущение, что ты не один, что у вас есть общая цель и общее дело.

Мы стараемся не просто развивать отдельные направления, а объединять весь студенческий спортивный клуб (ССК) «Эверест». Чтобы капитаны сборных и активные ребята знали друг друга, помогали друг другу и создавали единое спортивное сообщество Университета.

Материал подготовлен Н. Усковым

Газета Российского национального исследовательского медицинского Университета имени Н.И. Пирогова «Университетская газета». Выходит с 1932 года.

Учредитель и издатель: ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет).

Адрес редакции и издателя: 117513, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1.

E-mail: pr-nimu@rsmu.ru

Главный редактор: Г.Г. Надарейшвили.

Над номером работали: Е.А. Богданова, Ю.В. Корчагина, Н.В. Колосова, М.В. Соколова,

М.Д. Зайцева, Н.Р. Усков, А.А. Филяев, А.Д. Марченко, М.К. Сазонов, К.А. Смышляев, Л.В. Баталина, Э.Ю. Соловьева, О.А. Баранова, А.В. Чеканов, В.А. Щелконогов, В.Н. Ларина, И.А. Самкова, Н.Г. Потешкина, Е.А. Ковалевская, А.А. Карасёв, М.Ю. Маслова, Н.С. Крылова, А.М. Сванадзе.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Материалы принимаются к публикации без выплаты авторских гонораров. Рукописи не возвращаются и не рецензируются.

При перепечатке ссылка на «Университетскую газету» обязательна.

Газета распространяется бесплатно.

Отпечатано в типографии ИП Кольцов П.И., г. Воронеж.

Подписано в печать 8 апреля 2026 г.

Тираж 999 экз.

Выход в свет 27 апреля 2026 г.

© Пироговский Университет

