

В центре внимания

Вместе сделаем жизнь здоровой!

В столице дан старт конкурсу «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века»



Увидев этот снимок на первой полосе «МГ», наши постоянные читатели, скорее всего, удивятся. Действительно, фото, на котором запечатлён момент вручения главным фтизиатром Минздрава России Ириной Васильевой (слева) диплома победителю конкурса «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века» в номинации «За верность традициям отечественной медицины» Надежде Богуш (Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова), сделано не сегодня и даже не вчера, а более 3 месяцев назад!

Торжественный момент вручения дипломов

Дело в том, что конкурс проводится «вокруг» темы, если хотите, общенационального звучания. И эта тема определяется одним словом – «туберкулёз», которая актуальна и сегодня, и завтра. Туберкулёз по-прежнему остаётся одним из страшных монстров медицины. На протяжении последних десятилетий мы регулярно рассказываем о проблемах борьбы с этим заболеванием. Да, многие сегодня уже явственно ощутили, что в Российской Федерации в результате проводимых комплексных мер наметилась стабилизация отдельных эпидпоказателей

по туберкулёзу. Но чаще всё-таки нам приходится говорить о том, что, несмотря на все усилия государства, общества, врачей, эта беда всё ещё остаётся одной из самых смертоносных среди всех социально значимых инфекционных патологий. Сама наша непростая жизнь побуждает специалистов искать новые подходы по активизации противотуберкулёзной помощи и скоординированно взаимодействовать врачам разных специальностей – фтизиатрам, инфекционистам, онкологам, наркологам, педиатрам и т.д.

(Окончание на стр. 2.)

Решения

Снова готовы к труду и обороне

Заседание совета при губернаторе Астраханской области по физической культуре и спорту обсудило вопросы возрождения физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО), а также подготовки астраханских спортсменов к XXXI летним Олимпийским играм 2016 г. в Бразилии.

Указ о возрождении ГТО подписан Президентом РФ Владимиром Путиным. В нём ставится задача создания эффективной системы физического воспитания, направленной на развитие человеческого потенциала и укрепление

здоровья населения. Один из важных вопросов – медицинское обеспечение сдачи нормативов ГТО. Об этом и сделал доклад министр здравоохранения Астраханской области Павел Джувалыков.

– Медицинский контроль за спортсменами, в том числе спортсменами-любителями на территории области осуществляется медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, а также областным врачебно-физкультурным диспансером, – сказал он. – Допуск к сдаче норм ГТО возможен только после медицинского тестирования.

К сдаче нормативов комплекса ГТО допускаются лица, отнесённые к I и II группам здоровья. Вопрос о допуске лиц с III группой здоровья решается индивидуально в зависимости от диагноза.

Решено, что перед сдачей нормативов ГТО участникам соревнований будет измеряться артериальное давление, пульс и температура тела.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Сити!

Москва.

Профилактика

Всё больше приморцев заботится о себе

В прошлом году бесплатное медицинское обследование в Приморье прошли 125 930 жителей региона. Это почти на 800 человек больше, чем планировалось. Об этом сообщили на итоговом совещании с главными врачами, которое прошло в администрации края.

Специалисты, прежде всего, отмечают, что благодаря диспансеризации в Приморье уменьшается число смертей от сердечно-сосудистых патологий.

«На медосмотрах выявляются различные заболевания на ранних стадиях, что позволяет эффективнее их лечить. Все приморцы, прошедшие диспансеризацию, получили рекомендации по соблюдению здорового образа жизни, а при надобности – направлены на лечение», – отметили в Департаменте здравоохранения.

Диспансеризация проходит в два этапа. Первый включает в себя обязательный перечень лабораторных и инструментальных исследований, осмотр специалистов. Перечень осмотров зависит от пола и возраста гражданина. Например, людям до 35 лет измеряют рост, вес, окружность грудной клетки, артериальное и внутриглазное давление, проводят экспресс-анализ крови на глюкозу и холестерин, клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, флю-

орографию. Маммографию проходят женщины 39 лет и старше. Все граждане с 39 лет обязательно проходят ультразвуковое исследование органов брюшной полости, с 45 лет и старше – исследование кала на скрытую кровь. Для мужчин старше 35 лет и женщин старше 45 лет – обязательна электрокардиограмма.

Второй этап необходим для уточнения наличия или отсутствия заболеваний. Здесь проводятся более глубокие лабораторно-диагностические исследования и консультации узких специалистов.

Как подчеркнул вице-губернатор Приморского края Павел Серебряков, необходимо усилить работу по второму этапу диспансеризации.

– Сегодня в крае есть хорошее оборудование и возможность задействовать телемедицину: необходимо активно этим пользоваться, – резюмировал он.

Лучше всего с проведением диспансеризации справились горбольницы Партизанска и Лесозаводска, Дальневосточный окружной медицинский центр ФМБА России, Пожарская и Хасанская районные больницы, городская больница № 4 Владивостока. На второй этап они направили от 30 до 50% осмотренных вначале пациентов.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».
Владивосток.

СЕГОДНЯ В «МГ»

Счётная палата проверила работу ряда крупных медицинских учреждений. Каков результат?

Стр. 4

Уральские офтальмологи умеют работать и праздновать.

Стр. 5

Почему остро не хватает врачей в детских поликлиниках? Мнение опытного доктора.

Стр. 6

Конспект врача. Последипломная подготовка специалистов по лучевой диагностике.

Стр. 8-9

У Российского университета дружбы народов – юбилей.

Стр. 10-11

Новости

Цель — всегда быть в профессии

Более 120 столичных медицинских работников, сокращённых в ходе реформ, записались на переобучение в открывшийся на базе городской поликлиники № 5 центр занятости «Содействие».

«На сегодняшний день 126 человек проходят здесь переобучение. В целом это всегда гарантия трудоустройства. Врач общей практики нужен всегда и всем», — заявила на заседании Московской городской думы начальник Управления госслужбы и кадров правительства столицы Александра Александрова.

Как известно, наиболее востребованными клиническими специализациями на сегодняшний день в столице нашей страны являются: терапия (врач общей практики), анестезиология-реаниматология, а также рентгенология.

Согласно официальной статистике правительства Москвы, ежедневно в центр обращается от 50 до 70 человек, половина из которых являются врачами. Наряду с ними за помощью по дальнейшему трудоустройству обращаются как медицинские сёстры, так и младший медперсонал.

«Мы обзвонили всех людей, которые к нам приходили. Порядка 50% уже работают на новом месте», — подытожила своё выступление А.Александрова.

Марк ВИНТЕР.

Москва.

Надбавка в академии

Правительство Российской Федерации подготовило постановление, предусматривающее увеличение выплат за звания академиков и членов-корреспондентов Российской академии наук.

Согласно проекту постановления, ежемесячная денежная выплата за звание академика РАН увеличится до 100 тыс. руб., а за звание члена-корреспондента — до 50 тыс. руб.

Как известно, до настоящего момента выплаты составляли 50 и 25 тыс. руб. соответственно.

Игорь ЯНОВСКИЙ.

Москва.

Высокий настрой диспансеризации

В Хабаровском крае началась всеобщая диспансеризация населения. В течение года медики планируют осмотреть почти 190 тыс. человек. Плановое задание составлено с учётом предложений, полученных от каждой медицинской организации региона по всем возрастным категориям граждан. В этом году участие в диспансеризации примет 51 медицинское учреждение, в том числе медики министерств обороны, внутренних дел, Федерального медико-биологического агентства, негосударственных учреждений здравоохранения ОАО «РЖД». Благодаря их участию в диспансеризации удастся снизить нагрузку в тех учреждениях, где наиболее остро стоит проблема дефицита участковых терапевтов, а также обеспечить проведение диспансеризации граждан, занятых на производствах с вредными и опасными условиями труда.

— При выявлении тех или иных изменений при первичном скрининге здоровья пациента направляют на уточняющую диагностику. Диспансеризация позволит выявить многие проблемы, проводить профилактические и лечебные мероприятия в полном объёме, что в итоге должно снизить смертность населения, — отметил министр здравоохранения региона Александр Витько.

С начала года в рамках диспансеризации врачи осмотрели уже 1,5 тыс. жителей Хабаровского края.

Николай ИГНАТОВ.

Хабаровск.

Робота-врача внедряют в учёбу

Робот-врач Медицинского института Северо-восточного федерального университета в Якутске будет полностью внедрён в образовательный процесс. Уже на днях студенты и преподаватели смогут работать на нём во время занятий.

В 2014 г. СВФУ выиграл грант на приобретение этого робота. Его передали кафедре сестринского дела университета для организации учебного процесса и оказания практической помощи медицинским сёстрам республики.

Искусственный врач посредством телемедицины позволяет охватить большее количество пациентов. Осмотр и все необходимые процедуры делает медсестра или фельдшер, а доктор принимает решение о лечении в реальном режиме, находясь за сотни километров.

— Ключевые области применения системы: инсульт, интенсивная терапия, кардиология, травма, педиатрия, неонатология, психиатрия, удалённая экстренная помощь, обход пациентов, перевод иностранным пациентам, клиническое лечение и наставничество в хирургии, — говорит заведующий кафедрой сестринского дела Медицинского института СВФУ Николай Дьячковский.

В настоящее время в Якутии с помощью дистанционных технологий работают 3 робота.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Якутск.

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

Признание

Награда за научные достижения Она нашла академика Шкловского

На заседании президиума Российской академии образования (РАО) с докладом «О стратегии, методологии лечения и нейрореабилитации детей и взрослых с последствиями поражений центральной нервной системы» выступил научный руководитель Центра патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения Москвы академик РАО Виктор Шкловский.

Академик отметил важность проблемы нарушений когнитивных функций, подготовки специалистов нейрореабилитологов, нейродефектологов в вузах и организации помощи разным категориям больных, нуждающихся в лечении и нейрореабилитации. По его словам, это очень важно и с экономической точки зрения. Если объединить усилия врачей, психологов, педагогов и органов власти в развитии науки, лечении и организации реабилитационного процесса, то можно было бы достигнуть значительных успехов в деле сохранения здоровья населения, особенно детей.

Выступивший в дискуссии по докладу главный учёный секретарь президиума РАО, главный специ-



алист по медицинской психологии Минздрава России, академик РАО Юрий Зинченко отметил, что существует целый ряд равнозначных проблем, которые требуют анализа, принятия неотложных решений, а также рационального использования уже существующих медицинских служб. Крайне важно учитывать многолетний опыт развития нейрореабилитации, научно-исследовательской работы и подготовки профессиональных

психологов и нейрореабилитологов в нашей стране.

Президент РАО Людмила Вербицкая вручила Виктору Шкловскому Большую золотую медаль Российской академии образования «за достижения в науке».

«МГ» присоединяется к поздравлениям в адрес своего автора с заслуженной наградой.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
доктор медицинских наук,
корр. «МГ».

В центре внимания

Вместе сделаем жизнь здоровой!

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Большие надежды Минздрав России и Российское общество фтизиатров возлагают на приток молодёжи во фтизиатрию, ставшую в последнее время одной из самых непрестижных специальностей, а потому задались целью предоставить молодым больше шансов реализовать себя, открыть перед ними новые горизонты. Свободный, незашоренный взгляд, свежие, дерзкие идеи начинающих свой путь в профессии, а также студентов-старшекурсников медицинских вузов, по замыслу организаторов, способны реально изменить ситуацию к лучшему.

Поэтому начиная с 2014 г. Министерство здравоохранения РФ, Российское общество фтизиатров при поддержке Всемирной организации здравоохранения,

«Медицинской газеты», Партнёрства Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ организуют конкурс научно-исследовательских, прикладных и организационных проектов молодых учёных, практиков и студентов «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века».

Целью этого начинания, вдохновителем которого был директор Центрального НИИ туберкулёза, президент Российского общества фтизиатров, член-корреспондент РАН Владислав Ерохин, ушедший из жизни в конце прошлого года, стало выявление творчески активных молодых специалистов и студентов-медиков, работающих во всех областях медицины или занимающихся фундаментальными и прикладными исследованиями в направлении борьбы с туберкулёзом. Это должно повысить престиж профессии врача-фтизиатра и послужить лучшей

рекламой медицинской науки и образования.

Итак, сегодня стартует второй по счёту конкурс «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века». С нынешнего года он проходит под пристальным вниманием Минздрава России. И это не случайно, поскольку настороженность в отношении туберкулёза делегируется не только фтизиатрам, но прежде всего тем, кто впервые сталкивается с туберкулёзной инфекцией, то есть врачам первичного звена и вообще докторам всех специальностей. Все вместе и каждый в отдельности должны быть на чеку в отношении этой смертоносной беды. Так и только так можно рассчитывать на успех в одолении палочки Коха.

А что же конкурс? Думается, в нынешнем году в нём примут участие гораздо больше участников, чем в году минувшем, и он станет ещё одной доброй традицией, которые поддерживает «МГ».

Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ»,
член экспертного совета конкурса.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Внимание: конкурс

Уважаемые коллеги!

В целях содействия формированию условий развития медицинского молодёжного научного творчества и пропаганды медицинской науки и образования среди студентов-медиков и молодых специалистов Российское общество фтизиатров объявляет конкурс научно-исследовательских, прикладных и организационных проектов молодых учёных, практиков и студентов «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века». В числе задач конкурса — выявить перспективные проекты молодых талантливых исследователей, работающих в области реализации мероприятий, направленных на борьбу с туберкулёзом, в том числе с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, а также провести мониторинг существующих молодёжных медико-социальных, научно-практических и организационных инициатив в Российской Федерации.

Организаторы конкурса — Министерство здравоохранения РФ, Всемирная организация здравоохранения,

профессиональное врачебное издание «Медицинская газета».

К участию в конкурсе приглашаются студенты медицинских вузов, молодые учёные в возрасте до 35 лет включительно — ординаторы, аспиранты, практикующие врачи всех специальностей, кандидаты и доктора медицинских наук.

Приём заявок осуществляется с 30 января по 15 мая 2015 г. Финал конкурса состоится в рамках Всероссийской научно-практической конференции с международным участием в конце года, где призёры представят свои работы. При наличии технической возможности отдельно будет награждён конкурсант, набравший наибольшее число голосов по итогам онлайн-голосования. Экспертным советом предусмотрены дополнительные формы поощрения.

С положением и формой заявки конкурса можно ознакомиться на официальном сайте «Медицинской газеты» www.mgzt.ru

По всем вопросам обращаться в оргкомитет конкурса (Москва) по тел.: +7-495-681-35-67.

Из первых уст

Конструктивное сотрудничество

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова выступила на сессии Всемирной организации здравоохранения. Она, в частности, сказала:

— Нашим приоритетом как во внутригосударственном, так и в глобальном измерении остаётся борьба с неинфекционными заболеваниями. За последние 10 лет в России смертность от основной причины — сердечно-сосудистых заболеваний — снизилась более чем в 2 раза. 2015 г. объявлен Президентом РФ Владимиром Путиным национальным годом по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Россия продолжает активно участвовать в разработке и реализации глобальных инициатив ВОЗ по борьбе с неинфекционными заболеваниями. Тематика создания глобального профилактического пространства положена в основу подписанной в мае 2014 г. стратегии сотрудничества России с ВОЗ. В декабре 2014 г. стартовал новый совместный проект, рассчитанный на 5 лет, с общим бюджетом свыше 20 млн долл., который предусматривает функционирование открытого в 2014 г. в Москве географически удалённого офиса по НИЗ. Важный вклад в борьбу с неинфекционными заболеваниями был

сделан решительной антитабачной политикой, позволившей впервые за 25 лет снизить в России количество потребителей табака — на 16%. Приверженность комплексной борьбе с табаком была подтверждена на 6-й сессии конференции сторон РКБТ ВОЗ, прошедшей в октябре 2014 г. в Москве и собравшей делегатов из более чем 180 государств и международных организаций.

Мы рады, что международным медицинским сообществом востребован российский опыт и по снижению младенческой и материнской смертности (в 3 и 4,5 раза). За 3 года в российских тренинговых центрах прошли обучение более 800 врачей из 18 стран мира.

Подготовил
Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Сити!

Москва.

Официально

Нормирование на новом уровне

В 2014 г. Минздравом России был разработан проект приказа, утверждающий типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением пациентом участковых педиатра, терапевта, а также врача общей практики (семейного врача), невролога, оториноларинголога, офтальмолога и акушера-гинеколога.

Пресс-секретарь Минздрава России Олег Салагай пояснил МИА Сити!, что типовые отраслевые нормы, устанавливаемые проектом приказа, адресованы организациям здравоохранения, а не врачам и медсёстрам. Практикующий врач должен принимать пациента ровно столько, сколько необходимо с учётом состояния его здоровья.

— Типовые нормы служат ориентиром для работодателя, который в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации самостоятельно определяет системы нормирования труда с учётом мнения представительного органа работников, или устанавливаются коллективным договором, — сказал он. — Более того, нормы труда могут различаться, в том числе у однотипных организаций, в зависимости от уровня техники, технологии, организации труда.

Действующие в настоящее время нормы основательно не пересматривались уже более 30 лет:

последние фотохронометражные исследования деятельности врачей-специалистов проводились в нашей стране в конце 70-х годов. Вместе с тем за это время в системе организации оказания медицинской помощи произошли существенные изменения: активно внедрялись принципы доказательной медицины, стандартизации, современные технологии.

В прошлом году по инициативе Минздрава России, НИИ организации и информатизации здравоохранения провёл фотохронометражные исследования в 17 субъектах Российской Федерации. В исследовании принимали участие участковые педиатры, терапевты, врачи общей практики (семейные врачи), неврологи, оториноларингологи, офтальмологи, акушеры-гинекологи.

Итоги исследований были положены в основу проекта приказа. Так, рекомендованное среднее время приёма пациента терапевтом и педиатром составило 15 минут, врачом общей практики — до 18 минут. Среднее время на посещение офтальмолога оценено в 14, оториноларинголога — в 16, невролога и гинеколога — в 22 минуты.

Для сравнения: в Великобритании средняя продолжительность приёма пациента врачом общей практики составляет 8 минут, в Испании — 10, в Германии — 13, в Швейцарии и Австрии — 15 минут. Таким образом, рекомендованное

время приёма пациента в Российской Федерации в среднем находится в пределах рекомендованного во многих других странах мира.

Отметим, что первая версия подготовленного проекта приказа содержала указание на «чистое» время общения с пациентом 9-10 минут (без учёта времени на заполнение медицинских документов), поэтому у ряда граждан, участвовавших в обсуждении документа, сложилось впечатление об изменении типовых норм в последующем варианте проекта приказа.

Вместе с тем эти нормы носят научно обоснованный характер. Предлагая расчётные типовые нормы, министерство исходит из того, что «бумажная» нагрузка на врача должна быть существенно сокращена, чтобы освободить больше времени на непосредственное общение с пациентом. Таким образом, если сегодня врач должен заполнять 9 документов, то в ближайшем будущем их число сократится до 3.

В настоящее время проект приказа о типовых нормах проходит общественное обсуждение, и все заинтересованные представители профессионального сообщества могут принять в нём участие.

Соб. инф.

Учёба

Уроки медицинской помощи

В Центре медицины катастроф Омской области, накануне 2015 г. справившем новоселье в новом здании, которое теперь оснащено самым современным оборудованием, начались занятия с учащимися сельских общеобразовательных учебных заведений.

Девчонок и мальчишек из сёл, деревень и районных центров Прииртышья специалисты этой службы обучают оказывать первичную медицинскую помощь людям, оказавшимся на грани жизни и смерти в результате внезапного нарушения сердечно-сосудистой деятельности организма, получившим различные травмы в быту или пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях.

Занятия с ребятами ведут преподаватели и инструкторы основ безопасности жизнедеятельности, прошедшие специальную подготовку. В программе обучения школьников теоретические занятия по азам оказания первичной медицинской помощи подкрепляются практическими. Конечно, подростки не присоединяются к медикам центра, выезжающим по

тревоге на места чрезвычайных ситуаций вроде ДТП или пожаров. Навыки доврачебной помощи при кровотечениях, ожогах и других травмах они приобретают на симуляционных тренажёрах в учебных аудиториях. Учат детей на имитаторах основам реанимационных мероприятий в случае, к примеру, остановки сердца.

Первыми курс по оказанию первичной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях прошли старшеклассники Черлакского района. Им вручены соответствующие сертификаты. Теперь они не растеряются, зная, что делать, если кому-то рядом с ними потребуется медпомощь. Сейчас в Центре медицины катастроф Омской области ждут вторую группу их сверстников — уже из Большереченского района этой сибирской территории. Программа такого обучения сельских школьников, одобренная губернатором региона Виктором Назаровым, рассчитана на несколько лет, а финансируется она из областного бюджета.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Криминал

Осторожно — взятка!



Преподаватель кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф Саратовского государственного медицинского университета им. В.И.Разумовского задержан за получение взятки в размере 12 тыс. руб.

Следствие полагает, что данную сумму педагог требовал за поста-

новку студенту зачёта по предмету «Безопасность жизнедеятельности». Сотрудник вуза был задержан при получении денег. По данному факту возбуждено уголовное дело по части 3 статьи 290 Уголовного кодекса РФ (получение взятки).

Алина КРАЗУЗЕ.
МИА Сити!

Саратов.

100 строк на размышление

В рамках «круглого стола» на тему «Социальное предпринимательство» эксперты подчеркнули, что частный бизнес готов пойти навстречу сокращённым в рамках модернизации столичного сегмента отрасли медикам и предоставить им места в частных клиниках. Однако что, на первый взгляд, странно, — столичные врачи с большой неохотой идут в частную медицину.

«Мы обеспокоены дальнейшей профессиональной судьбой медицинских специалистов, попавших под сокращение, и готовы предоставить им рабочие места в частном бизнесе», — заявил в ходе мероприятия заместитель руководителя проекта «Ресурсный центр поддержки социального предпринимательства» по медицинским вопросам и восстановительной медицины Григорий Флакс.

Пока же социальные предприниматели удивляются, врачи действительно не спешат с уходом в

В частном порядке

частный сектор здравоохранения. Почему? Вопрос неоднозначный. Однако можно попробовать догадаться о тех или иных мотивах медработников.

Прежде всего, необходимо отметить, что частная медицина за последние полтора-два десятка лет стремительно шагнула вперёд и по многим показателям опережает государственного «брата». Кроме того, в серьёзных частных медучреждениях квалификация специалистов значительно выше, чем в государственной медицине. Безусловно, всё индивидуально, однако именно в частном сегменте отрасли работодатели создают все условия для эффективной работы докторов.

В частной клинике врач не ограничен стандартным набором лекарственных средств, тогда как

в государственной больнице или поликлинике это обычная практика — назначать исключительно те медикаменты, которые есть в арсенале медучреждения. Конечно же, такие медицинские центры расчитаны, прежде всего, на граждан с материальным достатком выше среднего — с этим ничего не поделаешь.

Наряду с этим нельзя не отметить ещё одно веское преимущество частного медцентра — возможность приглашать на консультацию при необходимости того или иного высококвалифицированного специалиста, не ограничиваясь штатом медучреждения. Государственное ЛПУ такой «роскоши» позволить себе не может. Там просто-напросто до последнего будут использовать однажды установленные стандарты лечения. Ведь идти,

как говорится, «по накатанной» гораздо проще, нежели вникать в какие-либо новые веяния, не всегда абсурдные, к стати говоря. Но ксенофобия — вещь великая, особенно в нашей стране.

Нельзя не сказать ещё вот о чём. За свои личные деньги практически любой пациент будет спрашивать с врача, что называется, «по полной». Это и ежу понятно. Готов ли врач, проработавший энное количество времени в государственной системе здравоохранения и, как следствие, не привыкший отвечать за свои действия, к этому? Нужно полагать, что в большинстве случаев — нет. Особенно, если это энное время измеряется не одним десятком лет. Очень сложно менять профессиональную ментальность. Напоследок нельзя не сказать о профессиональном выгорании.

С грустью приходится констатировать, что государственная отраслевая система всячески способствует этому. Она отбивает малейшее желание вникать в проблемы пациента, формируя у врачей исключительно формальное отношение к своему делу. Ограниченность во времени. Вал бумажной работы. Такая система способна охладить пыл у самых больших энтузиастов и романтиков. Не без исключений, конечно.

Резюмируя сказанное, приходишь к выводу: а не это ли остаётся сокращённым в ходе реформ столичных докторов от трудоустройства в частные клиники? Быть может, они просто не готовы работать в иных условиях. К болоту, как известно, привыкаешь. Тепло и спокойно, пусть и не «в шоколаде». Зато — по старинке и без особого напряжения.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Москва.

Коллегия Счётной палаты Российской Федерации под председательством Татьяны Голиковой рассмотрела результаты контрольного мероприятия «Аудит эффективности использования средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, направленных в 2012 г. на реализацию мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, полномочия собственника которых осуществляют Минздрав России, Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА) и Российская академия медицинских наук (РАМН)». Для этого были проведены проверки в федеральных государственных бюджетных учреждениях Минздрава России, в том числе в Федеральном медицинском исследовательском центре им. В.А.Алмазова, Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова и Лечебно-реабилитационном центре Минздрава России. С сообщением на эту тему выступил аудитор Александр Филипенко.

— В 2012 г. на реализацию мероприятий по модернизации федеральных государственных учреждений, подведомственных Минздраву России, ФМБА России и РАМН, за счёт средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования было выделено 24,9 млрд руб. Освоение средств составило почти 100%, — отметил он на коллегии.

При полном освоении средств не все мероприятия выполнены и не все установленные плановые значения достигнуты. Так, в ходе выполнения мероприятий по капитальному ремонту не было отремонтировано от планируемого около 66 тыс. м² помещений. Плановых показателей капитального ремонта не достигли 2 учреждения Минздрава России, 6 учреждений ФМБА России и 1 учреждение РАМН.

Что касается текущего ремонта, отремонтировано чуть более 265 м² площадей при планируемых 270 тыс. Плановые показатели не выполнили 2 учреждения Минздрава России и 1 учреждение ФМБА России. При этом по Минздраву России выявлено увеличение затраченных средств на текущий ремонт при меньшем объёме отремонтированных площадей.

В части приобретения медоборудования плановых показателей не достигли 10 учреждений ФМБА России и 4 учреждения Минздрава России. При этом по Минздраву России отмечается увеличение финансовых средств по мероприятию при меньшем числе закупленного медоборудования на 415 единиц. Кроме того, несмотря на то, что в 2012 г. учреждения представляли в Минздравсоцразвития России перечень планируемого к закупке оборудования, Минздрав России информацией о том, что фактически приобретено федеральными медицинскими организациями, не располагает.

Далее — выполнение мероприятий по информатизации системы здравоохранения. Не были достигнуты плановые показатели в 10 учреждениях Минздрава России и 14 учреждениях ФМБА России. Как было отмечено на коллегии, на реализацию указанных мероприятий было выделено 1,2 млрд руб. При этом интеграция созданных локальных

режидениях, возможность качественно выполнить эту работу в оговорённые сроки вызывает сомнение», — отметил аудитор.

Отдельно на коллегии были рассмотрены результаты проверок, проведённых в 3 федеральных государственных учреждениях, подведомственных Минздраву России.

По результатам проверок был выявлен ряд нарушений действующего законодательства, в том числе при организации и осуществлении закупок медоборудования.

Указанное медоборудование было поставлено с задержкой в 38 дней, а введено в эксплуатацию с задержкой на 156 календарных дней без ведения учреждениям претензионной работы.

Аналогичные нарушения выявлены и в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова. В один лот на сумму более 3 млн руб. были объединены 2 различных вида оборудования (электрокардиограф и мониторы

навливали. Минздрав России соответствующие данные у этих ведомств не запрашивал и деятельность их организаций не анализировал. По учреждениям, подведомственным Минздраву России, установлено, что показатели не были достигнуты по 17 организациям из 91. При этом наибольшее недостижение наблюдается по снижению показателей больницы летальности, послеоперационным осложнениям, расхождению клинического и патологоанатомического диагнозов. Например в Центре им. В.И.Кулакова превышение фактических показателей над плановыми по послеоперационным осложнениям составило 30%. В Центре им. В.А.Алмазова расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов отмечены в 4% случаев вместо планируемого 0%, послеоперационные осложнения — в 0,6% случаев вместо 0,5%, послеоперационная летальность в 1% случаев вместо 0,8%. «Это не соответствует положениям статьи 10 Закона об основах охраны здоровья граждан в части качества и безопасности медпомощи», — подчеркнул А.Филипенко.

Аудитор также отметил, что основной целью модернизации было вхождение федеральных государственных медицинских учреждений в программу обязательного медицинского страхования. Однако в проверяемых федеральных государственных учреждениях отмечен рост в 2013 г. платных медицинских услуг населению. Например, Центре им. В.И.Кулакова и Лечебно-реабилитационном центре платные больные составляли 85% всех пролеченных больных.

Как показали проверки Счётной палаты, участие федеральных медицинских организаций в системе ОМС в 2013-2014 гг. ограничено. По мнению аудитора, это связано с отсутствием нормативного правового регулирования на уровне Минздрава России, единой тарифной политики и неравными условиями участия федеральных и региональных медицинских организаций в системе ОМС.

Коллегия приняла решение направить представления в Федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова и Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, информационные письма — в Минздрав России и Лечебно-реабилитационный центр Минздрава России, а также обращения — в Генпрокуратуру. Отчёт о результатах контрольного мероприятия будет адресован в палату Федерального Собрания.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Сити!

Москва.

Фото
Юрия ЛУНЬКОВА.

На контроле

Платных услуг становится больше

Счётная палата оказалась недовольна использованием средств ФОМС



По мнению Счётной палаты, так должно было быть везде

сегментов информационной системы с федеральным сегментом не осуществлена. «При 100%-ном освоении выделенных средств обязательства Минздрава России по внедрению компонентов единого информационного пространства в здравоохранении не выполнены. В нарушение Концепции информатизации здравоохранения единая государственная информационная система полностью в эксплуатацию Минздравом так и не введена. Отставание работ составляет более 1,5 лет», — сообщил А.Филипенко.

В этой связи он также обратил внимание на то, что 21 ноября 2014 г. Минздравом размещено извещение на разработку в 30-дневный срок системы ведения электронной медкарты на сумму более 84 млн руб. «В условиях функционирования различных вариантов электронных медкарт, применяемых в регионах и федеральных уч-

реждений. «Всего в ходе проверки указанных учреждений было выявлено нарушений на сумму свыше 58 млн руб.», — сообщил А.Филипенко.

В частности, в Центре им. В.А.Алмазова был проведён текущий ремонт траурного зала при том, что в соответствии с письмом Минздравсоцразвития России от 2 марта 2012 г. капитальному и текущему ремонту подлежат только помещения, где непосредственно оказывается медицинская помощь. Кроме того, установленные в центре отопительные системы (радиаторы) не соответствуют видам этих систем, указанным в контракте.

Помимо этого, в ходе проверки центра было установлено нарушение Закона о защите конкуренции. По контракту стоимостью около 80 млн руб. в один лот были объединены 2 единицы медоборудования (МРТ и рентгеноустановка), функционально между собой не связанные. При-

реанимационные). Кроме того, за счёт средств, выделенных на закупку медицинского оборудования, были закуплены компьютеры, серверы и иное информационное оборудование на общую сумму около 27 млн руб., что свидетельствует о возможном нецелевом расходовании средств.

По данному учреждению также установлено нарушение порядка размещения заказа у единственного поставщика: уведомление в Управление ФАС России по г. Москве было направлено без копии акта обследования помещений, подтверждающего возникновение обстоятельств непреодолимой силы (протечку воды). Кроме того, в нарушение Градостроительного кодекса проектная документация по капитальному ремонту помещений общей стоимостью более 22 млн руб. не утверждалась.

В свою очередь, проверка Лечебно-реабилитационного центра показала, что за счёт внебюджетных средств центр поручил проведение экспертизы сметной стоимости работ по капитальному ремонту организации, не имеющей необходимой аккредитации. В связи с этим оценить соответствие сметы выполненных работ на общую сумму более 66 млн руб. федеральным единичным расценкам не было возможным.

Также на коллегии были представлены результаты оценки деятельности всех федеральных государственных учреждений, участвующих в программе модернизации. Так, было отмечено, что, несмотря на рекомендации Минздравсоцразвития России от 1 марта 2012 г., ФМБА России и РАМН целевые значения показателей результативности для своих организаций не уста-

Тенденции

Создан продуктивный союз

Процедуру экстракорпорального оплодотворения в Кузбассе будут выполнять сразу пять клиник

В перечень медицинских организаций, которые в рамках ОМС будут заниматься данной вспомогательной репродуктивной технологией, вошло одно муниципальное учреждение здравоохранения (зональный перинатальный центр в Новокузнецке), и четыре частных медицинских структуры, две из которых находятся в Кемерово, а две — в «южной столице» Кемеровской области, в Новокузнецке. Таким образом обеспечена максимальная доступность данной медуслуги для жительниц как северных, так и южных территорий региона. Хотя окончательное право выбора «своей» клиники и остаётся за женщинами.

Как уточнила заместитель начальника Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области Елена Зеленина, на 15 декабря 2014 г. в очереди на проведение ЭКО в Кузбассе стояли 307 женщин. Понимая, что эта цифра может не отражать истинной потребности в данном виде медицинской помощи, на 2015 г.

объёмы выполнения ЭКО за счёт Программы госгарантий бесплатной медицинской помощи заложили с запасом: более 400 процедур. Для сравнения: в минувшем году бесплатно такую помощь получили только 210 женщин.

Чтобы встать в очередь на ЭКО, женщины и их партнёры-мужчины по-прежнему должны будут

предварительно пройти по месту жительства необходимые обследования для уточнения проблемы бесплодия и, если понадобится, лечение. Если окажется, что какая-либо территория не располагает возможностями для проведения тех или иных исследований, на помощь местным медикам придут коллеги из перинатальных центров Кемерово и Новокузнецка, на этот счёт департамент уже дал соответствующие поручения. Обследования в перинатальных центрах для пациентов также будут проводиться бесплатно, по полису ОМС.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Конференций, которые проходят в Екатеринбургском центре МНТК «Микрохирургия глаза» накануне Нового года, уральские офтальмологи ждут с нетерпением и радостью. За 22 года их проведения выросло целое поколение врачей, для которых это мероприятие – и школа передового опыта, и возможность общения, как профессионального, так и дружеского.

Генеральный директор центра Олег Шиловских в числе прочего отмечает и то, что эти конференции центр проводит исключительно на собственные средства. Сделать их бесплатными для участников помогает и включение мероприятия в план работы областного Минздрава, благодаря чему несколько сотен медиков имеет возможность приехать сюда не за свой счёт, а в командировку.

А едут на мероприятие не только со всех концов Уральского федерального округа, но и из Перми, Уфы, других мест. Так, в этом году было 450 участников, и это число для однодневной конференции – просто удивительное. Все они не только прослушали ряд интереснейших докладов, но и стали свидетелями операций с использованием новых технологий.

Учёба в режиме онлайн

– Операционная готова. Можно начинать! – звучит голос с большого экрана. Этот экран разделён на две части. На одной можно наблюдать, что происходит в операционной. А на второй – то, что видит хирург на мониторе.

Первую операцию, с использованием технологии SMILE (УЛЫБКА), проводит заведующий отделением лазерной рефракционной хирургии Олег Костин. Это операция с применением новейшей технологии – фемтосекундного лазера для коррекции миопии и миопического астигматизма, дальнозоркости. В операционной – 24-летний пациент с диагнозом «миопия III степени».

Вся процедура занимает буквально несколько секунд, при этом сложные изменения зрения корректируются с минимальным воздействием лазерной энергии на ткани глаза. А название операция получила от того, что надрез получается в виде смайлика.

Затем удаление катаракты с имплантацией мультифокального хрусталика с помощью фемтосекундного лазера для хирургии катаракты выполняют 50-летнему пациенту руководителю центра рефракционно-лазерной хирургии Алексей Ульянов и офтальмохирург Андрей Ободов. Они демонстрируют возможность применения фемтосекундного лазера для формирования разрезов роговицы, вскрытия капсулы хрусталика и дробления мутного хрусталика, после чего была имплантирована интраокулярная линза, позволяющая не пользоваться очками после операции. По словам хирургов, процедура не очень приятная, но безболезненная. А главное – такая методика гарантирует высокое качество операции, уменьшает время воздействия ультразвука на ткани глаза. Не говоря уже о преимуществах лазерного раз-

Новые подходы

Операция по имени Улыбка

Уральские офтальмологи осваивают самые современные технологии



О.Шиловских комментирует сообщения из операционной екатеринбургским журналистам

реза перед мануальным...

В следующей операционной молодой врач-офтальмохирург Максим Никулин выполняет 60-летнему пациенту операцию трабекулотомии ab interno, призванную нормализовать внутриглазное давление у пациента на долгий срок. Это хирургия глаукомы путём воздействия на внутреннюю часть трабекулы, той структуры глаза, через которую идёт отток глазной жидкости. Это микроинвазивная хирургия глаукомы, позволяющая добиться снижения внутриглазного давления со стойким результатом.

Она интересна ещё и тем, что проводится с помощью разработанных здесь же, в центре, и производимых в России инструментов, которые не отличаются по качеству от зарубежных аналогов, а по стоимости гораздо дешевле, что особенно важно в настоящее время.

При этом, по словам специалистов, эта технология отличается своей простотой, сравнительно небольшой затратностью и высокой эффективностью.

Самой сложной и длительной оказалась операция, выполненная молодым заведующим отделением диагностики Алексеем Рапопортом – бесшовная эндовитреальная хирургия диабетических изменений сетчатки при пролиферативной диабетической ретинопатии. Пациентка, страдающая диабетом много лет, была прооперирована через незначительные проколы склеры. Не требующая наложения швов операция позволяет максимально быстро восстановиться после неё.

Не ошибусь, если скажу, что последняя операция привлекла наибольшее внимание и вызвала затем интересное обсуждение в зале. Врач-дакриолог Елена Борзенкова выполнила восстановление проходимости слёзных путей при дакриоцистите новорождённых у ребёнка 3,5 месяца от роду. Как известно, эта патология наблюдается у

2-4% новорождённых. В 2013 г. в Екатеринбурге проведено около 2,5 тыс. таких операций, из них в МНТК – 241, но, в отличие от предыдущих, показанных на конференции, зондирование и промывание слёзных путей новорождённым проводилось под наркозом в условиях управляемой анестезии, что делает процедуру для маленького пациента абсолютно безболезненной,



В.Ободов и Е.Борзенкова перед началом трансляции операций

легко переносимой и хорошо контролируемой, в отличие от традиционно проводимого без наркоза зондирования с использованием тугого пеленания ребёнка.

...Во время этой операции особенно ясно, что идёт она в режиме онлайн: чтобы убедиться в результате, ребёнок осторожно переводят из горизонтального положения в вертикальное, проверяют проходимость слёзных путей их промыванием. Маленького пациента тут же возвращают в прежнее положение, и врач завершат процедуру.

Экран гаснет, и под аплодисменты коллег в зале появляются хирурги, за работой которых мы только что наблюдали (а многие ещё и записывали ход операций на айфоны, смартфоны и

планшеты). Каждый рассказывает об особенностях процесса, отвечает на вопросы.

Живая хирургия и живое общение

– Такая «живая хирургия» – настоящая изюминка наших конференций, – комментирует заведующий операционным блоком центра Борис Лаптев, который выполнял обязанности модератора онлайн операций. – Мы используем этот приём уже 12 лет, и каждый раз он вызывает огромный интерес.

Таким образом, мы подытоживаем и для себя, и для всех участников: что освоили за год, как развиваемся. Например, SMILE впервые показывали в прошлом году, а сейчас эту технологию используем в большинстве случаев.

Б.Лаптев поясняет: медики центра стараются перенять самое лучшее, что есть в мировом опыте. В частности, лазерная, безножевая хирургия способствует уменьшению хирургической травмы, более точному выполнению заданных размеров вскрытия роговицы и максимально быстрому выздоровлению.

Высоко отзываются он и о коллегах, выполнявших операции.

ситете, Сергея Кандакова. Он пришёл сюда по приглашению сотрудников центра вместе с одноклассниками.

– Пока учусь, всё поражает, – с улыбкой говорит он. – В МНТК вообще очень интересно: увидел новые технологии, новые подходы, посмотрел вживую операции. Такой опыт больше нигде не получишь!

А заведующий офтальмологическим отделением городской больницы № 5 Каменск-Уральского Александр Осиповский может писать «биографию» данных конференций. Он не пропустил ни одну из 22!

– Организационный уровень никто даже не обсуждает, он всегда на высоте, – отмечает Александр Петрович. – Не уступает и содержание. Впрочем, конференции, которые проходят на базе передового предприятия области, имеющего колоссальные традиции, постоянно стремящегося быть в современной струе, не могут быть другими.

– Не секрет, что наша отрасль, будучи и технически, и научно насыщенной, развивается стремительно. И где можно почерпнуть современное видение и решение проблемы, как не на таких конференциях! – добавляет он.

А в завершение беседы мой собеседник сказал самую, на мой взгляд, важную вещь:

– Из Интернета поступает гигантское количество информации. Но это – как слушать музыку по сотовому телефону или читать Тургенева на компьютерном экране. Здесь важны детали – то, что обычно можно получить только при живом общении...

Поэтому для уральских офтальмологов ездить сюда стало нормой.

Одним из почётных гостей много лет является заведующая кафедрой офтальмологии Тюменской государственной медицинской академии, профессор, заслуженный врач РФ Наталья Коновалова.

– Каждый год на подобных мероприятиях видишь новые возможности офтальмологии. Причём здесь не просто демонстрируют: посмотрите, как мы это делаем! А предлагают: если надо, научим!

Тут, конечно, много значит оснащение. Но главное – золотые руки хирургов и их блестящие знания.

В сложных случаях отправляем сюда пациентов на консультацию и ни разу не получили отказа. Причём у нас не столько товарно-денежные, сколько настоящие человеческие отношения.

К сожалению, многие привыкли всё мерить рублём. А в офтальмологии не обойтись ещё и без нравственности. Именно она обязывает врачей помнить: одним касанием можно либо помочь человеку видеть мир, либо закрыть его навсегда. В Екатеринбургском центре об этом никогда не забывают.

Обсуждение докладов и уроков «живой хирургии» продолжалось в центре и во время фуршета – необходимой составляющей общения, особенно предновогоднего.

Олег Шиловских очень дорожит этой атмосферой, в которой удачно сочетаются работа и праздник. И уже планирует очередную, 23-ю конференцию...

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Екатеринбург.

Лидирующая тема последнего времени – недостаточное количество специалистов-медиков в первичном звене, особенно в детских лечебных учреждениях. И ещё ясно, что только вузовского образования в условиях развития и специализации медицины уже явно недостаточно для оказания современной первичной медицинской помощи. Как быть?

Пример Кубы

К сожалению, в своё время у нас не состоялась адекватная коррекция подготовки участковых врачей, в отличие от зарубежных стран, где начиная с последних десятилетий XX века, стала активно нарастать последипломная подготовка (от 2 до 4 лет) выпускников вузов для работы в первичном звене в качестве врачей общей практики.

Это происходило не только в европейских странах, но и в странах со слабой экономикой. Убедителен пример Кубы: при низком финансировании здравоохранения (в 3 раза меньше, чем в России) и минимальном материально-техническом оснащении лечебных учреждений проводится трёхлетняя последипломная подготовка всех выпускников вуза (год – интернатура, два – ординатура) по общей медицинской практике. В результате благодаря последующей грамотной работе врачей первичного звена Куба имеет высокий рейтинг здоровья населения, как в своём регионе, так и в мире. В частности, по данным ВОЗ, ООН и Всемирного банка, она занимает 28-е место, США – 33-е, РФ – 97-е.

Отсутствие последипломной подготовки не позволяет участковому врачу работать на современном уровне. Спрессованное вузовское время не обеспечивает возможность усвоения навыков по оказанию современной первичной помощи, в том числе и по узкоспециализированной патологии.

В результате участковый врач не способен своевременно провести необходимые профилактические, диагностические и реабилитационные мероприятия и этим самым купировать формирование начальных форм патологии, которые в дальнейшем требуют уже дорогостоящей помощи. Невольно напрашивается вывод, что плохо просчитанная экономия оборачивается большими расходами.

20 лет реформировали, реформировали...

Прав профессор И. Григович из Петрозаводска, когда говорит: «Почему, беря что-то хорошее из чужого опыта, мы обязательно сделаем всё на свой лад и в самом неудовлетворительном варианте. Подписали Болонское соглашение и взяли из него только тестирование, при этом оставили без изменения. А главное – это специализация на последипломном этапе, завершение которого только и даёт право на самостоятельное врачевание».

Прошло уже более 20 лет, однако результативного реформирования первичного звена так и не состоялось, и оно по-прежнему захлёбывается в массе своих проблем.

Внедрение системы врачей общей практики, призванных заменить участковых врачей, было необходимым. Но использование европейского опыта проводилось без учёта эффективной отечественной системы раздельной первичной помощи

для детского и взрослого населения страны. То есть был нужен участковый врач общей педиатрической практики (или педиатр широкого профиля) и участковый врач общей терапевтической практики (или терапевт широкого профиля).

Подобное деление при наличии направленной вузовской подготовки (педиатрические и

пуски при отсутствии последипломной подготовки вызывает особое беспокойство и тревогу у региональной педиатрии. Так, профессор Н. Чёрная из Ярославля пишет:

«Ситуация в амбулаторной педиатрии окончательно будет доведена до абсурда, когда медицинские вузы будут открывать дорогу в амбулаторную

научно-педагогическая база данного профиля. Это не только Москва и Петербург, но и Смоленск, Иваново, Оренбург, Тверь и особенно Ярославль».

Наряду с последипломной подготовкой выпускников, учитывая оренбургский опыт, обязательно должна быть предусмотрена групповая специализация работающих участковых врачей

десятилетия, но она так и не была применена. В итоге, как сообщает Г. Улумбекова (см. «МГ» № 31 от 25.04.2014), «результаты проведённой реорганизации в Москве на протяжении 2,5 года оказались отрицательными. Она вызвала хаос, недовольство населения и нарастание дефицита участковых врачей». Таков первоначальный итог реформирования

Острая тема

Катастрофический дефицит

До такой степени, похоже, доходит нехватка кадров врачей в детских поликлиниках



лечебные факультеты) позволяло сократить в отличие от зарубежных стран последипломную специализацию при сохранении её высокого качества.

В настоящее время врачи единой общей практики востребованы в качестве семейных врачей в небольших поселениях при низкой концентрации детского населения. При высокой численности нужны врачи общей педиатрической (именно педиатрической!) практики. В этих условиях, как показал 20-летний опыт, функционирование врача единой общей практики малопродуктивно. Работа с детьми, особенно раннего возраста, новорождёнными, недоношенными и маловесными, без вузовского педиатрического образования в современных условиях очень рискованна.

Туманные перспективы

Новое руководство отрасли в 2012 г. восстановило в вузах поликлиническое учебное время 80-х годов, в его состав включены разделы неотложной помощи на догоспитальном этапе. В связи с этим сейчас принимается решение о непосредственном направлении с 2016 г. выпускников на работу в первичное звено, даже без интернатуры, чтобы восполнить кадровый дефицит в этой структуре.

Однако, на мой взгляд, возвращение прежнего учебного времени по амбулаторной практике, но при отсутствии прежнего обязательного распределения выпускников кадровую проблему не снимет. А главное – без целенаправленной последипломной специализации по общей практике приведёт к дальнейшему разрушению первичной медицинской помощи.

Кстати сказать, интернатура не решала этих задач применительно к общей амбулаторной педиатрической практике. Она проводилась без целенаправленной программы, без наставничества и строгого экзаменационного контроля, в отрыве от практических условий учреждений первичного звена.

Решение о направлении вы-

пускникам сразу после студенческой скамьи с практической подготовкой в симуляционных центрах.

Отсутствие специализации выпускников для работы в первичном звене сопровождается нарастающим совершенствованием их подготовки по специальностям стационарного профиля. Так, прорабатываются стандарты программы ординатуры, её продолжительность увеличивается и пр. Всё это востребовано. Очевидно, финансовый дефицит диктует необходимость сохранения подобного одностороннего внимания к последипломной подготовке выпускников. Действительно, по рекомендации ВОЗ отчисление на здравоохранение должны составлять не менее 5% ВВП. У нас получается значительно меньше. Например, в 2014 г. было всего 3,2%. Недавно, правда, поступило распоряжение Президента РФ по увеличению этого отчисления до 5%.

К сожалению, кризисные явления последнего времени, санкции снижают величину ВВП, поэтому абсолютный уровень отчислений на здравоохранение, даже при 5%, в лучшем случае не будет увеличиваться».

Куда направить средства?

В этих условиях необходимо очень продуманное распределение средств, в том числе и на подготовку кадров. Дело в том, что накопление тяжёлых форм патологии, нуждающейся в высокотехнологичной и дорогостоящей медицинской помощи и высококвалифицированных специалистах, связано с неудовлетворительной работой врачей первичного звена, не способных в большинстве случаев купировать начальные проявления этих форм.

Следовательно, одностороннее наращивание средств в этом направлении неспособно основательно повлиять на подъём общего уровня медицинской помощи и здоровья населения. Так, по словам Г. Улумбековой (см. «МГ» № 31 от 25.04.2014), по обеспечению дорогостоящим медицинским оборудованием Москва уже вышла на уровень Евросоюза, чего нельзя сказать о первичной медицинской помощи в городе.

Таким образом, просматривается необходимость перемещения средств на специализацию врачей первичного звена, по которой мы отстали от развитых стран на 30-40 лет. В этом плане следует ещё раз обратить внимание на высокорезультативный опыт кубинской медицины.

Первоначально подобное перемещение следует организовать в нескольких пилотных территориях, где имеется основательно подготовленная

по общей практике. В дальнейшем необходимо непрерывное повышение квалификации работающих медиков. Имеется в виду не только усовершенствование в системе ФПК (1 раз в 5 лет), но и участие в семинарах, конференциях, получение доступа к электронным информационно-образовательным ресурсам непосредственно на рабочих местах. К сожалению, участковые врачи фактически этой системой у нас не пользуются.

Между тем подобная система активно применяется в зарубежных странах врачами первичного звена. Там эта востребованность формируется, в том числе их основательной последипломной специализацией, которая обеспечивает готовность и способность к восприятию и оценке новых разработок и открытий.

В наших условиях подобной готовностью обладают медицинские работники стационаров, в анамнезе которых, как правило, имеется специализация, ординатура. Именно этот контингент, а также сотрудники клинических кафедр России и составляют основную часть участников съездов, конференций, семинаров и пользователей электронных источников информации. Врачи первичного звена фактически в них не участвуют, даже при условии свободного доступа.

Отсюда ещё раз напрашивается вывод о необходимости обязательной последипломной специализации выпускников вузов для работы в первичном звене, что станет основой формирования последующей потребности в использовании современной системы непрерывного познания и повышения своей квалификации. Этой потребности будет способствовать и устранение диспетчерских функций в работе врача общей практики.

Печальный результат

В настоящее время предпринимаются немалые усилия по улучшению работы первичного звена и приближения высокотехнологичной помощи для населения. С этой целью создаётся трёхуровневая система.

Целесообразность данного реформирования очевидна: невозможно каждую поликлинику обеспечить всем комплексом современного диагностического оборудования. Но специалисты 2-го уровня смогут плодотворно выполнять свои обязанности, если врачи первичного звена будут готовы работать на принципах врачей общей практики. В противном случае лавина пациентов первого уровня парализует деятельность второго.

Подобная рекомендация по подготовке участковых врачей нами высказывается уже не раз на протяжении последнего

О клинических базах

Одной из причин низкой готовности выпускников к работе в практических условиях, особенно в постоянно меняющейся обстановке первичного звена, является недостаточность контактов с больными, так как многие кафедры в последние годы лишены клинических баз.

В этих условиях идёт активное создание симуляционных центров с муляжами и манекенами, функционирование виртуальных клиник. Конечно, их использование для отработки манипуляций крайне необходимо. Однако «как нельзя музыканта научить играть на пианино без инструмента, так невозможно научить будущего врача лечебному делу без больного».

Вот почему в современных условиях последипломная специализация участковых врачей особенно необходима.

Чрезвычайно трудная обстановка в этом отношении сложилась на клинических кафедрах лечебных факультетов в университетах. Как пишет профессор Р. Артамонов, «в своё время бывшие медицинские институты стали университетами и попали в нормативном плане под юрисдикцию Минобрнауки, традиционные установок которого не предусматривают лечебную работу преподавателей. К счастью, сейчас в Москве выделен ряд городских больниц, где назначены два руководителя: главный врач, отвечающий за материально-техническое оснащение учреждения, и заведующий кафедрой, обеспечивающий организацию и контроль за лечебной деятельностью».

Просчитать последствия

Обсуждая тему о клинических базах закономерно поставить вопрос об ответственности управленческих структур за последствия принимаемых решений. В частности, руководство вуза, принимая решение о переходе в новое ведомство, обязано было просчитать возможные последствия, добиваясь при этом необходимых изменений в договорных обязательствах (в данной ситуации между министерствами здравоохранения и образования).

В противном случае, возможно, целесообразно было сохранять статус медицинской академии и, оставаясь в подчинении медицинского ведомства, располагать большей свободой действия, необходимой для подготовки врачебных кадров.

Следует сказать, что некоторые решения, вырабатываемые даже в одном министерстве, не всегда с должной тщательностью

рассматриваются заинтересованными департаментами. Например, в 1998 г. в Минздраве России был разработан крайне необходимый приказ о передаче подростков (от 14 до 18 лет) под наблюдение педиатрической службы. В соответствии с этим приказом предложено было изучение проблем подростковой медицины включить в программу кафедр поликлинической педиатрии, исключив данный раздел из программы терапевтической кафедры.

При подготовке этого документа Департамент медицинского образования должен был указать на перенос адекватного количества учебных часов с кафедр терапии на кафедру поликлинической педиатрии, что не было сделано. В свою очередь Департамент медицинской помощи детям, который готовил приказ, обязан был добиться устранения пробела.

Первое время представители оставшихся кафедр поликлинической педиатрии обращались к разработчикам этого документа с просьбой внести необходимую поправку. Однако только спустя 14 лет, в 2012 г., когда новое руководство нашей отрасли восстановило прежний объём учебного времени поликлинического профиля, положение несколько улучшилось. В итоге, по данным главного педиатра России академика А.Баранова, «заболеваемость подростков, особенно в старшей возрастной группе, за 10 лет выросла на 30%». Не исключено, что на формирование негативных сдвигов повлияла и недоработка вышеуказанного документа при отсутствии опыта участковых педиатров по наблюдению за подростками старших возрастов.

Одновременно А.Баранов свидетельствует, что свыше 50% юношей и девушек имеют заболевания, которые отрицательно влияют на репродуктивную функцию. В этом плане чрезвычайно обоснованы предложения профессора Н.Чёрной из Ярославля по изменению функциональных обязанностей центров здоровья применительно к детскому возрасту.

Центры здоровья – для подростков

Профессор Н.Чёрная отмечает, что открытие центров здоровья для детей без предварительного анализа, без обсуждения и детальной обработки в пилотных территориях – это ещё одна искусственно созданная система. Эти центры дублируют функции участковых врачей первичного звена, забирая на себя часть ресурсов здравоохранения, при более низкой их результативности.

«Путь укрепления здоровья детей – это профилактика отклонений в состоянии здоровья новорождённых ещё до их рождения и даже до зачатия, – считает Н.Чёрная. – Отсюда целесообразно переориентировать работу созданных центров. На их базе следует создать центры охраны и восстановления здоровья молодёжи, работа которых, прежде всего, должна быть ориентирована на профилактику, диагностику и лечение заболеваний репродуктивной системы, реализацию образовательных программ, направленных на формирование у будущих родителей сознательного отношения к выполнению родительских обязанностей».

Всё это созвучно с выступлением академика А.Баранова: «Работу центров здоровья целесообразно ориентировать на подростков и создавать их на базе общеобразовательных

учреждений. В стране насчитывается более 3 млн бесплодных браков».

Конечно, особая роль в купировании подобных проблем репродуктивной сферы принадлежит специалистам соответствующего профиля. Однако, напоминает А.Баранов, «детские гинекологи в структуре врачебных специальностей отсутствуют». Впрочем, в этой структуре отсутствуют и многие другие специальности для детей.

К детям идти своим путём

Сегодня только 7 специальностей выделено для детского населения: неонатолог, детский хирург, детский кардиолог, детский уролог-андролог, детский онколог, детский эндокринолог и детский стоматолог. Таким образом, основную часть специализированной помощи детям оказывают общие (единые) специалисты, не имеющие педиатрического образования. Кстати, их специализация по времени, как правило, ограничена (в отличие от зарубежных коллег) и связана, главным образом, с проблемами взрослого населения.

В итоге можно утверждать, что полноценная специализированная помощь детям у нас отсутствует. Всё это, естественно, сказывается и на их заболеваемости. Нельзя забывать, что и болезни взрослых – «родом из детства», поэтому необходимость создания многофакторной специализированной помощи детям очевидна.

Стремление к европейскому стандарту, в том числе и по учёту медицинских специальностей, должно сопровождаться приоритетным вниманием к традициям отечественной медицины, которая складывается из раздельного образования и возрастного построения медицинской помощи. Таким образом, мы должны идти своим путём, преимущества которого в прежние времена неоднократно отмечало мировое медицинское сообщество, в том числе на Всемирной ассамблее здравоохранения в 1970 г.

Необходимо создавать масштабную специализированную помощь детям. Нам особенно нужны детские неврологи, лор-врачи, ортопеды, не говоря уже о гематологах, пульмонологах, нефроlogах, гастроэнтерологах и других специалистах, которыми обеспечено взрослое население. Причём по каждому указанному профилю происхождение, течение, лечение заболеваний у детей принципиально отличается от этих процессов у взрослого человека, тем более пожилого возраста. Возможно, специальность должна быть одна, но с двумя её формами (для детского и взрослого населения). Это позволит готовить специалистов для детей только из педиатров. Естественно, предложение нуждается во всестороннем согласовании.

В связи с этим возникает необходимость обсуждения ещё одного вопроса, который тормозит развитие специализированной помощи детям.

Известно, что в медицинских вузах функционирует ряд профильных факультетов, из которых только два лечебные – педиатрический и лечебный. Однако при окончании лечебного факультета (где определяющей дисциплиной является терапия и значительная часть выпускников призвана работать терапевтами) у всех выпускников в дипломе записано «врач по специальности «лечебное дело», а не «врач по специальности «терапия».

В ином положении находятся выпускники педиатрического

факультета. Помимо педиатрии как основной дисциплины одновременно изучаются и другие формы патологии детского возраста. Однако все получают только одну «локальную» специальность – «педиатрия», вместо логически обоснованной «врач по специальности «лечебное дело детского возраста», что тормозит развитие специализированной помощи детскому населению России, которое чаще всего вынуждено обращаться к специалистам, не имеющих педиатрического образования. Подобная установка имеет глубокие исторические корни, когда педиатрия долгое время рассматривалась только как часть общего лечебного дела. Однако уже более 70 лет она выделена в самостоятельную и масштабную службу, аналогично взрослой медицине, и обеспечена направленной подготовкой по всему спектру патологии детского возраста, в том числе и по специализированному профилю.

Решения и предложения

Многолетние усилия Союза педиатров России, Научного центра здоровья детей (НЦЗД) и его руководителя академика А.Баранова по разработке и осуществлению государственных программ в сфере охраны здоровья и медицинского обслуживания детей и подростков приносят свои плоды.

Так, Президент РФ В.Путин утвердил перечень поручений, и в том числе – формирование единой государственной системы реабилитации детей и подростков, предусмотрев создание реабилитационных центров в субъектах Федерации. Научно-методическое руководство этой деятельностью возложено на НЦЗД, который получает статус Национального научного центра здоровья детей и подростков.

Большой резонанс вызван решением III съезда Национальной медицинской палаты 2014 г., в связи с чем Президент дал поручение Правительству, Государственной Думе и Минздраву России.

Часть этих поручений бесспорно помогут в реализации ряда кадровых проблем, обозначенных в данном материале. Например, при разработке профессиональных стандартов следует предусмотреть мотивацию к постоянному повышению квалификации; активизировать работу по внедрению непрерывного профессионального последипломного образования медицинских работников; разработать предложения по формированию института наставничества для выпускников медицинских учебных заведений, интернов и ординаторов; включить в номенклатуру должностей медицинских работников должность «врач-стажёр»; восстановить распределение выпускников медицинских учебных заведений, обучавшихся за счёт средств бюджета РФ.

Кроме того, для улучшения работы учреждений первичного звена следует должность «участковый врач» (педиатр или терапевт) заменить на «врач общей практики» педиатрического или терапевтического профиля и обеспечить последипломную специализацию; разработать программу специализации по общей практике педиатрического и терапевтического профиля; для института наставничества нужно сформировать программы, определить формы ответственности и контроля для разного контингента обучающихся медиков.

Антонина ГРАЧЁВА,
профессор.

Москва.

Ситуация

Домашний врач семьи Мальцевых

Сотрудники санатория оказывают всемерную помощь попавшим в беду

Более 100 вынужденных переселенцев из Луганской области нашли временный приют в Санатории имени Калинина, что находится в селе Никольское Мичуринского района Тамбовской области. Они обеспечены всем необходимым для проживания. В том числе и медицинским обслуживанием.

По территориальной принадлежности сельское поселение относится к медицинскому учреждению села Заворонежское, расположенного за 10 с лишним километров. С первых же дней пребывания приезжих на мичуринской земле их взяли под свою опеку медицинские работники оздоровительного учреждения. Среди них педиатр санатория Ирина Строганова. Заболел ребёнок в семье Мальцевых. Узнав об этом, Ирина Евгеньевна осмотрела девочку. Врач почти с 25-летним стажем без труда установила диагноз и назначила лечение. «Скорой» был дан отбой. Вскоре дела у Ангелины Мальцевой пошли на поправку, и она вернулась к учёбе.

С тех пор санаторный доктор постоянно следит за здоро-

вьем девочки. Не забывает и об остальных 14 школьниках из украинских семей, оказывая им своевременную медицинскую помощь. Медработникам из стационарного учреждения остаётся только госпитализировать детей в случае необходимости. «А как же насчёт переработки?» – задаю вопрос Ирине Евгеньевне.

– Знаете, – ответила она, – этот вопрос даже не стоит в нашем коллективе. Думаю, также не волнует он и тысячи россиян, приютивших людей, попавших в беду и ныне живущих в России.

Своим долгом считают оказание помощи проживающим в санатории коллеги Ирины Строгановой Виктор Сапельченко и Татьяна Ряшенцева. По словам директора санатория Евгения Киселёва, руководство здравницей приветствует такое отношение врачей, тем более что работу с приезжими из Украины они проводят без ущерба для отдыхающих здесь жителей Тамбовщины и прилегающих регионов.

Валерий ЧИСТЯКОВ,
внешт. корр. «МГ».

Тамбовская область.

Фото автора.



Ирина Строганова заботливо осматривает Ангелину Мальцеву

Тенденции

Военные — гражданским

Московские медучреждения, подшефные Министерству обороны РФ, выразили готовность в содействии по трудоустройству сокращённых медицинских работников в рамках проводимой реформы по оптимизации столичного здравоохранения.

По предварительной оценке, в медицинской системе главного военного ведомства могут получить работу более 2 тыс. человек.

«На сегодняшний день мы готовы принять на работу свыше полусотни квалифицированных специалистов. Наибольший дефицит сейчас у нас отмечается в терапевтах, общих хирургах, анестезиологах, врачах-лаборантах, а также специалистах лучевой диагностики, – заявил накануне начальник Главного военно-медицинского управления Минобороны России Александр Фисун. – Кроме того, мы готовы предложить около 1,5 тыс. вакансий младшего и среднего медперсонала», – добавил он.

Чиновник перечислил медицинские учреждения, где сокращённые

медики могут найти новое место работы: Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневского, Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В.Мандрыка, а также Лечебно-реабилитационный клинический центр Минобороны России.

«Уровень заработной платы по некоторым специальностям в нашем ведомстве превышает средний по столичному региону в целом, – отметил А.Фисун. – Наряду с этим все «гражданские» медики имеют право на получение бесплатной медпомощи в наших ведущих госпиталях и льготы на оздоровительный отдых в военных санаториях. Помимо всего прочего мы предоставляем им возможность официального повышения профессиональной квалификации в наших ведомственных институтах усовершенствования врачей», – подчеркнул он.

Марк ВИНТЕР,
МИА Сито!

Москва.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 6 (1858)

Расширение парка современной диагностической аппаратуры и разработка новых методик лучевой диагностики предполагают поиск новых подходов в подготовке врачей – лучевых диагностов. На основании собственного многолетнего педагогического опыта и опыта зарубежных коллег предпринята попытка разработки новой концепции первичной специализации и повышения квалификации врачей лучевых диагностов. “Революционные” перемены, которые произошли в последние 10 лет в нашей специальности, с одной стороны, нас безусловно радуют, с другой стороны, вносят смятение среди практических рентгенологов, не имеющих современного оборудования.

Из 16 тыс. рентгенологов, работающих в медицинских учреждениях России, лишь единицы работают на сложном дорожном оборудовании (МРТ, КТ). В связи с этим кафедра лучевой диагностики и крупные отделения, отвечающие за подготовку специалистов, вынуждены проводить работу по совершенствованию традиционной рентгенологии, чем и занимаются институты и академии последипломного образования.

Несмотря на развитие технических средств визуализации внутренних органов, роль традиционного рентгенологического исследования в его зримом будущем уменьшится незначительно.

Среди всех средств визуализации традиционные методы рентгенологического исследования составляют не менее 80%. Рентгенография по-прежнему будет господствовать в пульмонологии, на её долю приходится 33% всех рентгенологических исследований и здесь нет альтернативных методов. В исследовании костно-суставной системы – 34% в структуре рентгенологических исследований.

Для повышения эффективности использования кадрового состава и оборудования лечебно-профилактических учреждений целесообразно объединить все средства лучевой диагностики в единых подразделениях, объединив компьютерную и магнитно-резонансную томографию, ангиографию, ультразвуковые и другие методы исследования.

Развитие современной лучевой диагностики требует от специалистов глубоких знаний: 1) базисных дисциплин, 2) клинической медицины, 3) физических основ получения изображения, 4) компьютерных технологий.

Кроме того, от радиолога требуется умение выбрать в каждом конкретном случае тот или иной метод диагностики, выработать диагностическую стратегию. Современный специалист в области лучевой диагностики должен подходить к больному, исходя из позиций «глобальной визуализации», интеграции методов исследования. К сожалению, наши специалисты в большинстве случаев используют эмпирический подход, слабо знают общие теоретические вопросы медицины.

Наша медицина сегодня патоцентрична – медицина болезней. Такое ощущение, чем больше мы лечим, тем менее здоровой становится нация. Здесь, пожалуй, уместно привести слова Ганса Селье, который незадолго до кончины писал: «Трагедией современной медицины является узкая сверхспециализация».

Великий Сократ на вопрос учеников, что самое трудное в жизни, ответил, что самое трудное – «учить людей», самое трудное – «лечить людей» и самое трудное – «судить людей».

Учитывая особенности нашей специальности, для успешной подготовки кадров нужно иметь два основных фактора. Это в первую очередь оснащённость специальным, очень дорогостоящим оборудованием кафедр, базовых лечебных учреждений и во-вторую очередь – высоким профессионализмом, талантом преподавателей. Специалисты лучевой диагностики – самые дорогие для здравоохранения, у нас прекрасные кадры, прекрасные учителя, так и хочется сказать: «наша бедность от кошельков, а не от ума».

Мы считаем, что нужно изменить номенклатуру врачебных специалистов, привести её в соответствие с принятой мировой практикой, введя две специальности –

радиолог-диагност и радиолог-терапевт с вытекающим отсюда изменением в трудовом кодексе. Естественно, должны быть пересмотрены и учебные программы в соответствии с предложенной новой номенклатурой.

**Структура дисциплины “Радиология”
Лучевая диагностика
Лучевая терапия
Радиационная медицина**

Лучевая диагностика включает: рентгенологию, радиационную диагностику, ультразвуковую диагностику, рентгеновскую и магнитно-резонансную томографию.

Дисциплина – лучевая диагностика, основная специальность – рентгенология, включая магнитно-резонансную томогра-

фию, дополнительные специальности – рентгено-эндоваскулярная диагностика и лечение, радионуклидная диагностика, ультразвуковая диагностика.

Предложенная схема полностью совпадает с предложением профессоров И.Королюка и Л.Линденбратена (Лучевая диагностика, М., 2013 г.)

Последипломную подготовку врачей-рентгенологов и радиологов осуществляют соответствующие кафедры медицинских институтов (академий) последипломного образования, на факультетах усовершенствования врачей при медицинских институтах (университетах) и некоторые кафедры медицинских институтов (университетов), где нет факультета усовершенствования врачей.

На сегодняшний день в России с населением 143 млн человек имеется всего 18 учебных баз, в том числе 11 факультетов усовершенствования врачей при медицинских институтах и 7 институтов усовершенствования врачей (Москва, Санкт-Петербург, Казань, Пенза, Челябинск, Новокузнецк, Иркутск).

На этих учебных базах могут специализироваться по лучевой диагностике не более 300 человек, основная деятельность этих кафедр связана с усовершенствованием врачей.

Несмотря на многократные критические замечания, до сих пор продолжается подготовка специалистов на рабочих местах, минимум до 200 человек в год. Причём подготовка идёт в нарушение существующих правил в лечебных учреждениях, не имеющих лицензий на подготовку кадров путём краткосрочных курсов, за спиной практических врачей, не имеющих соответствующий квалификации, опыта преподавания, желания передать свои знания. Такое обучение идёт бессистемно, без определённой программы, без лекций, клинических разборов и т.д.

Результаты, как правило, малоутешительны, мы таким образом «плодим» профессионально малоподготовленных специалистов. Правда, этому пытается поставить заслон Министерство здравоохранения, издав приказ о введении сертификата специалиста. Дело безусловно нужное, но требует очень серьёзной проработки.

Последипломная подготовка специалистов в институтах (академиях) и на факультетах усовершенствования врачей не лишена тоже серьёзных недостатков, но для нашей действительности, для нашей страны, это, пожалуй, пока единственный выход.

Для частичного решения указанных проблем предложена унифицированная программа для всех видов профессиональной переподготовки в области усовершенствования по лучевой диагностике.

Эта программа была обсуждена на семинаре экспертов с участием заведующих кафедрами институтов и факультетов усовершенствования врачей, она утверждена Министерством здравоохранения и внедрена в качестве основы проведения всех видов последипломного обучения в стране.

В последующие годы с учётом накопленного опыта она пересмотрена и дополнена.

В целях осуществления программно-целевого обучения врачей, а также для объективизации контроля за базовыми и приобретёнными знаниями создан банк тестов и ситуационных задач, насчитывающих тысячи вопросов. Такая же работа проделана по детской рентгенологии, ультразвуковой диагностике соответствующими кафедрами Российской медицинской академии последипломного образования (РМАПО) с участием ведущих учёных страны, заведующими кафедрами вузов России.

Координация этой большой работы до недавнего времени проводилась в основном кафедрами РМАПО. Наряду с составлением унифицированной программы, по которой в течение многих последних лет проводятся профессиональная переподготовка и все виды усовершенствования на всей территории страны, создание банка тестов, выпущены руководства, монографии, методические рекомендации. Большое значение имеет обмен опытом и методическими приёмами на очных циклах заведующих кафедрами и преподавателей, проводимых в РМАПО.

радиология детского возраста, молочных желёз и т.д.

Примерная программа первого года обучения предлагается следующая: цикл профессиональной переподготовки по классической рентгенологии не менее 500 часов, топографическая анатомия (144 часа), общая патология (288 часов), организация здравоохранения (72 часа), иностранный язык (216 часов). Изучение иностранного языка еженедельно в течение всего срока обучения с последующей сдачей экзамена. Второй год обучения включает специализацию по УЗИ (576 часов), по КТ (576 часов), радионуклидную диагностику (288 часов).

Третий год начинается с продолжения цикла по радионуклидной диагностике (288 часов), плюс МРТ (576 часов) и интервенционная радиология (576 часов).

После завершения трёхлетней подготовки выдаётся сертификат специалиста-радиолога. Экзамены принимаются после завершения каждого из циклов. Для получения свидетельства по субспециализации необходимо пройти дополнительное усовершенствование в течение года (после перерыва или немедленно после общей

Совершенствование системы
последипломной подготовки
специалистов по лучевой диагностике

Нами проанализированы данные о специалистах по лучевой диагностике в Приволжском федеральном округе. Врачей по лучевой диагностике более 6 тыс., включая рентгенологов и врачей по ультразвуковой диагностике.

К настоящему времени во всех странах Западной Европы, США и Канады закончен переход на новую систему подготовки специалистов по лучевой диагностике (радиологии) с учётом новых направлений визуализации в медицине.

Так, в США, последипломная подготовка специалистов по радиологии занимает 6-7 лет, в течение которых врачи для получения сертификата врача-радиолога проходят подготовку в ведущих университетских клиниках с повторением основ медицины на более высоком уровне применительно к лучевой диагностике, а также основ рентгенологии, ультразвуковой диагностики, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, радионуклидной диагностики, интервенционной радиологии.

Последний год посвящается узкой специализации с выдачей дополнительного сертификата. Аналогичная система подготовки принята и в странах Западной Европы, однако продолжительность её меньше и составляет 5 лет. Необходимо отметить, что в подготовке специалистов по лучевой диагностике, как в странах Северной Америки, так и Западной Европы, применяются унифицированные методы преподавания, аналогичные руководства, единые журналы.

Кроме того, имеется возможность получать дополнительные знания на научных симпозиумах, съездах, конференциях, используя Интернет.

Много было споров о месте ультразвуковых методов исследования, вернее к какому разделу их относить. Многие считают, что УЗИ относится к лучевой диагностике, так оно и есть на самом деле.

Мы предполагаем следующую схему последипломного обучения специалистов «Лучевая диагностика», в которую кроме рентгенологии входят ультразвуковая и радионуклидная диагностика, магнитно-резонансная и рентгеновская компьютерная томография, интервенционная радиология.

Общая продолжительность обучения предполагается в течение 3 лет, можно: интернатура и 2-годичная ординатура, ординатура с обучением до 3 лет (это решается по решению учёного совета).

После завершения 3-летней подготовки выдаётся сертификат специалиста. Для получения субспециализации через некоторое время в течение 1 года предполагается обучение в крупных центрах, имеющих право на образовательную деятельность.

Примерные направления по субспециализации: нейрорадиология, радиология органов дыхания, кардиоваскулярная радиология, радиология органов брюшной полости и забрюшинного пространства, радиология опорно-двигательного аппарата, малого таза, интервенционная радиология,

специализации по одному из выбранных направлений). При этом важную роль необходимо отвести клиническим дисциплинам по выбранной субспециализации с учётом лечебного учреждения, где должен работать врач-радиолог.

Методика преподавания включает следующие формы:

1. Практические занятия, семинары, обсуждения историй болезни по традиционной схеме.
2. Лекции.
3. Проведение научно-практических конференций с докладами и содокладами самих врачей-слушателей.
4. Включение в программы съездов по лучевой диагностике специальных категорийных курсов для врачей-слушателей.
5. Использование видеофильмов и персональных компьютеров для индивидуальной подготовки врачей-слушателей.
6. Широкое применение электронных публикаций.
7. Самостоятельная работа над литературой.
8. Использование Интернета.
9. Унифицированный подход в преподавании с использованием опыта стран Западной Европы и США, соответствующих руководств с применением переводных изданий, журналов по специальности.

В последнее время делаются попытки ввести для практических врачей методику непрерывного образования с элементами дистанционного обучения. Для этого требуется сделать медицинское образование более удобным и гибким для практических врачей путём внедрения современных инновационных технологий (электронных, симуляционных, дистанционных).

Для практических врачей важна мотивация непрерывного образования, это в первую очередь может быть получение сертификата и его продление через каждые 5 лет. Необходимо поощрять виды активности врачей (защита диссертаций с последующим ежемесячным материальным вознаграждением, публикациями в журналах, посещение заседаний, участие в работе профессиональных аттестаций, конференций, конгрессов, руководство интернами, ординаторами, самостоятельная работа с источниками, пользование Интернетом и т.д.)

В предложенной нами схеме подготовки специалистов по лучевой диагностике учтены наш собственный и зарубежный опыт. Мы смотрим на эту проблему с оптимизмом, хотя прекрасно понимаем, что радикальное улучшение образования, как и решение других социальных задач, в конечном счёте зависит от уровня экономического развития общества.

Марс МИХАЙЛОВ,
заведующий кафедрой лучевой диагностики,
доктор медицинских наук,
профессор.

Казанская государственная
медицинская академия.

Более 100 лет назад, между 1900-1907 гг. синдром Жильбера (СЖ) был впервые описан как отдельная нозология французскими терапевтом Августом Жильбером и педиатром Пьером Леребуле. Они называли изучаемое заболевание *la cholemie simple familiale* – простая семейная холемия. «Хроническую интермиттирующую ювенильную желтуху» также описал датский врач Meulengracht в 20–40-е годы XX века. Поэтому данное заболевание иногда называют «синдром Жильбера – Мейленграхта. Академик В.Ивашкин охарактеризовал синдром Жильбера как «доброкачественную семейную негемолитическую гипербилирубинемию».

Синдром Жильбера (МКБ–10: E80.4) – это генетически обусловленная недостаточность фермента глюкуронилтрансферазы 1A1 в печени, приводящая к нарушению конъюгации билирубина, проявляющаяся подъемом билирубина, преимущественно за счёт непрямой фракции, желтухой (субъиктеричностью склер, слизистых, реже кожи) и жалобами на дискомфорт и боли в животе, слабость, раздражительность и др.

Билирубин образуется при распаде гемоглобина преимущественно в селезёнке и печени. Непрямой билирубин представляет собой неполярное жирорастворимое вещество. При повышенной концентрации в плазме крови он накапливается в тканях богатых жирами: подкожно-жировой клетчатке, центральной нервной системе, где может оказывать токсическое влияние. В реакции конъюгации в печени непрямой билирубин превращается в полярное водорастворимое соединение – прямой билирубин, что позволяет ему выводиться с желчью. Эта реакция протекает в печени с помощью микросомального фермента уридиндифосфат-глюкуронилтрансферазы 1A1 (УГТ 1A1), в результате образуется моно – и диглюкуронид билирубина. В основе патогенеза синдрома Жильбера лежит недостаточность и снижение активности УГТ 1A1 в гепатоцитах. При этом уменьшается связывание билирубина с глюкуроновой кислотой в печени до 30% от нормального. В желчи увеличивается содержание преимущественно моноглюкуронида билирубина и в меньшей степени диглюкуронида, что может ухудшать реологические свойства желчи. Прямой билирубин поступает из гепатоцита в жёлчный капилляр с помощью энергозависимого трансмембранного транспорта. Затем из желчных путей связанный билирубин попадает в кишечник, где подвергается дальнейшему метаболизму и удаляется с калом в виде стеркобилина, в меньшей степени с мочой как уробилиноген.

Ферменты семейства УГТ 1A помимо связывания билирубина участвуют в детоксикации как эндогенных метаболитов (гормонов, нейротрансмиттеров и др.), так и экзогенных веществ (различных ксенобиотиков, канцерогенов, лекарственных препаратов).

Ген, кодирующий фермент УГТ 1A1, мутация в котором приводит к развитию СЖ, картирован на 2-й хромосоме. СЖ наследуется аутосомно-рецессивно. Но у гетерозигот уровень билирубина может быть на верхней границе нормы или незначительно повышен.

СЖ является распространённым заболеванием. Этот синдром встречается у 3-9% европейцев. Распространённость мутантного гена в странах Европы достигает 35-40%. В некоторых этнических группах Африки превышает 50%, реже – среди монголоидной расы – 16-33%.

Синдромом Жильбера чаще страдают мальчики-подростки и молодые мужчины, женщины болеют реже. Соотношение мужчин и женщин 2-7 : 1.

Патоморфология. Морфологически при СЖ в печени каких-либо признаков диспепсии, некроза в печёночных клетках, как правило, нет. Описывая морфологическую картину печени при СЖ, С.Подымова (1998) отмечает накопление мелкого золотистого и желтовато-коричневого пигмента – липофуцина. Накопление липофуцина нередко сочетается с мелкокапельной (мелкозернистой) жировой дистрофией. Полагают, что эти капельки жира, образующиеся при распаде клеточных ультраструктур митохондрий, в дальнейшем превращаются в зёрна липофуцина. В отличие от хронического гепатита признаков развития соединительной ткани, коллагенизации у больных СЖ не выявлено. Патоморфология СЖ изучена у взрослых. У детей подобных исследований не встречено. Вероятно, вышеописанные изменения при СЖ развиваются с возрастом.

Клиника. Преимущественно заболевание дебютирует у детей в возрасте от 7 лет и взрослых до 35 лет. Однако мы встречали случаи развития СЖ у детей дошкольного возраста. Роль СЖ в генезе затянувшейся желтухи новорождённых обсуждается; СЖ, как полагают, скорее, может оказать влияние на степень выраженности желтухи, но не является основной причиной её возникновения.

По нашим данным, среди детей с СЖ меньше недоношенных. Масса и особенно рост этих детей при рождении превышают соответствующие показатели у детей без СЖ.

Среди детей старшего возраста с СЖ нами также были обнаружены особенности физи-

ческого развития: при непрямом билирубине выше 30 мкмоль/л они имеют сравнительно выше рост и меньше детей с повышенной массой тела. Полученные данные могут указывать на то, что увеличение непрямого билирубина приводит к особенностям метаболизма и стимулирует рост.

Заболевание часто проявляется по типу кризов. Провоцирующими факторами являются голодание, интеркуррентные заболевания (острые респираторные заболевания, кишечные инфекции, пневмония), оперативное вмешательство, вирусный гепатит, физическая нагрузка, стресс, менструация, беременность, нарушение диеты, приём некоторых лекарственных препаратов, алкоголя, контакт с токсическими веществами. Иногда причину дебюта выявить не удаётся. Нередко повышение билирубина становится случайной находкой.

Основным признаком СЖ является периодическое появление умеренной желтухи в виде желтушности склер, слизистых и кожи. Цвет кожи при этом приобретает жёлто-оранжевый оттенок (апельсиновый), в отличие от обтурационной желтухи, когда повышение прямого билирубина придаёт коже зеленоватый оттенок. Оценивать цвет кожи и слизистых следует при естественном освещении.

Заболевание чаще протекает волнообразно, с появлением или усилением желтухи, однако у некоторых детей гипербилирубемия и умеренная желтуха обнаруживаются постоянно.

Помимо желтухи больные часто предъявляют различные гастроэнтерологические жалобы на боли в правом подреберье, эпигастральной области, тошноту, изжогу, нарушение аппетита, тяжесть в животе после еды, хронический запор, диарею. Также дети с СЖ жалуются на недомогание, головные боли, перепады настроения, снижение концентрации внимания, быструю утомляемость, слабость, потливость, бессонницу, неприятные ощущения в области сердца.

У больных детей с СЖ, находившихся под нашим наблюдением, мы часто обнаруживали хроническую патологию ЖКТ: хронический гастродуоденит, эзофагит, язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, дискинезию желчевыводящих путей, сфинктерные нарушения (дисфункцию сфинктера Одди, пилорического сфинктера, кардиального сфинктера). Мы наблюдали группу пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), у которых эрозии пищевода обнаруживались значимо чаще, чем у пациентов с ГЭРБ без СЖ.

При СЖ имеется предрасположенность к образованию желчных камней, особенно у больных при сочетании с хроническими гемолитическими состояниями.

Мы выявили связь между СЖ и уровнем экскреции оксалатов почками: у детей с СЖ количество оксалатов в моче выше, чем у детей с нормальным уровнем билирубина. При СЖ следует учитывать повышенный риск развития оксалатной нефропатии и, как следствие, увеличение вероятности развития её осложнений. Под нашим наблюдением находился подросток с СЖ, у которого кроме повышенного билирубина был выявлен хронический эрозивный гастрит, ГЭРБ. Впоследствии в 20 лет у него развился оксалатный уролитиаз. Приступы почечной колики повторялись в 21 и 25 лет. Суточная экскреция оксалатов с мочой повышена.

Также мы полагаем, что существует связь между СЖ и другими патологическими состояниями, картированными на 2-й хромосоме. В результате формируется кластер заболеваний, поражающих разные органы и системы, но локализованных на одной хромосоме. Мы наблюдали больных СЖ, в семьях которых была отмечена частая встречаемость некоторых заболеваний: сердечно-сосудистых, рака желудка, гипотиреоза, эссенциального тремора, атрофического дерматита и бронхиальной астмы, признаков соединительнотканной дисплазии, гипероксалурии, лактазной недостаточности – заболеваний, картированных на 2-й хромосоме.

Л.Ильченко и соавт. (2006) указывают на частое (38,6%) обнаружение у взрослых больных СЖ эссенциального тремора. А.Шатихин и соавт. (1997) отметили осо-

бенности поведения больных СЖ, а именно повышенный уровень тревожности. Среди детей подобных исследований не проводилось. Возможно, данные особенности больных СЖ проявляются с возрастом.

Кроме присутствия желтухи, приблизительно 30% больных СЖ не предъявляют других жалоб. Нередко повышение не-

прямого билирубина можно обнаружить бессимптомно только по результатам биохимического анализа крови.

Увеличение размеров печени наблюдалось у 25% взрослых больных, у большинства из них печень выступала на 1-2 см из-под правого подреберья по срединно-ключичной линии, в отдельных случаях – на 3-4 см, консистенция её мягкая, пальпация безболезненная (С.Подымова, 1998). У детей с СЖ увеличение печени мы встречали крайне редко. Вероятно, патологические изменения в печени развиваются с течением времени.

В биохимическом анализе крови для СЖ характерно периодическое (иногда постоянное) повышение непрямого билирубина, которое редко превышает 85 мкмоль/л. В нашей клинике мы наблюдали подростков с СЖ и уровнем общего билирубина до 115 мкмоль/л. Прямой билирубин в пределах нормы или составляет менее 20% от общего билирубина. По нашим данным, при выходе из криза может повышаться процентное соотношение содержания прямого билирубина в крови при одновременном снижении фракции непрямого билирубина.

При СЖ повышен риск возникновения нежелательных побочных эффектов различных лекарственных препаратов: парацетамола, иринотекана, левомицетина, тетрациклина, салицилатов, сульфаниламидов, ментола. У нас в клинике при назначении антихеликобактерной терапии детям с СЖ и обострением хронической гастродуоденальной патологии, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, выявлено более длительное сохранение желтухи, замедленное снижение непрямого билирубина и небольшое нарастание прямого билирубина. В антихеликобактерную терапию входили препараты омепразол, амоксициллин и фуразолидон. Вероятно, этот комплекс лекарственных средств влияет на глюкуронилтрансферазную систему печени и замедляет выведение прямого билирубина через мембрану гепатоцита.

Детям с СЖ нужно индивидуально подбирать терапию с учётом её возможного неблагоприятного влияния на глюкуронилтрансферазную систему печени.

Нормальное значение общего билирубина у взрослых и детей старше 1 месяца составляет 8,5-20,5 мкмоль/л. На долю непрямого билирубина приходится до 75% от общего билирубина, то есть до 15,4 мкмоль/л, а на долю прямого билирубина – до 25%, то есть до 5,1 мкмоль/л. Следует отметить, что прокрашивание склер у детей старше года и у взрослых появляется на уровне общего билирубина 35-70 мкмоль/л, тогда как у новорождённых – 68-102 мкмоль/л.

«Печёночные» ферменты: аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, гамма-глутамилтрансфераза, лактатдегидрогеназа, как правило, не превышают норму. Гемоглобин в пределах нормальных значений или умеренно повышен. Хотя некоторые авторы отмечают, что у больных СЖ имеется скрытый гемолиз.

В период ремиссии моча обычного цвета. Иногда выявляют уробилиногенурию. Но во время криза моча может приобретать тёмный цвет из-за присутствия в ней уробилина. Билирубин в моче, как правило, не выявляется. Стул при данном синдроме окрашен.

Была предложена **клиническая классификация** синдрома Жильбера по вариантам течения: диспепсический, астеновегетативный, желтушный, латентный (И.Шулятьев и соавт. 2005). Данная классификация разработана для взрослых, однако она может быть использована и у детей.

По всем данным М.Ю.Лермонтов описал у Печорина в «Герое нашего времени» синдром Жильбера. «...Ядовитая злость мало-помалу наполняла мою душу. Берегитесь, господин Грушницкий! говорил я, прохаживаясь взад и вперёд по комнате: со мной так не шутят. Вы дорого можете заплатить за одобрение ваших глупых товарищей. Я вам не игрушка! Я не спал всю ночь. К утру я был жёлт, как померанец!». Лермонтов обращает внимание на померанцевый цвет кожи Печорина во время криза (померанец – дикий апельсин). Приступ желтухи у молодого мужчины возник после отрицательного психоэмоционального стресса, бессонной ночи. Из текста можно сделать вывод, что такое пожелтение кожи возникло не впервые, так как не вызвало у Печорина тревоги и страха. Очевидно, такие

приступы были у него и ранее, и поэтому главный герой романа лечился на водах. Также Печорин страдал от желудочной диспепсии: «у меня прескверный желудок». Внешне Печорин был худой и статный.

Диагностика. СЖ – это, скорее, диагноз исключения. Поэтому детям с подозрением на СЖ необходимо комплексное обследо-

вание. В крови так же исследуют уровень общего белка, мочевины, креатинина, холестерина, амилазы общей и панкреатической, сывороточного железа. В схему обследования детей с СЖ должны так же входить коагулограмма (фибриноген, протромбиновый индекс), анализ крови на вирусные гепатиты, диастаза мочи, общий анализ мочи, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек, копрологическое исследование, исключение гельминтозов. Эзофагогастродуоденоскопию, ректороманоскопию не проводят всем детям с СЖ, а только при наличии соответствующих жалоб на частую диспепсию или при нарушении функции толстой кишки, патологических примесей в кале.

Существуют диагностические пробы для подтверждения СЖ у взрослых. Правила их проведения для детей не разработаны. Провокационные пробы (с голоданием, рифампицином, никотиновой кислотой) у детей не проводятся по этическим соображениям. Проба с голоданием выявляет повышение уровня билирубина в сыворотке на фоне полного голодания в течение суток или гипокалорийной диеты в течение 48 часов. Провокационные фармакологические пробы с никотиновой кислотой, рифампициновым тест вызывают увеличение непрямого билирубина. Используется проба с фенобарбиталом. Приём фенобарбитала 3 мг/кг/сут в течение 5 дней индуцирует конъюгирующие ферменты печени, вызывает снижение уровня билирубина. Часто у детей при клинически значимой желтухе фенобарбитал (или фенобарбиталсодержащие препараты) назначается с лечебной целью. При получении положительного эффекта от данной терапии проба может считаться положительной.

После появления возможности проведения генетического обследования вышеперечисленные пробы отошли на второй план. При СЖ находят полиморфизм гена, кодирующего УГТ 1A1: чаще (ТА)7/(ТА)7, реже гетерозиготный вариант (ТА)7/(ТА)6, значительно реже обнаруживается удлинение участка гена до 8 повторов (ТА)8. Однако встречаются пациенты с типичными проявлениями СЖ без признаков другой патологии, которая может вызывать желтуху, имеющие нормальный генотип (ТА)6/(ТА)6.

Крайне редко при неясной клинической картине проводится пункционная биопсия печени для исключения другой патологии печени.

Дифференциальная диагностика. Необходимо проводить дифференциальную диагностику с тремя группами заболеваний, сопровождающимися желтухой: гемолитическими анемиями, обтурационной желтухой и болезнями, при которых поражается паренхима печени (гепатиты, циррозы печени и др.).

Для гемолиза характерно снижение уровня как гемоглобина, так и эритроцитов, ретикулоцитоз, повышение непрямого билирубина, ЛДГ, увеличение селезёнки, реже печени. К группе наследственных гемолитических анемий относятся: наследственный микросфероцитоз (болезнь Минковского – Шоффара), недостаточность глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы, талассемии (гемоглобинопатии). Существуют также другие причины гемолиза у детей: аутоиммунные гемолитические анемии, механические микроангиопатические анемии. К микроангиопатическим причинам гемолиза относят стеноз или аневризму аорты, гемолитико-уремический синдром, системные васкулиты, стрептококковую пневмонию, протезы клапанов сердца, бег на большие дистанции (маршевая гемоглобинурия).

(Окончание следует.)

Олег БОТВИНЬЕВ,
профессор кафедры педиатрии и детских
инфекционных болезней
педиатрического факультета,
почётный заведующий кафедрой,
доктор медицинских наук.

Галина ДУБРОВИНА,
аспирант кафедры.

Анастасия КОЛОТИЛИНА,
ассистент кафедры.

**Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М.Сеченова.**



Главное здание Российского университета дружбы народов

5 февраля 2015 г. исполняется 55 лет со дня основания Российского университета дружбы народов (РУДН) – современной модели международно-ориентированного классического университета, крупного учебно-научного центра, широко известного в мире своими достижениями в организации учебного процесса, научными исследованиями, международными связями.

История создания УДН

Период 1950-х – начала 1960-х годов был временем бурного национально-освободительного движения в странах Африки, Арабского Востока, Латинской Америки. В 1960 г. только в Африке добились независимости 17 государств, и вполне закономерно, что этот год был провозглашён ООН годом Африки.

Подготовка национальных кадров (особенно для системы здравоохранения) стала для молодых развивающихся государств насущной потребностью. Переломным в этом отношении явился 1960 г. – год создания в нашей стране первого в мире уникального интернационального Университета дружбы народов (УДН), который стал не только центром подготовки национальных кадров для развивающихся стран Азии, Африки и Латинской Америки, но и научным центром разработки оптимальных программ для обучения иностранных учащихся.

Учреждение Университета дружбы народов состоялось 5 февраля 1960 г. Торжественное собрание, посвящённое открытию Университета дружбы народов прошло 17 ноября 1960 г. в Колонном зале Дома Союзов.

Первоначально в составе университета было 7 факультетов: подготовительный (одногодичный курс изучения русского или иностранного языка) и 6 основных факультетов (инженерный, физико-математических и естественных наук, медицинский, сельскохозяйственный, историко-филологический, экономики и права).

В первом наборе, состоявшемся в 1960 г., было 539 иностранных студентов, которые представляли 59 стран Азии, Африки и Латинской Америки, и 57 студентов из Советского Союза. В течение первого года все зачисленные в университет занимались на подготовительном факультете, где их обучали 120 опытных преподавателей русского и иностранных языков – по 26 часов в неделю зарубежные студенты учились говорить по-русски и понимать разговорную речь, а советские – изучали английский, французский или испанский язык. Обучение иностранным языкам продолжилось и на основных факультетах. По итогам обучения все выпускники УДН получали второй диплом – переводчика с родного языка на иностранный.

За годы своего существования подготовительный факультет выпустил более 48 тыс. студентов из 150 стран мира.

В первые десятилетия развития УДН финансирование обучения иностранных и советских сту-

В первом наборе медицинского факультета УДН было 103 студента из 35 стран мира. Среди них и 9 советских студентов, которых отбирали из числа отличников, уже поступивших в 1-й МОЛМИ им. И.М.Сеченова. Конкурсного приёма в УДН в первые десятилетия его истории ещё не было.

Окрылённые идеями университета, они проявляли невероятное стремление к учёбе – много читали, постоянно дежурили в клиниках, сопоставляли учебную и справочную медицинскую литературу на русском языке с аналогичными зарубежными изданиями. Для иностранных студентов это было особенно важно – ведь на родине им предстояло работать и



В РУДН обучаются студенты из 154 стран мира

Юбилей

Российскому университету дружбы народов – 55 лет!



Первые выпускники медицинского факультета УДН в Кремлёвском дворце съездов, 30 июня 1966 г.

дентов осуществлялось за счёт советского правительства. Оплачивались их проезд в Москву и отъезд на Родину по окончании университета, проживание в общежитии, обслуживание в университетской поликлинике и летний отдых в студенческих лагерях в Молдавии, на Чёрном море или в Подмосковье, участие делегаций УДН на всемирных фестивалях молодёжи и студентов, форумах и съездах. Все студенты без исключения получали стипендии.

22 февраля 1961 г. Университету дружбы народов было присвоено имя Патриса Лумумбы – первого премьер-министра Демократической Республики Конго, ставшего одним из символов борьбы народов Африки за независимость.

В 1992 г. УДН им. Патриса Лумумбы был переименован в Российский университет дружбы народов (РУДН).

В настоящее время РУДН имеет статус Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования (ФГАОУ ВО). Сегодня, в год 55-летия на 9 факультетах и в 10 институтах РУДН обучаются около 28 тыс. студентов, аспирантов, ординаторов и стажёров из 154 стран мира; в Университете работают более 2330 преподавателей, среди них более 490 профессоров и докторов наук и свыше 1130 доцентов и кандидатов наук.

Становление медицинского факультета УДН

В сентябре 1961 г. открыли свои двери основные факультеты университета. Крупнейшим среди них был и остаётся медицинский факультет.

П.Киреев, И.Кирпатовский, В.Конюченко, З.Лебедева, К.Лобан, Ю.Мартынов, Ю.Преображенский, доценты Т.Березов, С.Золотухин, С.Нечаев, М.Коркина, Н.Крылова, К.Кулланда, В.Левит, М.Пинигин, Н.Юрина. Многие из них, придя в университет молодыми доцентами, росли вместе с Университетом и стали в его стенах известными профессорами и академиками РАМН и РАН.

К моменту первого выпуска на 22 кафедрах и 4 самостоятельных курсах факультета работало 120 учёных, среди них – 21 профессор, доктор наук и 58 доцентов, кандидатов наук.

Первым деканом медицинского факультета был профессор А.Громов – заведующий кафедрой судебной медицины 1-го МОЛМИ им. И.М.Сеченова, впоследствии ставший членом-корреспондентом АМН СССР.

Позднее медицинский факультет возглавляли: в 1964-1967 гг. – профессор В.Киктенко; в 1967-1970 гг. – профессор Ю.Мартынов; в 1970-1973 гг. – профессор К.Кулланда; в 1973 г. – профессор Д.Билибин; в 1973-1980 гг. – профессор Ф.Ромашов; 1980-1983 гг. – профессор Н.Тюрин. С 1983 по 2013 г. бессменным деканом факультета был заслуженный деятель науки РФ, действительный член МАН ВШ, член-корреспондент РАЕН, профессор В.Фролов. Виктор Фролов руководил медицинским факультетом в течение рекордных 30 лет, а с 2000 по 2013 г. являлся председателем Совета деканов медицинских факультетов государственных

университетов Министерства образования и науки РФ.

В 2013 г. на пост декана был избран выпускник Медицинского факультета РУДН, в течение ряда лет работавший первым заместителем руководителя Департамента здравоохранения Москвы, Алексей Абрамов.

От медицинского факультета к Медицинскому институту РУДН

На протяжении всей своей истории медицинский факультет интенсивно развивался: появлялись новые учебные дисциплины, новые учебные и научные подразделения, новые направления подготовки специалистов.

Первоначально на медицинском факультете УДН готовили врачей по одной специальности – «лечебное дело». В 1994 г. к ней добавились «фармация», в 1998 г. – «стоматология». Затем к этим очным специальностям присоединились и заочные – «фармация» (2001), «сестринское дело» (2005) и «экономика и управление на предприятии (в здравоохранении)» (2007).

В 2014 г. в целях повышения эффективности деятельности и создания условий для развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования, решением Учёного совета РУДН был создан Медицинский институт, который объединил в единое целое различные медицинские подразделения университета: медицинский факультет, факультет повышения квалификации медицинских работников (ФПКМР), факультет повышения квалификации преподавателей в области медицины и фармации, центр изучения печени, офтальмологический центр, симуляционный центр, Федеральный ресурсный центр по экономике здравоохранения. Возглавил Медицинский институт РУДН декан медицинского факультета А.Абрамов.

Сегодня в структуре Медицинского института 43 кафедры и 2 самостоятельных курса в составе медицинского факультета и 41 кафедра в составе ФПКМР (декан – профессор П.Огурцов). На медицинском факультете обучаются более 5 тыс. студентов, аспирантов, ординаторов и стажёров, а на ФПКМР только в 2014 г. прошли повышение квалификации свыше 9,4 тыс. слушателей.

Медико-биологические подразделения Медицинского института располагаются на территории студенческого городка РУДН; клиническое преподавание осуществляется на базах ведущих городских больниц Департамента



Первый врач-космонавт Б.Егоров среди первых студентов медицинского факультета УДН. Слева направо – Канаканьяк Шаки Давид (Ирак), Раймонда Сейен (Гаити), Эфимба Виктор Акуо-Фесе (Камерун), Хадид Хабаши Али Хусейн (Ирак), Рамдовар-Бабу (Маврикий), Эмисса Альберт Бейдин (Гана), Б.Егоров, Т.Сорокина (СССР), а также студенты из Сирии, Индии и Алжира. 5 мая 1965 г.

здравоохранения Москвы, федеральных учреждений, клиник ФАНО и частных медицинских учреждений.

Указом Президента РФ № 293 от 12.03.2012 РУДН предоставлено право на самостоятельную разработку и реализацию образовательных программ высшего образования, которые могут быть выше уровня государственных стандар-

Н.Агаджанян, Т.Берёзов, В.Быков, В.Моисеев, В.Харченко, члены-корреспонденты РАН А.Каприн, И.Кирпатовский, В.Лепяхин, М.Михайлов, действительные члены других академий, заслуженные деятели науки РФ и заслуженные врачи РФ, почётные и заслуженные работники высшей школы РФ, лауреаты Государственных премий и премии «Призвание (лучшие

ный авторитет как классический университет, который занимает высокие позиции в числе лучших российских вузов и стремительно поднимается в международных рейтингах, в чём немалая заслуга учёных Медицинского института.

Так, согласно Мировому рейтингу вузов QS (Quacquarelli Symonds), в 2013 и 2014 гг. РУДН стал одним из 10 высших учебных заведений России, вошедших в ТОП-500 лучших университетов мира.

В 2011-2014 гг. по рейтингу агентства «Интерфакс» РУДН ежегодно занимает 4-6-е места среди более чем тысячи российских вузов.

Согласно совместному рейтинговому проекту QS и агентства «Интерфакс», РУДН входит в ТОП-100 университетов стран БРИКС, занимает 7-е место в общем рейтинге вузов России, СНГ и Балтии (в 2013 г.), и 1-е место по показателю «Интернационализация».

Высокие позиции в международных и российских научных рейтингах – результат активной научной деятельности учёных РУДН. По данным Российского индекса научного цитирования (РИНЦ), по количеству научных статей РУДН занимает 6-е место среди всех научных и образовательных

учит кандидатских и докторских диссертаций.

Наряду с успешным развитием фундаментальных наук РУДН реализует актуальные прикладные исследования в областях нанобиомедтехнологии, разработки телекоммуникационных систем, математического прогнозирования, фармакологии, тропического сельского хозяйства, геоинформатики и исследований космоса. РУДН имеет лицензию Роскосмоса на ведение космической деятельности. Традиционно сильны научные школы РУДН в области математики, медицины, химии, физики, международных отношений, природопользования, лингвистики, русского языка как иностранного и многих других.

Формированию здорового образа жизни студентов РУДН способствует и возможность заниматься спортом – на территории студенческого городка располагается обширный физкультурно-оздоровительный комплекс, в состав которого входят несколько спортивных залов, 11 теннисных кортов и несколько футбольных полей, в том числе зимних (и даже зимний каток). На базе комплекса работают десятки спортивных секций, тренируются более 20 сборных команд по различным видам спорта. Среди студентов и

Качественная профессиональная подготовка, знание иностранных языков, навыки ведения научно-исследовательской работы, обширные личные контакты и международные профессиональные связи обеспечивают востребованность выпускников РУДН как в России, так и за рубежом.

Свыше 90 тыс. наших выпускников работают почти во всех странах мира. В их числе – президенты и премьер-министры, десятки министров, сотни известных политиков и успешных бизнесменов. Более 750 выпускников университета успешно трудятся в родной alma mater, продолжая и развивая традиции, заложенные 55 лет назад. В их числе и выпускник РУДН 1973 г. – ректор Владимир Филиппов, доктор физико-математических наук, профессор, академик и член президиума Российской академии образования, председатель ВАК при Минобрнауки России. В течение 7 лет он работал в составе четырёх Правительств РФ – в ранге министра образования России (1998-2004) и помощника председателя Правительства РФ (2004-2005).

РУДН – член Международной, Евразийской, Европейской ассоциации университетов, Европейской ассоциации международного образования. Университет принимает активное участие в программах и проектах Совета Европы, ЮНЕСКО, Организации экономического содействия и развития, имеет более 250 договоров о сотрудничестве с зарубежными университетами и научными центрами.

РУДН – базовый вуз Сетевого университета СНГ (28 университетов из 9 стран) и Сетевого университета ШОС – Шанхайской организации сотрудничества (75 университетов из 5 стран ШОС). В год своего 15-летия УДН был удостоен высокой правительственной награды – ордена Дружбы, а в 2010 г. за вклад в подготовку кадров для развивающихся стран мира РУДН был награждён золотой медалью ЮНЕСКО.

Миссия РУДН определяется лозунгом: «Формируем мировую элиту!» Для его реализации в университете созданы все необходимые условия. За 55 лет своего развития наш вуз прошёл нелёгкий путь от первых дней становления, когда за рубежом мало кто верил в успех этого начинания, до высоких международных рейтингов как классического международно-ориентированного университета.

Медицинский институт всегда был и остаётся крупнейшим подразделением РУДН – его гордостью и надёжным оплотом.

Алексей АБРАМОВ,
директор
Медицинского института РУДН.

Татьяна СОРОКИНА,
заведующая курсом
истории медицины РУДН,
профессор.



Освоение практических навыков на манекенах во время занятий на кафедре терапевтической стоматологии РУДН, 2008 г.

тов. Это позволяет постоянно повышать качество обучения и наряду с получением фундаментальных знаний осваивать современные профессиональные навыки.

Более того, студенты РУДН имеют уникальную возможность одновременно получить несколько дипломов: диплом по основной специальности (в Медицинском институте – «лечебное дело», «стоматология», «фармация», «сестринское дело»), диплом о втором высшем образовании, а также дипломы переводчика по 1-3 иностранным языкам.

В структуре Медицинского института нет кафедр немедицинского профиля – в этом особенность и преимущество университетского медицинского образования. В классическом университете (каковыми являются МГУ и РУДН) преподавание фундаментальных наук (физика, химия, математика) и гуманитарных дисциплин (философия, история, психология и др.) интегрируется в общеуниверситетскую структуру и осуществляется на соответствующих кафедрах профильных факультетов университета (гуманитарных, физико-математических и естественных наук), что позволяет преподавать эти дисциплины на высоком, качественно новом современном уровне.

Свыше 11 тыс. выпускников Медицинского института РУДН успешно трудятся у себя на родине на благо национального здравоохранения. Так, Абдул Муди стал министром здравоохранения Республики Нигер. Агадзи Виктор Кофи – главный эпидемиолог Республики Гана и руководитель Комитета защиты мира в своей стране. Рауль Филиппе Каликс стал деканом медицинского факультета Гондурасского автономного университета и президентом Ассоциации медицинских факультетов стран Центральной Америки. В январе 2006 г. в Москву приехал новый Чрезвычайный и Полномочный Посол Республики Панама в Российской Федерации Аугусто Фабрега, с отличием окончивший УДН в первом выпуске медицинского факультета в 1966 г. и ставший известным хирургом у себя на родине.

Медицинский институт уверенно держит первое место в РУДН по числу сотрудников, имеющих учёную степень: среди 600 преподавателей медицинского факультета 158 профессоров, докторов наук и 260 доцентов, кандидатов наук; в составе ФПКМР – 118 профессоров и 111 доцентов. Многие сотрудники Медицинского института удостоены государственных наград и почётных званий. В их числе – академики РАН



Директор Медицинского института РУДН А.Абрамов (справа) и экс-декан медицинского факультета профессор В.Фролов среди выпускников Медицинского института РУДН 2014 г.

врачи России)».

Студенты Медицинского института в течение ряда лет одерживают победы на различных международных научных олимпиадах и конкурсах.

В процессе обучения в Медицинском институте наряду с традиционными формами обучения используются дистанционные образовательные программы, симуляционные учебные классы, технологии виртуальной реальности.

Медицинский институт осуществляет научное сотрудничество с ведущими образовательными, научными и производственными организациями России и стран СНГ по широкому спектру вопросов: биологии, биохимии, фармацевтики и узкоспециализированных направлений, таких как космическая и тропическая медицина, биология стратосферы, таргетная терапия.

Установлены партнёрские отношения с Харбинским университетом (Китай), Гейдельбергским университетом (Германия), Университетом Земмельвайса в Будапеште (Венгрия), Университетом Бордо (Франция) и др.

РУДН – классический университет международного уровня

За сравнительно короткий период (55 лет) Российский университет дружбы народов сформировался как крупный учебный и научный центр, снискал всемирную известность и завоевал заслужен-

организаций России, 4-е – среди всех высших учебных заведений России, 3-е – среди университетов Москвы. РУДН принимает активное участие в выполнении научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ по приоритетным научным направлениям в тесном сотрудничестве со многими научно-исследовательскими институтами Российской академии наук и другими ведущими научными организациями России, Ближнего и Дальнего зарубежья. Ежегодно в 29 диссертационных советах РУДН проходят сотни за-

аспирантов РУДН – чемпионы России и чемпионы мира по ряду видов спорта.

В университете созданы достойные условия и для творческой реализации личности. В Интерклубе РУДН работают более 30 художественных студий, ансамблей и кружков самодеятельности. Интернациональный хореографический ансамбль университета известен далеко за пределами нашей страны, а команда КВН РУДН – самая титулованная команда за всю историю Международного клуба КВН.



Команда КВН РУДН – самая титулованная команда за всю историю Международного клуба КВН, 2006 г.

За биофармацевтикой – будущее медицины. Уже сегодня биологические препараты (гормоны, ферменты, моноклональные антитела, цитокины и др.) широко используются в клинической медицине. По экспертным оценкам, к 2018 г. 7 из 10 самых распространённых в мире ЛС будут биопрепаратами.

Многие болезни современности, включая различные формы рака и аутоиммунные заболевания, связаны с нарушением синтеза или функционирования белков в организме. Химические лекарственные препараты не могут решить этих проблем в силу неспецифичности своего действия. Биопрепараты осуществляют направленное лечение подобных болезней, либо воздействуя на одно из звеньев механизма развития заболевания, либо восполняя дефицит соответствующего биологического фактора в организме, что может происходить при «поломке» определённого белка. Однако серьёзной проблемой таких лекарств остаётся их высокая стоимость. Тут врачам могут помочь биоаналоги, которые за счёт более низкой цены при сопоставимом качестве, профиле эффективности и безопасности позволяют увеличить количество пациентов, нуждающихся в лечении.

По экспертным оценкам, прогнозируемый ежегодный прирост мирового рынка биоаналогов в ближайшие несколько лет составит от 20 до 25%. Занимаемая ими доля рынка растёт как в различных странах ЕС, так и в отдельных терапевтических направлениях.

Однако биоаналоги нельзя в полной мере считать воспроизведёнными копиями оригинальных биологических препаратов – в мировой практике используется именно такой подход. Даже малейшие изменения в процессе производства биопрепаратов, имеющих сложное молекулярное строение, могут существенно повлиять на характеристики этих «тонких субстанций». Кроме того, важным моментом является экс-

Тенденции

«Зеркальные» лекарства

Задача производителей биоаналогов – воспроизвести сложную молекулу и доказать, что копия сопоставима с оригиналом



лее доступной, считает доктор Пол Корнес из Бристольского гематологического и онкологического центра (Великобритания). «Прогноз на основании модели, в которой оценивались различные сценарии экономики средств в

траполяция данных, полученных в ходе терапии. В частности, об этом говорили в Милане (Италия) участники симпозиума, состоявшегося в рамках XIX конгресса Европейской ассоциации гематологов (ЕНА). Организатором мероприятия выступила компания «Сандоз». Особое внимание участники встречи уделили проблемам биоидентичности.

«Биоаналоги отличаются от традиционных воспроизведённых ЛС по ряду параметров, включая размер активной субстанции, сложность её структуры, особенности производственного процесса», – отметил доктор Юржак Войчек из Ягеллонского университета Кракова (Польша). – Они являются сопоставимыми с оригинальными препаратами, но не идентичными им. Эти различия определяют особый порядок регистрации и нормативно-правового регулирования биоаналогов».

Во многих странах мира противоопухолевые препараты являются главным фактором увеличения затрат в сфере здравоохранения. Применение биоаналогов – один из способов, благодаря которому лекарственную помощь можно сделать бо-

результате использования биоаналогов в 8 странах Евросоюза показал, что к 2020 г. ожидаемая экономия составит от 11 до 33 млрд евро, что в некоторых странах равно 5,2–14,6% экономии расчётных затрат», – подчеркнул эксперт.

Задача производителей биоаналогов – воспроизвести сложную молекулу и доказать, что копия сопоставима с оригиналом по структурным характеристикам, физико-химическим свойствам и биологической активности. Минимальный объём требований, которые должны соблюдать производители, чтобы получить регистрационное удостоверение, детально прописан в научных руководствах Европейского агентства лекарственных средств (ЕМА). Регуляторные нормы, разработанные Евросоюзом, положены в основу законодательных актов в Австралии, Канаде, Японии, Турции, Сингапуре, Южной Африке, Тайване, а также Всемирной организации здравоохранения.

Первая волна биоаналогов, зарегистрированных в Европе, по большей части состояла из аналогов филграстима, эритропоэтина и человеческого гормона роста. Позднее, в сентябре 2013 г. были зарегистрированы

два биоаналога инфликсимаба, моноклонального антитела, ингибирующего фактор некроза опухоли-альфа, что открыло путь для создания биоаналогов других широко используемых и зачастую дорогостоящих моноклональных тел в Европе.

Однако если биоаналог утверждён по одному показанию, то это вовсе не означает, что он также одобрен для применения при остальных показаниях, имеющих у оригинального препарата. Вместе с тем для биоаналогов возможно разработать новые показания к применению, помимо тех, которые имеются.

«Любые различия между оригинальным препаратом и биоаналогом должны быть детально описаны и объяснены, и, что самое важное, пройти доклиническую и клиническую оценку с тем, чтобы выявить любые потенциальные отличия в клинической эффективности», – отметил профессор Стефен Тирstrup из Копенгагенского университета (Дания). – И только те биоаналоги, которые обладают высокой степенью подобия оригинальному препарату, будут разрешены к применению в ЕС».

В нашей стране эта система только формируется. До недавнего времени в России не были закреплены определения как биологических, так и биоподобных лекарственных препаратов. Поэтому всё, что связано с биофармацевтическими продуктами, регулировалось законодательством, ориентированным только на химические соединения. В конце 2014 г. были приняты поправки в ФЗ № 61 «Об обращении лекарственных средств», регламентирующие сферу обращения лекарственных препаратов, в том числе и биоаналогов.

Тем не менее, считают эксперты, некоторые положения обновлённого закона требуют уточнения. Прежде всего, это касается определений. «Понятие «биоаналог», а именно оно внесено в текст закона, означает, что препарат полностью идентичен оригинальному. Но это не всегда соответствует действительности. В мировой практике используется другой термин – «биосимиляр», то есть похожий, но всё же другой», – комментирует председатель экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению, доктор медицинских наук, профессор Виталий Омеляновский.

Ещё один важный аспект связан с понятием взаимозаменяемости лекарственных препаратов. В итоге взаимозаменяемыми называли препараты, имеющие эквивалентные качественный и количественный состав действующих и вспомогательных веществ, лекарственную форму и способ введения. Определение относится как к синтетическим, так и к биопрепаратам, что, по мнению некоторых экспертов, не может не вызывать опасений из-за абсолютной разницы между ними как по составу, так и по способам производства.

«Принимая этот подход, необходимо разработать определённый механизм, который позволил бы оценивать безопасность и переносимость биоаналогов в реальной клинической практике», – считает В.Омеляновский. – И в случае, если такой препарат продемонстрирует свою неэффективность, то должна быть возможность лишения его статуса взаимозаменяемости и вывода с рынка».

Всего в закон было внесено около 75 поправок. Многие спорные вопросы были переданы на рассмотрение в Правительство РФ, в том числе процедуры определения взаимозаменяемости препаратов. Предполагается, что новые нормы закона вступят в силу в 2015 г.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Ситуация

Недобросовестные производители идут на всякие уловки. Например, создают так называемые «зонтичные бренды». Подобная схема широко используется при производстве алкогольной продукции. Под раскрученным названием горячительного напитка выпускаются минеральная вода, квас или конфеты.

Такого рода двойные стандарты с недавнего времени стали применяться и в фармацевтике. Сегодня на рынке появились десятки препаратов с похожими до степени смешения наименованиями, что вводит в заблуждение потребителей. В частности, об этом говорилось в ходе совместного заседания экспертных советов по законодательству и рекламе и развитию конкуренции в социальной сфере и здравоохранении Федеральной антимонопольной службы. Его участники обсудили проблемы и последствия обращения на рынке одноимённых лекарственных препаратов и биологически активных добавок.

«Важно понять, насколько целесообразно БАД, нерецептурные и рецептурные препараты называть одинаково. Возможно, имеет смысл хотя бы на начальном

Что в имени твоём?

Нередко под видом нерецептурных лекарств и БАДов рекламируются лекарства, отпускаемые по рецепту

этапе совместить процесс регистрации лекарственных средств и БАД, – отметил заместитель руководителя ФАС Андрей Кашеваров. – Нередки случаи, когда начинают регистрировать лекарственный препарат, потом понимают, что процесс будет затруднительным, долгим и материально затратным, и решают дальше препарат с неизвестным терапевтическим эффектом предлагать как БАД».

Заместитель начальника управления – начальник отдела контроля законодательства о рекламе Ирина Василенкова сообщила, что в этом году ФАС России возбудила два дела по признакам нарушения Закона о рекламе, связанные с проблемой рекламирования рецептурных лекарственных препаратов под видом нерецептурных и БАД.

Как правило, у этих препаратов практически одинаковые упаковки, нередко они соседствуют на одной аптечной полке, и только специалист может разобраться, какой из них является лекарственным средством, а какой – биологически активной добавкой.

«Зачастую потребители не обладают специальными знаниями в этой сфере и могут воспринимать добавку «лайт», «мини», «слим» как более облегчённую версию рецептурного лекарственного препарата», – отметила она. – При этом в рецептурном и нерецептурном лекарственном средстве может быть одно и то же действующее вещество, а различие существует только в выпускаемой дозировке».

В свою очередь, начальник Управления контроля социальной сферы и торговли ФАС Тимофей

Нижгородцев акцентировал внимание на проблеме бесконтрольного применения лекарств и самолечения.

«Каждый препарат, в том числе и безрецептурный, обладает потенциальным риском, поэтому он и находится в системе государственного регулирования. Но когда лекарство регистрируется и продвигается под видом БАД, это может привести к серьёзным последствиям для здоровья и жизни потребителей», – отметил представитель ФАС.

По мнению исполнительного директора «Аптечной гильдии» Елены Невониной, ситуация усугубляется тем, что рецептурные препараты можно свободно купить в аптеке. Законодательно это запрещено, а на деле такие нарушения допускаются сплошь и рядом. По её словам, это об-

условлено слабым контролем в данной сфере (сегодня лишь 5% аптек охвачено проверками) и незначительностью наказания – штраф за подобное нарушение составляет всего 40 тыс. руб.

На заседании эксперты обсудили конкретные случаи нарушения законодательства, когда под видом безрецептурных лекарственных препаратов и биологически активных добавок рекламировались рецептурные ЛС для снижения веса.

В ходе обсуждения участники совещания подтвердили существование проблемы, предложив в качестве возможного решения государственный контроль и саморегулирование отрасли. Экспертный совет решил продолжить обсуждение вопроса в 2015 г.

Анна АНДРЕЕВА.

Чемпионку Европы по боксу Эстер Шоутен, названную в память о библейской «звёздочке», избавившей евреев от вавилонского рабства, мучил кошмар: «Только я начинала засыпать, как тут же просыпалась. В моей голове звучали слова: у меня рак». Последние годы нейробиологи связывают страх с активностью нейронов центрального отдела миндалины – Amygdala, – лежащей в глубине височной доли над гиппокампом. В клетках последнего обнаружен фермент фосфатаза, выключение гена которого приводит к мышинной модели аутизма. При болезни Альцгеймера в первую очередь нарушается состояние этой извилины (Nature, Neuron). Молекулярные диетологи Рочестерского университета, проводившие многолетний мониторинг за развитием детей на Сейшелах, полагают, что жирные кислоты рыб защищают мозг от воздействия тяжёлых металлов (ртути), о чём сообщили в журнале, посвящённом питанию.

Ракурс

О барьерах и о страхах

Функциональный МРТ высокого разрешения позволил доказать, что нервные клетки миндалины регулируются нейронами одного из ядер таламуса, или зрительного бугра, являющегося передаточным хабом сенсорной информации к коре полушарий. Роль таламического ядра описали сотрудники лаборатории Колд-Спринг Харбор, что на Лонгайленде неподалёку от Манхэттена. Авторы пишут, что добавление в мозг мышей BDNF (Brain-Derived Neurotropic Factor) – белка, производимого самим мозгом, приводит к чрезмерной активности нейронов миндалины и порождению страха у «наивных» животных, ранее не подвергавшихся пугающим воздействиям. Повышенное содержание BDNF отмечается у людей, страдающих беспокойством-anxiety и «сидящих на анксиолитиках. В мозгу BDNF синтезируется клетками вышеупомянутого ядра таламуса.

Под таламусом, как известно, лежит гипоталамус, являющийся средоточием наших основных инстинктов. В нём имеется аркуатное ядро. Некоторые его клетки синтезируют нейропептид Y, который стимулирует аппетит, а другие – альбумин и соматостатин (гормон роста), серотонин – вещество хорошего настроения, и пептид, который был сначала открыт в кишечнике, где он регулирует сосуды (VIP – Vasoactive Intestinal Peptide). Все пять веществ регулируют «пограничное» состояние, когда человек готов к решающему действию – атаке, броску и т.д.

При этом пептид Y определяет стимулирующую фазу мозгового цикла, а все остальные – его подавление, стимулируя ингибирующее действие тормозящих интер-, или вставочных нейронов. Ту же смену фаз цикла мы видим при успокоении – охранительном торможении – после эйфории. Всё это очень важно для фармакологов, создающих новые лекарства для невропатологов и психиатров.

Исследование детей с аутизмом показало, что активность их мозга совершенно различна в покое и в активном состоянии (Nature Neuroscience). Смена воззрений произошла и в деле изучения визуальной, или зрительной памяти (Psychological Science), что очень важно для понимания природы когнитивных расстройств (умственной деятельности). Исследователи Пенсильванского университета в Филадельфии показали на 100 студентах, что их память очень селективна. Опыты на мышах с применением оптогенетики показали, что зрительная память хранится в синапсах – точках соединений нервных клеток первичной зрительной коры. Чем больше объём накопленной памяти, тем ярче светятся очаги её хранения в симметричных отделах зрительной коры полушарий. Специалисты Массачусетского технологического института показали коллегам возможность оптогенетического создания двух популяций нейронов, которые реагируют на красный и слабый голубой свет лазеров.

Но вернёмся к гиппокампу,

который считается всё же основным хранилищем памяти в мозгу, которое поражается при болезни Альцгеймера. Основная «версия» развития этого нейродегенеративного заболевания связана с накоплением нейротоксических бляшек амилоида. Однако сотрудники Университета Южной Калифорнии в Лос-Анджелесе полагают, основываясь на данных своего МРТ высокого разрешения, что дело не только в бляшках, но и в нарушении гематоэнцефалического барьера (ГЭБ), «отделя-

ющего» мозг от нежелательных веществ, приносимых с кровью. Они сообщают, что время нарушения целостности ГЭБ и тем самым повышения его проницаемости при начале заболевания неизвестно, поэтому трудно говорить, что первично, а что вторично. Учёные выявили связь между возрастом человека и «протечки» ГЭБ в гиппокампе, которая проявляется в нарастании когнитивных расстройств у пациентов. Выявлена также и роль перicyтов, или клеток, окружающих сосуды мозга, которые вместе с эндотелием, выстилающим сосуды изнутри, вносят свой вклад в нарушения когниции. Новое открытие лежит в лоне современных попыток лечить болезнь Альцгеймера противопалательными препаратами, поскольку воспаление «приходит» с иммунными клетками по сосудам. Но всё это следует ещё много раз проверять и перепроверять.

В Базельском университете с помощью МРТ высокого разрешения при исследовании почти 700 испытуемых выявили различие эмоциональной реакции женщин, в коре которых в отличие от мужчин появляются два «очага», отсутствующих у представителей сильного пола. Похоже, что нас ждут новые неожиданные открытия.

Игорь ЛАЛАЯНЦ, кандидат биологических наук.

По материалам, Nature, Journal of Neuroscience, Psychological Science.

Открытия, находки

Баскетбоги

Так один из поэтов назвал игроков в баскетбол, что хорошо понятно людям, которые обычно не достают гигантам и до плеча. С другой стороны, та же ситуация с пигмеями и карликами, страдающими от своего генетического недостатка. Понять геномную природу «управления» ростом стараются сотни участников международного консорциума Giant, или «Гигант» (генетическое исследование антропометрических признаков). Главный вывод: рост человека определяется генетикой, хотя раньше можно было говорить лишь о 10% влияния.

Учёные обследовали четверть миллиона людей, проверив около 2 млн ген-вариантов, каждый из которых присутствует не менее чем у 5% из них, выявив воздействие 697 изменений в 424 генах. Почему для столь объёмного исследования был выбран рост? Дело в том, что он легко «оцифровывается» и легко регистрируется. Прогресс налицо, поскольку только в 2007 г. был выделен первый ген роста, сегодня же в «копилке» генетиков их уже 700. Главными из них являются «раковые» гены Wnt и бета-катенин, которые хорошо знакомы молекулярным онкологам, так как управляют ростом и делением клеток, среди других также много наследственных факторов, мутации которых

приводят к озлокачествлению клеток.

Рост тела невозможен без формирования костного скелета, претерпевающего постоянный ремоделинг за счёт согласованной работы остеобластов, свойства которых близки к стволовым, откуда и их «бластное» название. Их «противники» остеокласты разрушают костную ткань, чтобы добраться до кальциевых запасов, необходимых всему организму. В этом им помогает фермент CTSK, аббревиатура которого означает катепсин К, являющийся протеазой, то есть расщепляющим белки-протеины. Учёные Университета Дж. Хопкинса в Балтиморе показали, что для успешного ремоделинга необходимо также «подведение»

к месту кровеносных сосудов, по которым отводится кальций. Рост сосудов регулируется остеокластами, которые выделяют ростовой фактор тромбоцитов (PDGF – Platelet-Derived Growth Factor). При выключении гена последнего нарушается формирование кости, что очень похоже на остеопороз у женщин в менопаузе. У мышей с удалёнными яичниками толщина и плотность костной ткани уменьшается, а питающие её сосуды не образуются.

Вполне возможно, что со временем стволовые клетки костей будут получать из... жировой ткани. Помогло им в этом стимулирование гена ALPL, кодирующего синтез фермента щелочной фосфатазы в печени и почках, а также в костях и жировой клетчатке. Но сегодня реальный прогресс достигнут в ходе клинических испытаний одного из новых препаратов. Он блокирует созревание предшественников остеокластов и, соответственно, рост сосудов, по которым «вымывается» кальций. При этом увеличивается толщина стенок трубчатых костей и их плотность.

Иван ЛАРИН.

По материалам Nature Genetics, Nature Medicine, Stem Cell.



II МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ НАУКИ – 2015

www.forum-uniscience.ru

«НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ: МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ТРИГГЕРЫ ПАТОГЕНЕЗА, ЯТРОГЕННОЕ ВЛИЯНИЕ»

Москва, площадь Европы, 2, отель «Рэдиссон Славянская»

II форум университетской науки – 2015 будет проходить 22 мая 2015 г. Цель форума – обсуждение и оценка результатов научных биомедицинских исследований, направленных на поиск путей и способов медицинского прогнозирования, снижения вторичной заболеваемости и ятрогенных влияний.

II форум университетской науки с международным участием задуман как логичное развитие подходов, заложенных на первом форуме, прошедшем в Москве в мае 2014 г. и ставшем знаковым событием в календаре научных событий года. В прошлый раз внимание участников было посвящено достижениям фундаментальных наук и персонифицированной медицины в решении проблем системного и аутовоспаления. Обсуждение широко поставленной темы привело к пониманию того, что стратегически важным аспектом изучения системного и аутоиммунного воспаления является молекулярно-генетическое прогнозирование.

Ориентируясь на научные исследования, которые проводятся в Московском государственном медико-стоматологическом университете им. А.И. Евдокимова, мы назвали Форум-2015 «Научное медицинское прогнозирование: молекулярно-генетические аспекты, триггеры патогенеза, ятрогенные влияния». В форуме примут участие ведущие ученые и молодые исследователи нашего университета, а также представители других ведущих научно-медицинских организаций, разрабатывающих проблемы научного прогнозирования и снижения ятрогенных рисков, таких как РОНЦ им. Н.Н.Блохина, РМАПО Минздрава России, известные зарубежные ученые.

Пленарное заседание форума будет освещать два основных, стратегических научных направления нашего университета: «Маркёры рисков здоровья и триггеры патогенеза заболеваний» и «Маломинвазивные технологии: поиск путей снижения ятрогенных рисков». В программе форума – 6 научных симпозиумов:

- молекулярно-генетические исследования опухолей;
- молекулярно-генетические исследования в клинике инфекционных заболеваний;
- минимально-инвазивные технологии на стыке хирургических специальностей;
- неотложная кардиология: от науки к практике;
- междисциплинарные подходы к наиболее распространённым заболеваниям женщин;
- клиническая психология и биометрические исследования в медицине.

Также в рамках форума состоится «круглый стол» на тему «Передовые медицинские технологии в медицине».

Насыщенная программа и интересная, актуальная тематика мероприятий позволяют надеяться на то, что форум привлечёт к участию и заинтересованному обсуждению научных работников, врачей, преподавателей медицинских вузов, будет интересным и полезным для всех участников.

Организатором Форума выступил Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова. Председателем организационного комитета форума является ректор МГМСУ профессор Олег Янушевич.

Криминал

Строго, но справедливо

Главный врач одного из стационаров города Ляочэн провинции Шаньдун (Китай) получил внушительный тюремный срок за взятку в размере 240 тыс. юаней, что эквивалентно 39 тыс. долл.

Он признался в том, что в 2007 и 2009 гг., занимая пост главы клиники Ляочэна, трижды брал взятки. Так, в январе 2007 г. он получил около 1,5 тыс. долл. от некоего сотрудника больницы за помощь его дочери.

В мае 2009 г. обвиняемый был подкуплен менеджером одной торговой компании. Размер взятки на этот раз составил около 13 тыс. долл.

В итоге Народный суд уезда Гаотан признал этого человека виновным и приговорил его к 11 годам заключения.

Борис БЕРКУТ.
По информации ChinaNews.

Исследование

Вдвоём — легче

В ходе недавно проведённого исследования британским учёным удалось понять, что отказ от вредных привычек и приобретение к здоровому образу жизни эффективнее достигаются вместе с партнёром.

В эксперименте приняло участие более 3 тыс. супружеских пар старше 50 лет. В результате было установлено, что у половины жен-

щин, бросавших курить вместе с супругом, получилось отказаться от вредной привычки гораздо эффективнее по сравнению с теми, чьи партнёры бросили курить ранее, и теми, чьи партнёры оставались заядлыми курильщиками. Мужчины тоже было проще вносить изменения в привычный образ жизни вместе со своей второй половиной.

Алина КРАУЗЕ.
По информации Meddaily.

Эксперимент

Из мозга в мозг

Электронное письмо по... энцефалографу?

Удастся ли людям в один прекрасный день подключить свой мозг к Интернету? В ходе недавнего эксперимента был сделан первый шаг в этом направлении: учёные заявляют, что провели сеанс прямого общения в формате «мозг – мозг» между двумя людьми, находившимися в тысячах километров друг от друга.

Участники проекта сразу же делают оговорку, что эксперимент был лишь попыткой проверить жизнеспособность самой концепции. Вопреки некоторым сообщениям исследователи не переслали из мозга в мозг ни мысли, ни эмоции. Они сделали кое-что попроще.

Одного из участников эксперимента, мужчину в индийском городе Керала, подключили к компьютеру через энцефалограф, регистрирующий мозговые волны. Испытуемого попросили вообразить, будто он двигает руками и ногами. Если он представлял себе, что двигает ногами, компьютер записывал ноль, а если руками – то единицу.

Последовательность этих нулей и единиц была отправлена получателю во французском Страсбурге. Он был подключён к установке для транскраниальной магнитной стимуляции – этот метод позволяет стимулировать кору головного мозга при помощи магнитных импульсов. Когда отправитель думал о том, что он двигает руками, получатель ощущал импульс, заставляющий его увидеть вспышку света – даже с закрытыми глазами. Если получатель представлял себе движения ногами, импульса не было.

Чтобы придать сообщению какой-то смысл, исследователи придумали простейший код: одна определённая последовательность нулей и единиц означала «привет», другая – «пока». Получатель, знавший этот код, имел возможность понять, какое слово было ему отправлено.



На первый взгляд это выглядит довольно примитивно, но каждая из стадий процесса была сопряжена с трудностями. Отправителю нужно было очень сильно концентрироваться для того, чтобы думать лишь о движениях руками или ногами. Любая другая мыслительная активность искажала сигналы, что мешало их записывать. Отправителя пришлось даже специально обучать правильным техникам такой концентрации.

Кроме того, процесс оказался небыстрым. По оценкам исследователей, скорость передачи сигнала от мозга к мозгу составила примерно два бита (ноль и единица) в минуту. Так что даже на простейшее сообщение с использованием такого метода ушло немало времени. Тем не менее когда эксперимент завершился успехом, его руководитель не скрывал воодушевления.

Не все согласны с тем, что этот эксперимент был первым в своём роде. В прошлом году группа учёных из Гарварда подключила человеческий мозг к крысиному хвосту, и хвост удалось заставить двигаться силой мысли. Опять-таки в прошлом году исследователи из Вашингтонского университета создали интерфейс «мозг – мозг», с помощью которого отправитель получил определённый контроль над двигательной корой мозга адресата и смог посылать сообщения, которые заставляли получателя неосознанно нажимать клавишу.

Поэтому один из специалистов

заявил, что этот опыт «по сути шоу» и «всё это уже было продемонстрировано раньше». Но опыт определённо уникален по той причине, что коммуникация впервые проводилась на очень большом расстоянии, а получатель впервые мог сознательно интерпретировать принимаемые сигналы.

Экспериментаторы не намерены останавливаться на достигнутом. Они хотят попытаться передать из одного мозга в другой чувства, ощущения и полноценные мысли. «Пока что технология недостаточно совершенна, но однажды она станет очень мощной. Наступит день, когда мы выйдем за рамки вербальной коммуникации», – надеется профессор Джулио Руффини, один из участников проекта.

И всё же перед тем, как отправлять из мозга в мозг полноценные мысли, группе учёных нужно для начала научиться передавать нечто посложнее нулей и единиц. Для этого, возможно, потребуются стимулировать разные отделы мозга и использовать в качестве сигнала не только световые вспышки. Чтобы передавать язык напрямую, учёным придётся придумать новый способ стимуляции мозга. Для передачи ощущений тоже надо понять, как доставить сигналы в соответствующие мозговые отделы. Задача усложняется тем, что команда Руффини хочет ограничиться неинвазивной стимуляцией, без подключения к мозгу имплантата. К тому же многих критиков приводит в ужас концепция доставки информации непосредственно в мозг.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».
По материалам сайта
BBC Future.

Однако

Бутерброд с... носками

Удивительная жизнь внутри сыра

Где тут выдают призы за доблесть в поддержке отечественных производителей? Я – туда с ноу-хау заморских деликатесов.

Живые обитатели сыра – от бактерий с пальцев ног до грибковой жижи – придают ему неповторимый вкус. Серьёзный британский медицинский журнал заглянул в микромир, которым и мы невольно озадачились со дня введения анти-санкций.

Каждый сыр представляет собой жилище, построенное бактериями и грибами, и у каждого сорта есть свой, скажем так, архитектурный стиль – в зависимости от предпочтений его создателей. В ходе созревания микробы придают сырам их неповторимый характер. Взять, к примеру, рокфор – мягкий французский сыр, усыпанный синезелёными отверстиями. Строит его плесневая культура под названием *Penicillium roqueforti*.

Эта плесень – штука капризная.

Любит воздух, но погибает при слишком большой концентрации кислорода. Освоившись на новом месте жительства, плесень начинает вырабатывать ферменты, расщепляющие жир на жирные кислоты (которые придают слегка мыльный вкус) и метилкетоны, отвечающие за специфический аромат. Плесень также вырабатывает токсины, которые в чистом виде вызывают у мышей повреждения сердца, лёгких, печени и почек. Однако в сырной среде они распадаются на не столь опасные соединения.

В рассольных сырах, к примеру, эпуасе или лимбургере, которые на разных стадиях процесса созревания промывают солёной водой, живут бактерии *Brevibacterium linens*. Они придают сыру очень специфический запах несвежих носков, производя бутановую и изовалериановую кислоты. У запаха потных ног и правда аналогичный источник: та же бактерия живёт и на коже стоп.

Вонь лимбургера привлекает самок кровососущих комаров: авторы этого открытия получили в 2006 г. Шнобелевскую премию. «Неплохая идея: простая ловушка для комаров в спальне на основе синтезированного запаха человека», – начинается посвящённая этому открытию статья в серьёзном научном журнале, предлагающая снаряжать комариные ловушки лимбургером.

Вообще, описать аромат сыра не проще, чем букет вина, – у профессионалов для этого есть специальный набор терминов. В ходе исследования специалисты продегустировали 240 разновидностей чеддера и придумали 27 терминов для описания ноток их ароматов, в том числе: кошачий (запах кошачьей мочи), коровий (запах хлева), ореховый, бульонный, фруктовый...

Адам ГОРСКИЙ.
По материалам The Lancet.

Осторожно!

Дети, получившие до 2 лет несколько курсов антибиотиков широкого спектра действия, имеют больше шансов страдать в 5-летнем возрасте от ожирения, чем их сверстники. Специалисты из Детской больницы Филадельфии (США) объясняют выявленный ими феномен глобальным изменением состава кишечной микрофлоры под влиянием подобных антибактериальных препаратов и советуют назначать детям антибиотики узкого спектра действия.

вязь касается только антибиотиков широкого спектра действия, поражающих сразу несколько типов патогенных бактерий. Никакой ассоциации между избыточным весом в 5 лет и приёмом в раннем возрасте антибиотиков узкого спектра действия, направленных против какого-либо одного патогена, выявлено не было.

Результаты ранее проведённых исследований показали, что ожирение связано с низким разнообразием видов бактерий, населяющих кишечник. Специалисты из

Антибактериальное «пополнение»

Авторы работы провели анализ данных о почти 65 тыс. детей из электронной базы историй болезни с 2001 по 2013 г. Все дети, включённые в исследование, наблюдались по меньшей мере до 5-летнего возраста. 69% из них подвергались антибиотикотерапии до достижения 2 лет. Оказалось, что риск развития ожирения в более старшем возрасте напрямую связан с количеством курсов анти-микробных препаратов и варьирует от 2 до 20%. Особенно высок он в случае, когда число курсов составляло 4 и более.

При этом выявленная взаимос-

Детской больницы Филадельфии полагают, что антибиотики широкого спектра действия, принимаемые в раннем возрасте, глобально меняют состав кишечной микрофлоры детей, что и приводит впоследствии к ожирению. В связи с выявленной взаимосвязью авторы рекомендуют лечащим врачам при выборе тактики лечения принимать решения в пользу антибиотиков узкой направленности, не оказывающих столь негативного влияния на микрофлору кишечника.

Борис БЕРКУТ.
По материалам журнала
JAMA Pediatrics.

Врачебная тайна

Спи – не хочу



На севере Казахстана в селе Калачи наблюдается загадочная болезнь, которую доктора именуют «энцефалопатией неизвестного генеза», а люди – просто «сонная болезнь». Жители села засыпают на длительное время, причём это может произойти и дома, и на работе. Те, кто засыпает, не всегда выключаются полностью. Они могут даже говорить и ходить, но ничего из этого не помнят, после того как придут в себя.

Впервые данная болезнь начала массово проявляться весной 2013 г., хотя единичные случаи, по утверждению местных врачей, регистрировались и ранее. С тех пор более 100 человек «засыпали» в селе Калачи, население которого – около 600 человек. А с конца декабря зарегистрировано более 40 случаев, и жители сегодня говорят о новой вспышке «сонной болезни».

Среди симптомов медики отмечают сонливость, общую слабость, головокружение, галлюцинации и нарушения координации. Появляется больше вторичных случаев, и в тяжёлых из них это состояние, которое медики описывают как «стопоризация», может длиться до 10 дней. «Засыпают» и дети и взрослые.

Медики и учёные пока затрудняются указать причину этого странного явления. Межведомственная

комиссия проводит исследования в округе. Среди учёных, занимающихся данным феноменом, есть также и специалисты из Института радиационной безопасности, так как, по одному из предположений, причина заболевания – это радиация. В прошлом близ села Калачи действовала урановая шахта, которая была закрыта в 1990-е годы. Специалисты предполагают, что, возможно, есть утечка радиации, которой может объясниться происходящее. Однако глава Института радиационной безопасности утверждает, что работа его команды показала, что ничего необычного на месте не выявлено и эта версия не подтверждается.

По другой версии, болезнь, скорее всего, связана с составом атмосферного воздуха, а не с продуктами питания, водой или другими факторами. Это большая концентрация угарного газа, которая была обнаружена в ходе исследования. Но эту причину, в свою очередь, отвергают медики, которые обследовали пациентов.

Пока учёные исследуют явление, медики на местах продолжают предоставлять больным лечение, в основном симптоматическое: назначают витаминотерапию, сосудистую и дезинтоксикационную терапию. Пока причина не ясна – нет и антидота.

Юрий БОРИСОВ.
По материалам сайта bbcussian.com.

В свои 20 лет...

Первая часть партитуры судьбы джазмена складывалась весьма благоприятно. В московском доме Товмасыанов было много книг. Отец не жалел денег на домашнюю библиотеку, покупая, в том числе, литературу начала века в букинистических магазинах, постоянно подписывался на многотомные издания и литературные журналы. Если в доме есть книги, то дети так или иначе начинают их читать. Тот, кто читает, раньше начинает думать самостоятельно и тоньше чувствует окружающий мир.

Когда Товмасыан-младший начал играть на трубе, отец помог ему достать отличный и весьма дефицитный немецкий инструмент за 110 руб. – очень большие деньги для начала 60-х годов.

С композицией «Господин Великий Новгород» А.Товмасыан занял первые места в номинациях: труба, импровизатор, композитор на фестивале «Джаз-62». Министрство просвещения выпустило пластинку со звуковым приложением к школьным урокам музыки, на которой была записана эта пьеса. И Товмасыан пригласили на престижный польский музыкальный форум, где регулярно выступали джазмены мирового уровня. А ему было всего 20 лет. Юный принц советского джаза и оркестр Э.Рознера, ориентированные, скорее, на эстраду, едва ли могли считаться отечественной джазовой школой. Но он блестяще овладел разными хитрыми штуками, словно его учили этому великие музыканты. Огненная труба Товмасыана словно разговаривала, заставляя вспомнить о музыке М.Мусоргского и раннего Д.Шостаковича. Он умел играть паузы, понимая, что в них заключён важный смысл.

Критика музыки Товмасыана была сугубо положительной, что вообще-то удивительно: ещё вчера джаз считался «музыкой толстых» и параллель между интересом к джазу и «продажей Родины» не утратила актуальность даже в разгар хрущёвской оттепели. Но трубач оказался в фаворе.

Критик джаза А.Баташов вспоминал: «Андрей Товмасыан — один из величайших артистов джаза. Молодёжи его имя уже почти ни о чём не говорит, но тридцать лет назад это был настоящий

Медицина и искусство

Огонь и вода
медной трубы

Психическое расстройство затормозило жизнь
Андрея Товмасыана — одного из величайших артистов джаза



прорыв. Мы, музыканты и провозвестники джаза, сами не поняли этого, когда в начале 60-х годов звезда Товмасыана стремительно всходила на нашем чёрном джазовом небе. Ему не было 20, и он был необыкновенно талантлив. Андрей стал сенсацией фестивалей в Тарту, Ленинграде и Москве. Он был в первой советской горстке джаза, робко вывезенной в Варшаву (заграница!), и тут же олицетворил собою пробившееся сквозь сталинский асфальт новое поколение. Его «Господин Великий Новгород» с колокольными звонами в начале и в конце стал козырем в защите джаза, слава этой действительно живописной вещи, может быть, даже заслонила самого автора... Чистейший фирменный американский джаз бил из его трубы фонтаном, и непонятно было, откуда что берётся. Мы ещё не могли себе представить, что где-то за пределами Америки может родиться джазовая личность,

Судьба этого музыканта, выражаясь музыкальным термином, имеет трехчастную форму. В первой части он — один из лучших джазовых трубачей Москвы и СССР, чьи техника, импровизационный дар, мелодическое и гармоническое мышление удивляли, приводили в восхищение профессионалов и знатоков. Андрей Товмасыан был одной из главных фигур в советском джазе 1960-х годов. Его манера игры сочетала исполнительские стили американских трубачей К.Брауна и Л.Моргана. Тогда Москва раскололась на два лагеря: сторонников традиционного джаза, аргументом и приоритетом которых была музыка Товмасыана, и поклонников авангарда и экспериментов, идолом которых был флюгель-горнист Г.Лукьянов. Спор этих музыкальных партий порой достигал такого накала, что как-то между заинтересованными сторонами случилась драка. Впрочем, по порядку...

равновеликая тамошним корифеям, единственно населявшим наш джазовый пантеон».

С отечественным критиком соглашались мэтры американского джаза: «Товмасыан, пожалуй, один из лучших трубачей Европы» (Д.Эллис). Ничто не предвещало изменений в судьбе музыканта...

Молчание на многие годы

Популярность, игра в ресторанах, сравнительно лёгкие и довольно большие деньги, алкоголь — частый спутник лабухов постепенно сложились в неблагоприятную констелляцию. По ст. 154 УК СССР — за спекуляцию (фарцовку) — Товмасыан в 1964 г. получил год тюрьмы.

После отсидки были выступления в московских джаз-клубах 60-70-х годов, снова работа в ресторанах, оркестр О.Лундстрема (в начале 80-х), драматичные взаимоотношения с алкоголем («если бы я не пил, то буквально

озолотился бы», — писал Товмасыан в автобиографии) и — психическое расстройство, ставшее его судьбой. В конце 80-х музыкант исчез, вначале затворившись в своей квартире, не отвечая на звонки и не открывая двери (однажды почтальон, так и не дозвонившись, засунул бандероль с его пластинкой в почтовый ящик, а чтобы конверт влез, согнул его вдвое, сломав диск), затем — надолго очутившись в психиатрической больнице и получив инвалидность соответствующего профиля.

Мать Товмасыана рассказывала его коллегам, что вынуждена разговаривать шёпотом: если она говорила с обычной амплитудой звука, музыкант хватался за голову и начинал стонать: «Зачем ты кричишь, я не могу этого вынести!» Время от времени на фоне такого существования в Москве возникали слухи, о том что Товмасыан давно умер.

...Наиболее близким ему философом был В.Розанов, сказавший:

«Я думал, что всё бессмертно. И пел песни. Теперь я знаю, что всё кончится. И песня умолкла». Розанов часто писал афоризмами, после каждого из которых нужно было сделать паузу, чтобы обдумать сказанное. А любимым поэтом джазмена был О.Мандельштам, написавший:

Да обретут мои уста
Первоначальную немоту,
Как кристаллическую ноту,
Что от рождения чиста!
Товмасыан взял паузу и, задумавшись, замолчал на многие годы. Звукозаписей Товмасыана практически не осталось: так, пара фестивальных сборников... В Интернете есть всего три пьесы, сохранивших звук его трубы.

В очень подробной автобиографии, написанной позже, Товмасыан совсем мало слов посвятил своим диагнозу, больницам и лечению. Это вполне понятно. Тем не менее упоминает, что психиатрический диагноз ему был выставлен ещё в 1958 г.

Но вдруг музыкант снова появился в поле зрения джазовой публики. С 2001 г. Андрея Товмасыана стали встречать в московских джаз-клубах. В 2002 г. он даже выступил в ансамбле ветеранов советского джаза на фестивале «Джаз в саду Эрмитаж». Особенно часто он заходил в джаз-кафе «Эссе», именно там, в конце 2012 г. отмечалось его 70-летие, на котором выступил сам маэстро. Это не был прежний, невероятный Товмасыан. Но он играл, а это означало, что джазист продолжает заниматься (в случае многолетнего антракта трубач не может играть — без постоянной тренировки мышечное кольцо его губ просто не сработает должным образом). Было слышно, что когда-то он был великим музыкантом, о судьбе которого складывали легенды...

В 2007 г. он написал стихотворение, где были строки:

Глянули тусклые очи кондуктора
Из под фуражки. О!
Грянула музыка
из репродуктора,
Умер под Новый год —
Я.

Андрей Товмасыан умер 31 декабря 2014 г.

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Северного государственного
медицинского университета.
Архангельск.

Имена и судьбы

Имя московского доктора Фёдора Петровича Гааза знакомо многим россиянам. Это его слова из прошлого «Спешите делать добро» вошли в повседневную жизнь как лозунг и понятное задание для всех работоспособных людей. И в наше время этот призыв вполне актуален.

Широко известно, что в 1909 г. в Москве на Арбатской площади был торжественно открыт памятник Н.В.Гоголю. Но помимо него, в том же году в Большом Казённом переулке, тоже при большом скоплении народа, сняли полотно с другой работы того же скульптора — Н.А.Андреева. Это был бюст на пьедестале Ф.П.Гааза.

Городское управление одновременно с открытием бюста доктора привело в должное состояние его могилу на Иновечерском кладбище на Введенских горах (Лефортово). В своём отчёте управцы отметили, что на памятник было потрачено 3200 руб., а на исправление могил Ф.П.Гааза и его друга А.И.Поля, а также оград вокруг них — 30 руб. Они похоронены близости друг друга — на одном участке кладбища.

О жизни и деятельности Гааза уже написано немало книг, очерков. Но много ли мы знаем о его друге Андрее Ивановиче Поле

(1794-1864). Видимо, этот человек оставил о своих делах столь же добрую память, раз о его могиле позаботилась городская управа...

При архивных розысках, в материалах за 1847 г. я обнаружила весьма любопытное описание одной из операций, проведённых доктором Полем. Расскажу о том очень кратко.

9 декабря того года в зале госпитальной клиники Императорского Московского университета, устроенной в Екатерининской больнице, собралось очень много врачей и студентов-медиков. Все ждали начала первого опыта с употреблением хлороформа при хирургических операциях.

Тогда 10-летнему крестьянскому мальчику, 3 года страдавшему каменной болезнью, была назначена операция камнесечения.

Когда всё необходимое для операции было готово, доктор налил на носовой платок, свёрнутый воронкой, порядка 45 капель хло-

роформа. Платок был приложен ко рту и носу больного так, что тот вдыхал усыпляющее средство без затруднений. К слову, хлороформ был добыт химиком Николаем Эрстовичем Лясковским.

Мальчик сразу начал жаловаться на боль в глазах. Его лицо покраснело. Дыхание и пульс немного участились. Но через 2,5 минуты он уже крепко спал. Вернее, погрузился в бесчувственное состояние. Многократные пробные уколы булавкой его не пробуждали. Незамедлительно приступили к операции. Правда, при последнем глубоком разрезе больной вскрикнул, как бы проснувшись. Но ему дали вдохнуть другую порцию хлороформа. После этого мальчик был бесчувственным до самого конца операции и заключительной перевязки.

На всю процедуру, вместе с перевязкой, устаршего врача больницы, профессора хирургического отделения госпитальной клиники

А.Поля ушло 4 минуты. Его ассистент-медик Костин констатировал: «Извлечённый камень имел форму овала 14 линий в продольном и 10 линий в поперечном диаметре, весил 8 золотников».

Почти сразу после перевязки мальчик проснулся. Он ничего не знал о сделанном ему разрезе, не почувствовал никакой боли. На все вопросы, касавшиеся операции, он отвечал, что ничего не помнит. Осмелев, он попросил показать ему вырезанный камень.

Проведённый Полем опыт с новым обезболиванием сочли блестящим успехом в медицине.

За хлороформом признали значительное преимущество перед эфиром. Были сделаны выводы о том, что первый можно применять к пациентам в меньшем количестве, что он действует на них быстрее и надёжнее. В употреблении хлороформ нетруден. Он не требует сложных снарядов и никак не затрудняет больного. Действие хло-

роформа кратковременно. Вместе с тем он же может быть добавлен к первоначальной дозе — это весьма важно при случаях сложных операций. Кроме того, хлороформ — невоспламеняющееся вещество. И потому в крайних случаях он может применяться при горящих свечах, что совсем не допускалось в работе специалистов с эфиром. Последнее удобство оказывалось весьма значительным, ведь тогда свечи были неотъемлемой частью жизни обывателей.

Возможно, посетителю Немецкого кладбища (иначе: Иновечерского, Иноземского, Введенского), задержавшемуся у могилы Гааза с неугасимой лампадой, стоит обратить внимание и на могилу его друга Поля, своими трудами облегчившего страдания большой части старых и ныне живущих наших соотечественников.

Татьяна БИРЮКОВА,
москвовед.

Почтить друга доктора Гааза
Не зря они похоронены рядом...

Алексей Яблоков известен как активный эколог, биолог с мировым именем, член-корреспондент и советник РАН, председатель Совета по морским млекопитающим, которые, по собственному признанию, являются любовью всей его жизни. Мы не цари природы, уверен Яблоков, а только один из многочисленных видов, живущих на планете. Пока мы ищем братьев по разуму где-то в необъятных просторах Вселенной, иные цивилизации существуют рядом с нами, говорит он. Те же дельфины и киты, по его убеждению, – их безусловные представители. Однако к контакту с ними мы совершенно не готовы. Вот почему, вероятно, нам никак не удаётся достучаться до тех, кто живёт намного дальше, за пределами нашей Солнечной системы...

– Алексей Владимирович, год назад вам стукнуло 80. Уместно, наверное, вспомнить папу доктора геолого-минералогических наук, маму палеонтолога, доктора биологических наук. Значит, вы в большей степени пошли по маминим стопам. Почему?

– Может быть, потому что дед был земским врачом. Но скорее потому, что меня всегда тянуло к живой природе. Из детских воспоминаний – конечно, военные годы. Это бомбёжки Москвы. Мы жили около Арбата, в Малом Левшинском переулке. Все здоровые взрослые должны были по очереди дежурить на крыше, чтобы хватать щипцами зажигательную бомбу и бросать её в ящик с песком. Мама была очень активной, ещё до войны прошла курсы медсестёр и стала старшей медсестрой военного эвакогоспиталя. Отец остался в Москве в своём наркомате.

– Жену вашу зовут Дильбар. Она что же, из касимовских татар?

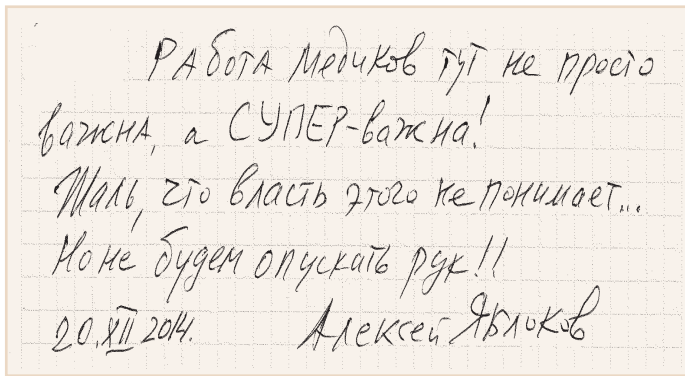
– Нет, тут история совсем другая. Это и горе и радость. Дильбар Николаевна – моя вторая жена. Моя первая супруга – Эля Бакулина, с которой я познакомился в университете, и мы прожили вместе больше 40 лет. Она умерла от рака в 1987 г. Вообще, надо сказать, рак – это моя семейная проблема. Отец и мать умерли от рака, и я сам раковый.

– Глядя на вас, не скажешь!

– Преодолею, тьфу-тфу!

– На ранней стадии?

– Если бы. Пять лет назад обнаружили запущенный неоперабельный рак простаты, с возможными метастазами в кости. Спасла, прежде всего, Дильбар, которая раньше меня прошла через раковые тернии и которая за руку водила меня по врачам. Ну и конечно, наши эскулапы. Главный – Евгений Хмелевский из Научного центра рентгенодиагностики. Сильнейшее локальное облучение остановило болезнь. Правда, потом 3 года мучился последствиями облучения. В меня влили в общей сложности литров 7 крови. Тут бью поклон и Гематологическому центру в Москве, и Радиологическому центру в Обнинске. Некстати подвело сердце, и если бы не Елена Васильева



Алексей Яблоков:

Главная беда бизнеса – жадность

из 32-й горбольницы, вам бы не пришлось меня расспрашивать о жите-бытие.

Так вот, моя вторая жена Дильбар Николаевна Кладо – по семейной легенде потомок одного из двух плотников, которых Пётр I привёз из Амстердама. Мы с ней даже ездили в Грецию искать остров, откуда её корни. С ней я познакомился в 1988 г., поженились через год. Она замечательная. Мне вообще на женщин очень везёт. Она была журналисткой и ведущей телепрограммы «Сельский час». Меня интересовали последствия применения пестицидов. Она пришла, чтобы взять интервью. И вот с тех пор мы вместе.

– Отношение к природе – каким оно должно быть?

– Вроде бы базаровская дилемма: природа – храм или мастерская? Мичуринский ответ: «Не ждать милостей от природы! Взять их...» Для меня природа – это, конечно, храм. Но храм жизнеобеспечивающий. Его надо ремонтировать и поддерживать, выстраивать поведение человека в соответствии с законами природы. «Преобразовывать» природу, поворачивая реки, нельзя.

– Как вышло, что вы решили заняться именно морскими млекопитающими?

– Как всегда: начинаешь чем-то всерьёз заниматься – и вскрывается куча интересного. Мозг у дельфинов бывает больше, чем у человека, поведение – невероятно сложное, часто непонятное, огромный звуковой репертуар даже в слышимой части акустического спектра. Поморы раньше называли белуху морской канарейкой. Ясно, что это не просто крик – это разговор. У каких-то дельфинов – явный матриархат, у некоторых китов – гаремы. Желание привлечь внимание широкой публики к этой необычности привело к тому, что мы с Сергеем Евгеньевичем Клейненбергом, моим научным руководителем, и коллегой Всеволодом Бельковичем написали несколько популярных книг о морских млекопитающих. Книга «Наш друг дельфин» выдержала несколько изданий. Чтобы не раздражать учёных-коллег, написали

под псевдонимом научно-фантастическую повесть о жизни дельфинов. Кстати, немало из того, что мы там с Бельковичем нафантазировали, сейчас подтвердилось научными данными, остальное, уверен, ещё подтвердится. Стало ясно, что нельзя промышлять ни китов, ни дельфинов. Это наши братья по разуму, хотя их разум – чуждый нам. Они древнее, а может, – если судить по количеству нервных клеток и связей – и умнее. После одной из таких книжек в середине 70-х Сергею Евгеньевичу сказали в ЦК КПСС, что рабочие завода «Светлана» прислали письмо с просьбой запретить промысел дельфинов в Чёрном море. «Дайте профессору Клейненбергу возможность изучать дельфинов!», – писали рабочие. Это оказалось эффективнее наших многочисленных петиций в Академию наук: промысел в Чёрном море запретили.

– Но ведь это далеко не единственный пример вашей экологической победы...

– Ох, тяжело даются такие победы... Вот вам ещё пример с серым китом, которым занимаюсь уже полсотни лет. Это единственный прибрежный кит, который размножается в мексиканских лагунах. Мигрирует к нам на Чуокотку, на Сахалин. Он морской пахарь – нижней челюстью вспахивает дно. Там много моллюсков и ракообразных, которых он отцеживает и проглатывает. Но так пахать можно только на глубине не больше 40-50 м, а маме с детёнышем – не глубже 15-20 м. И почти везде на таком шельфе есть месторождения нефти и газа. И на шельфе Сахалина сошлись интересы нефтегазодобывающих компаний и серых китов. Как эксперт я участвую в выработке рекомендаций по охране серых китов для нефтяников. Выполняя эти рекомендации, они стараются не тревожить китов, выделяют деньги для экологического мониторинга. Это образцово-показательная история. Сто лет назад серых китов охотско-корейской популяции выбили. В 20-е годы последним крупным китобойным центром был южнокорейский

Пусан. Впрочем, ещё в 50-е годы северо-корейцы ставили гарпунные пушки на рыболовецкие шхуны. Как они объясняли, для того, чтобы «бороться с американским империализмом». Однако в 1960 г. на шельфе Сахалина обнаружили группу из 15 серых. Потом их стало 30, 50, 70... Но 15 лет назад сюда приходят нефтяники. На лицензионной территории «Сахалин-2», как оказалось, буквально китовый «детский сад», где вплотную к берегу кормятся мамы с детёнышами. Экологи в панике – через китовое пастбище собираются проложить нефтепровод. Спасла положение, как ни странно, лондонская биржа. Дима Лисицын из «Экологической вахты Сахалина» умудрился опубликовать заметку в лондонской Financial Times о том, что Shell, Mitsui и Mitsubishi грозят погубить серых китов. На следующий день акции этих компаний поползли вниз. Тогда они пришли во Всемирный союз охраны природы (IUCN): «Мы не против китов, скажите, что надо делать». И вот на деньги нефтяных магнатов IUCN создал международную группу экспертов, и нефтяники согласились (куда им деться!) эти рекомендации выполнять. Вот уже несколько лет мы раз в полгода собираемся, обсуждаем планы нефтяников, даём им рекомендации.

– Ну и что, удаётся защищать китов?

– Да. Нефтяная труба обогнула китовый детский сад, на что потрачено 50 млн долл. Теперь на каждом судне ведётся наблюдение, и если киты оказываются вблизи, оно приостанавливается. Число китов у берегов Сахалина растёт. Когда сюда пришли нефтедобытчики, в водах Сахалина было около 90 серых, сейчас – около 130. Наверное, без добычи нефти этот рост был бы больше. Но раз он есть, значит, можно совмещать аккуратное природопользование с сохранением биоразнообразия. Это крайне важно не только для серых китов, а вообще как пример должного взаимоотношения человека с природой.

– Однако всё это выглядит чистой случайностью. Если бы не эта заметка, если бы не

Дима Лисицын, китов можно было бы потерять.

– Наверное. Потому-то этот случай так важен: оказывается, даже добыча полезных ископаемых может быть экологически ответственной. Надо сказать, ещё в 60-е годы крупнейший химик-технолог академик Борис Ласкорин пришёл к выводу, что любые промышленные технологии могут быть экологически приемлемыми, безотходными – отходы одного производства могут стать сырьём для другого, а значит, никаких выбросов и сбросов не будет. Проблема, как сделать это экономически выгодным. Главное препятствие на пути распространения безотходных технологий, да и бизнеса в целом – жадность, желание поскорее получить прибыль. Но даже если безотходные технологии станут всеобщими, они не решат другой важнейшей проблемы в системе человек – природа: минимизации последствий того, что человек уже успел натворить. Это как раз то, что меня сейчас занимает. Как говорится, «чем дальше, тем страшнее».

– Как вы оцениваете нынешнюю экологическую политику государства?

– Увы, идёт открытая политика деэкологизации. В апреле 2000 г. ликвидированы Госкомэкология, Рослесхоз, трансформирован Роскомзем. Министерство просвещения перевело экологию из обязательных предметов в факультативные. МВД упразднило экологическую милицию, а генеральный прокурор издал приказ о тотальной проверке всех экологических организаций. В этих условиях мы барахтаемся как можем – пикеты, митинги, демонстрации, заявления по разным поводам.

– Алексей Владимирович, в вашем возрасте многие уходят на заслуженный отдых, а вы активно трудитесь, книги пишете, лекции читаете, да ещё ведёте политическую деятельность. Есть ли у вас рецепт сохранения работоспособности?

– Особенных рецептов нет. Я стараюсь быть открытым и доброжелательным по отношению к людям, чем они порой пользуются. Но я всё равно такой, каким воспитали родители. Никогда не держу зла, не подозреваю никакого подвоха. В основном люди, которые мне встречались, замечательные! Ну а на других тратить здоровье не вижу смысла.

Я довольно вспыльчив. Если ситуация представляется мне возмутительной, легко теряю равновесие, переживаю, могу и накричать. Но желания махнуть на всё рукой не возникает, даже когда я вижу, что дело почти не движется, а противодействие мощное. Всё равно надо делать то, что в моих силах, – камень в воду точит.

Раньше я делал гимнастику, ходил на лыжах. Сейчас экономлю силы. Их уже не так много. Ем мало, но часто, 5-6 раз в день. Очень люблю йогурт, чай. Стараясь почаще выезжать в наше «поместье» в Рязанской области. Там чистый воздух и никакой политики.

Беседу вела
Наталья ЛЕСКОВА,
корр. «МГ».

Фото Андрея АФАНАСЬЕВА.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

Редакционная коллегия: Ю.БЛИЕВ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА, К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора). Директор-издатель В.МАНЯКО.

Дежурный член редколлегии – И.СТЕПАНОВА.

Справки по тел.: 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67. Рекламная служба 8-925-437-53-98. Отдел изданий и распространения 8-916-271-08-13.

Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, 5-й этаж, Москва 129110. E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения). «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/счет 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525255 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в ЗАО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.

Заказ № 14-12-00402 Тираж 31 185 экз. Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск (3832) 262534; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; С.-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханану (Германия) (1049) 618192124.

Газета зарегистрирована Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации: ПИ № 77-7581 от 19 марта 2001 г. Учредитель: ЗАО «Медицинская газета».

Подписные индексы в Объединённом каталоге «Пресса России»: 50075 – помесечная, 32289 – полугодовая, 42797 – годовая.