

# Медицинская

21 октября 2015 г.  
среда  
№ 79 (7601)

# Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ  
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам  
Распространяется в России и других странах СНГ  
[www.mgzt.ru](http://www.mgzt.ru)

## Перемены

# Когда больной — манекен

На нём нынешние и будущие врачи оттачивают своё мастерство

Однажды в Институте общей реаниматологии им. В.А.Неговского в Москве я увидела студентов-медиков, склонившихся над манекенами. Они осваивали технику искусственного дыхания, а манекены с помощью специальных датчиков демонстрировали, насколько успешно будущие врачи-реаниматологи справляются с задачами.

Директор института член-корреспондент РАН Виктор Мороз тогда мне сказал, что оборудованные вот такими манекенами и прочей необходимой симуляционной аппаратурой центры, где молодые врачи обучались бы приёмам оказания экстренной помощи в различных угрожающих жизни ситуациях, — его голубая мечта. И вот ученики В.Мороза, главный врач Московской городской клинической больницы им. С.П.Боткина Владимир Яковлев и его заместитель Владимир Алексеев эту мечту осуществили, открыв в стенах своей больницы крупнейший в Европе симуляционный центр.

Медицинский симуляционный центр (МСЦ) Боткинской больницы — поистине уникальное учебное заведение, созданное по типу многопрофильной «виртуальной клиники» на базе крупнейшей клиники столичного здравоохранения. МСЦ — единственный в России и СНГ образовательный кластер, в котором реализован полный комплекс учебных программ — от теоретических и симуляционных до практики в клинике многопрофильной больницы. Только что здесь началось обучение по ряду образовательных программ.

Например, у беременной женщины случилось массивное кровотечение. Каковы действия врача? Что нужно сделать, чтобы не допустить гибели матери и ребёнка? Под контролем всё — давление, пульс, состояние плода, на мониторе — показатели работы внутренних органов.

(Окончание на стр. 2.)



В МСЦ учатся ценить каждую минуту

**Юлия МИХАЙЛОВА,**  
первый заместитель директора  
Центрального НИИ организации  
и информатизации  
здравоохранения Минздрава  
России, профессор:

Мы планируем не только дать оценку деятельности поликлиник, но и выйти на причину плохих показателей.

Стр. 7

**Геннадий ПОРЯДИН,**  
заведующий кафедрой  
патологии РНИМУ  
им. Н.И.Пирогова,  
член-корреспондент РАН:

При систематическом подходе к изучению предметов знания не испаряются при сдаче экзамена, как в случае бездумного заучивания материала.

Стр. 10



**Леонид ЛИХТЕРМАН,**  
главный научный сотрудник НИИ  
нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко,  
профессор:

В отличие от логики здравого смысла научные знания основываются на изучении патогенеза и саногенеза патологии.

Стр. 11



## Статистика

# Солнечная осень жизни

Как ни странно, но примерно 45% опрошенных пенсионеров нашей страны назвали себя счастливыми людьми.

Согласно полученным данным, самые счастливые пенсионеры — жители Чечни. Там с позитивом смотрят на жизнь 88% опрошенных. Следом идут жители Ингушетии (77%) и Дагестана (73%). Самыми неблагополучными в этом плане оказались северные регионы — Мурманская область (31%), Коми (31%) и Карелия (32%).

Примечательно, что для счастья пенсионерам нужно больше всего здоровье — так ответили 86% опрошенных. Материальное положение делает счастливыми 82%

стариков, семейное положение — 81%, любовь — 77%, досуг — 71%, вера в Бога — 61%, стабильность в стране и мире радует 53% пенсионеров.

Пожилые мужчины на 4% счастливее женщин. Состоящие в браке пенсионеры (42%) счастливее одиноких (29%) и разведённых (22%). 90% вдовцов и вдов назвали себя несчастными.

Специализированное исследование проводилось с декабря 2014 г. по июль 2015 г. и охватило 1025 человек. Выборку составили люди в возрасте от 55 до 87 лет из 83 субъектов РФ.

Марк ВИНТЕР.  
МИА Сити!

## Профилактика

# Трамваи здоровья

Ульяновский областной центр медицинской профилактики достиг договорённости с МУП «Ульяновск-электротранс» о размещении в общественном транспорте информационных плакатов об оказании первой помощи при возникновении неотложных состояний.

Теперь в городе курсирует 80 «трамваев здоровья», в которых пассажиры могут ознакомиться с алгоритмом оказания первой медицинской помощи при сердечном приступе.

— Как известно, болезни серд-

ца — это самая распространённая причина смертности, поэтому мы уделяем особое внимание профилактической работе с населением. Важным звеном здесь является обучение ульяновцев правилам оказания первой помощи при возникновении неотложных состояний. Наши специалисты проводят подобные мастер-классы во время выездных профилактических акций. «Трамваи здоровья» — ещё одна дополнительная мера информирования граждан, — пояснил заместитель председателя правительства — ми-

нистр здравоохранения Ульяновской области Павел Дегтярь.

По результатам социологического опроса областного Центра медпрофилактики, в котором приняло участие более 2 тыс. человек, у большинства ульяновцев (81%) сидячая работа, стрессы на работе испытывают 62% опрошенных. Правильно питаются стараются также 62% опрошенных, и только 10% совсем не ограничивают себя в еде. Свой вес считают «нормальным» 57% людей. Заболевания сердечно-сосудистой системы имеют 38% опрошенных. Инфаркт или инсульт был у родственников 29% респондентов. Профилактические кардиологические обследования периодически проходят 62% участников опроса.

Виктория ГУРСКАЯ.

Ульяновск.

**ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ НЕОНАТОЛОГИИ**

**ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 60 РЕГИОНАХ РОССИИ**  
**+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; [www.dixon.ru](http://www.dixon.ru)**



## Новости

### Обновлённая клиника впечатляет

Перинатально-кардиологический центр в городской клинической больнице № 67 им. Л.А.Ворохобова могут сдать раньше срока – уже на будущий год. Об этом сообщил мэр Москвы Сергей Собянин, inspectируя ход строительства объекта.

«Строящееся медучреждение станет одним из самых крупных перинатальных центров в Европе, – подчеркнул главный врач ГКБ № 67 Андрей Шкода. – Особенность этого центра будет заключаться не только в его площадях, но и в той технологической базе, которой его планируется оснастить. Кардиологический центр будет оказывать помощь мамам и детям с врождёнными патологиями сердечно-сосудистой системы. Клиника рассчитана более чем на 20 тыс. родов в год», – добавил он.

Профильный перинатальный центр при ГКБ № 67 был открыт в 1989 г. и состоял из родильного дома и детского корпуса (всего 250 коек). Корпус, в котором находилось здание роддома, был построен в 50-е годы прошлого века и с тех пор ни разу не ремонтировался. Осмотрев этот корпус в 2010 г., С.Собянин принял решение снести ветхое здание и построить на его месте современное медицинское учреждение.

Алина КРАУЗЕ.

Москва.

### Внеплановая проверка закончилась штрафом

На 120 тыс. оштрафована центральная районная больница им. Полины Осипенко (Хабаровский край) за нарушения, выявленные Росздравнадзором. Это итог внеплановой проверки.

Как считают в региональном Росздравнадзоре, в ходе контрольно-надзорных мероприятий выявлены грубые нарушения законодательства: нарушаются стандарты оказания медпомощи пациентам в части полноты предоставления медицинских услуг и объёма диагностических исследований; более 40 единиц медицинской техники, используемой в больнице (в том числе физио- и лабораторное медоборудование), не прошло техническое обслуживание, предусмотренное нормативной, технической или эксплуатационной документацией производителя; в учреждении не разработаны и не утверждены положения о структурных подразделениях ЦРБ; не соблюдаются стандарты оснащения структурных подразделений в соответствии с порядками оказания медицинской помощи; отсутствует приказ о внедрении стандартов в ЦРБ.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Хабаровск.

### Детские медсёстры повысят квалификацию

Очередная группа медицинских сестёр из лечебных учреждений Приморья проходит обучение и повышает свою квалификацию на базе Владивостокского медицинского колледжа.

Как сообщили в Департаменте здравоохранения, на этот раз усовершенствовать теоретические знания и практические навыки отправились более 40 медицинских сестёр, работающих по специальности «педиатрия». Они пройдут бесплатное обучение в рамках программы «Развитие здравоохранения Приморского края» на курсах «Сестринское дело в педиатрии» и «Первичная медико-санитарная помощь детям».

В этом году на курсах прошли обучение уже более 600 медицинских сестёр, а также более 2 тыс. средних медицинских работников.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Владивосток.

### Во имя доступности

По мнению мэра Москвы Сергея Собянина, медицинская помощь в столичных поликлиниках стала доступнее благодаря реорганизации московской системы здравоохранения. «Увеличение нагрузки в поликлиниках на 20–30% обусловлено большей доступностью качественных медуслуг», – заявил столичный глава.

– Самые болезненные этапы модернизации столичной системы здравоохранения уже пройдены. Первое, самое главное, – это переход от сметного финансирования к финансированию за услугу, за пациента, – сообщил он.

«План-график» реорганизации системы столичного здравоохранения был обнародован в середине октября 2014 г. Для совершенствования качества обслуживания городских поликлиник был создан краудсорсинговый проект «Московская поликлиника», с помощью которого городские власти собрали более 27 тыс. соответствующих предложений пациентов.

Ян РИЦКИЙ.

Москва.

### Земских докторов поддержат фельдшеры

Кроме известной федеральной программы «Земский доктор» в Ульяновской области в следующем году стартует инициативная губернатором Сергеем Морозовым региональная программа «Земский фельдшер». В её рамках специалисты со средним медицинским образованием будут получать финансовую поддержку при трудоустройстве в сельскую местность.

– С начала года в здравоохранение региона пришли 57 земских докторов, это уже больше, чем по итогам всего 2014 г. Сельские учреждения приняли терапевтов, педиатров, врачей общей практики и узких специалистов, – отметил заместитель председателя правительства – министр здравоохранения Ульяновской области Павел Дегтярь. – Все они получают компенсационные выплаты в размере 1 млн руб.

В регионе также создан стандарт социальной поддержки медицинских и фармацевтических работников государственных учреждений здравоохранения. В нём отражены меры по улучшению материального обеспечения медиков и фармацевтов.

Виктория ГУРСКАЯ,  
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

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

## Акция

# Если пациент не идёт к врачу... ...то врач сам идёт к пациенту



Посетители торгового центра охотно выступали в роли пациентов

**Именно так поступили сотрудники Красноярской краевой больницы и студенты-старшекурсники Красноярского медицинского университета. Большой компанией они отправились в один из торговых центров города, чтобы рассказать землякам о профилактике сердечно-сосудистых катастроф. А где ещё можно затронуть такое число людей разного возраста одновременно, как не в магазине?**

Расчёт оказался верным: ослабленные удовольствием шопинга, красноярцы с охотой отвечали на предложенные медиками тесты. По ответам на вопросы можно было определить уровень информированности человека о симптомах инфаркта миокарда и инсульта, а также о мерах по сохранению здоровья.

Кардиологи краевой больницы подвели итоги просветительской акции: при опросе о симптомах инфаркта миокарда только 67% респондентов назвали их верно, а правильные ответы о симптомах инсульта дали 70% участников опроса. Примечательно, что 18% опрошенных считают признаком инсульта слуховые и зрительные галлюцинации, а 12% уверены в том, что инсульт – это не что иное, как боль в области шеи.

Утешением для врачей стало то, что 90% красноярцев знают: при появлении признаков инсульта и инфаркта миокарда нужно немедленно вызвать «скорую». И такая высокая готовность набрать номер «03» похвальна, даже если у человека всего лишь боль в области шеи. Правда, нашлись и те, кто искренне убеждён: ничего специально делать не нужно, а просто отойти и не беспокоить больного.

Разумеется, главной целью волонтеров был не сбор статистики, а просвещение. Поэтому каждому, кто искренне заблуждался, медики разъясняли, в чём его ошибка, и вручали памятку о здоровье.

Едва ли не самой важной компонентой данного профилактического проекта стала возможность для горожан оценить свой личный кардио-риск. По результатам тестирования оказалось, что 64% респондентов имеют средний, а 16% – высокий риск развития заболеваний сердечно-сосудистой системы. Организаторы акции надеются, что эта неприятная информация станет серьёзным аргументом для пациентов, и теперь уже они сами придут к врачу.

Елена БУШ,  
соб. корр. «МГ».

Красноярск.

## Перемены

# Когда больной — манекен

(Окончание. Начало на стр. 1.)

А вот человек, попавший в серьёзное ДТП. Его привозят в критическом состоянии, с большой потерей крови, серьёзными повреждениями внутренних органов. Каждая минута на счету, и каждое движение врача должно быть верным, точным. Иначе человек погибнет. В симуляционном центре можно отработать технику оказания экстренной помощи в самых разных ситуациях, чтобы потом, когда перед вами будут не манекены, а живые люди, избежать возможных ошибок.

С этой целью в МСЦ организованы клиники акушерства и гинекологии, родовой зал, неонатологии, ортопедии и травматологии, лапароскопической и роботиче-

ской хирургии, хирургии головы и шеи, урологии и андрологии, отделение инструментальной и эндоскопической диагностики, реанимации и интенсивной терапии, анестезиологии, операционные, стандартизированных пациентов, среднего медицинского персонала. Отличительная особенность центра в том, что преподавателями являются ведущие специалисты здравоохранения Москвы.

Сотрудниками центра разработаны и готовы к реализации более 20 программ повышения квалификации, учебно-методические пособия по 70 симуляционным модулям. Впервые разработаны и внедрены симуляционные программы обучения по нейрохирургии, офтальмологии, роботассистированной хирургии, оториноларингологии.

МСЦ – лидер в разработке и реализации такого рода обучающих программ. Программы разработаны с соблюдением основных принципов – этапность подготовки (от простого к сложному), модульное построение обучения, направленность на результат.

Медицинский симуляционный центр Боткинской больницы – важнейшее звено в подготовке практических врачей для Москвы. По целому ряду показателей МСЦ не имеет аналогов в нашей стране и ближнем зарубежье. Будем надеяться, что эти аналоги появятся, и таких центров со временем станет больше.

Наталья ЛЕСКОВА,  
внешт. корр. «МГ».

Москва.



## Перспективы

# Расходы бюджета на зарплаты медиков сократятся

В связи с изменениями правил расчёта средней зарплаты в регионах бюджетные средства на оплату труда врачей, преподавателей и других работников социальной сферы будут сокращены в будущем году на 34,2 млрд руб. Расходы на зарплату медработников сократятся в 2016 г. на 9 млрд руб.

Согласно Постановлению Правительства РФ «О совершенствовании статистического учёта», понятие среднемесячной зарплаты в регионах заменено понятием среднемесячного дохода от трудовой деятельности. «В отличие от старого показателя, который рассчитывался только по кругу

наёмных работников организаций, новый показатель охватывает весь круг лиц, работающих по найму», – говорится в документе. Об этом сообщается в пояснительной записке к проекту федерального бюджета на 2016 г.

В результате бюджетные выплаты на зарплаты медработников федеральных учреждений в регионах будут сокращены в 2016 г. на 9,218 млрд руб. (по сравнению с показателями на плановый период 2016–2017 гг., предусмотренными в Законе о бюджете на 2015 г.). Такое распоряжение правительства, как объясняют чиновники, направлено на «бумажное» выполнение майских указов Президента РФ «без реального повышения зарплат

врачей и учителей».

Майские указы гласят о повышении уровня зарплат социальных работников, но не в абсолютных величинах, а в привязке к уровню средней зарплаты в регионе. Так, средние заработки врачей к 2018 г. должны вырасти до 200% от среднего по региону, а зарплаты соцработников, медсестёр, школьных учителей и некоторых других категорий должны сравняться со средним доходом в субъектах Федерации.

В целом расходы на реализацию госпрограммы «Развитие здравоохранения» увеличатся в 2016 г. на 60 млрд руб. по сравнению с аналогичным показателем годом ранее. В частности, по данным Минфина России, общая сумма бюджетных выплат в здравоохранении составит в следующем году 332,1 млрд руб.

Иван ВЕТЛУГИН.  
МИА Сити!

## Демография

# Не обнадёживающая тенденция

Число женщин репродуктивного возраста в России к 2020 г. сократится на 3,7 млн человек. Об этом в ходе конференции «Демографическое развитие России: новые вызовы и возможные решения проблем» в Совете Федерации сообщила заместитель директора Департамента демографической политики и социальной защиты населения Минтруда России Елена Страхова.

«У нас сокращается численность женщин репродуктивного возраста очень значительно. Общее снижение составит 4,7 млн человек, уже

на 1,5 млн снизилось. Проблема сохранения динамики рождаемости архисложная», – подчеркнула Е.Страхова.

Демографическим вопросом интересуются и в Госдуме РФ. Например, заместитель председателя Комитета по конституционному законодательству и государственному строительству Александр Агеев выступил с инициативой создания федерального агентства по делам демографии, поддержки семьи и детства. Правда, Правительство РФ в работу это предложение не взяло.

Алина КРАУЗЕ.  
МИА Сити!

## Начеку!

В Челябинске лабораторно подтверждён грипп у двух взрослых жителей. Оба пациента переносят болезнь в нетяжёлой форме и получают амбулаторное лечение. Но более 20 тыс. жителей Челябинской области болеют ОРВИ.

– В данной ситуации мы будем обращаться к главам муниципальных образований с просьбой взять под личный контроль организацию иммунизации населения против

# Первые случаи гриппа

гриппа, – сообщил министр здравоохранения Челябинской области Сергей Кремлев.

Прививочная кампания стартовала в лечебных учреждениях Южного Урала ещё в августе. В этом году в рамках Национального календаря профилактических прививок за счёт федерального бюджета иммунизацию против гриппа пройдут 890

тыс. жителей области.

Традиционно в их число войдут те, кто подвержен наиболее сильному риску: дети дошкольного и школьного возраста, студенты, работники образовательных и медицинских организаций.

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

## Инициатива

# Вылечить табачную зависимость дешевле...



В 10 многопрофильных больницах Красноярского края с 2016 г. начнут работать кабинеты по лечению никотиновой зависимости. В региональном Министерстве здравоохранения пояснили: такие подразделения решено создать непосредственно в структуре круглосуточных стационаров, чтобы оказывать помощь пациентам, которые, находясь на лечении, хотят попутно избавиться от непреодолимой тяги к табаку.

Два года назад Красноярская краевая клиническая больница (КККБ) стала первым в территории стационаром, где начали бесплатно, по полису ОМС, оказывать пациентам медицинскую помощь по отказу от табака. Теперь накопленный КККБ опыт будут тиражировать и другие учреждения здравоохранения.

– Работа с пациентами, мотивированными на отказ от курения, начинается ещё в стационаре, где они проходят лечение по основному заболеванию, и продолжается после выписки. Первым делом специалист тестирует человека, определяя степень его зависимости от табака и силу желания бросить курить. Это позволяет врачу подобрать методику терапии, которая состоит из психологической и медикаментозной поддержки. В среднем продолжительность совместной работы пациента и врача

составляет 6 месяцев, – пояснила врач отделения пульмонологии КККБ Татьяна Сумцова.

Для подготовки врачей, которые будут работать в кабинетах отказа от курения, краевой Центр медпрофилактики организовал цикл обучающих семинаров. По окончании учёбы доктора получают удостоверение государственного образца, дающее право оказывать данный вид медицинской помощи. А чтобы курсанты сильнее прониклись важностью предстоящей работы, им рассказали, какой экономический ущерб наносит здравоохранению региона лечение курильщиков, заболевших туберкулёзом и злокачественными новообразованиями.

Доля курящих среди пациентов Красноярского онкологического диспансера – 53%, а среди пациентов Красноярского противотуберкулёзного диспансера – 69%. Коль скоро установлена прямая корреляция между вероятностью тяжело захворать и курением, подсчитали: экономические потери здравоохранения достигают 370 млн руб. в год. Эти цифры вряд ли интересны самим курильщикам (их-то всё равно лечат бесплатно), зато они должны убедить медиков в том, почему государству выгодно лечить людей от никотиновой зависимости до того, как они заболеют раком или чахоткой.

Елена БУШ,  
с.б. корр. «МГ».

Красноярск.

## Подписка-2016

# Продолжается подписная кампания



## Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России продолжается подписка на периодические издания на первое полугодие 2016 г.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2016».

Для быстрого оформления достаточно знать номер подписного индекса «МГ» в зависимости от желаемого периода:

**50075** – на месяц;  
**32289** – на полугодие;  
**42797** – на год.

Физические лица также могут подписаться на «МГ» через редакцию по льготным ценам, направив заявку по электронной почте: [mg.podpiska@mail.ru](mailto:mg.podpiska@mail.ru). или по почте: **пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.**

Справки по телефонам: **8-495-608-7439, 681-3596, 8-916-271-0813.**  
О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте [www.mgzr.ru](http://www.mgzr.ru)

Министерство связи											
АБОНЕМЕНТ НА ГАЗЕТУ											
Медицинская газета										(индекс издания)	
										Количество комплектов	
на 2016 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)				(адрес)							
Кому											
ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА											
на газету										(индекс издания)	
Медицинская газета											
Стоимость	подписки		_____ руб. _____ коп.		количество комплектов						
	переадресовки		_____ руб. _____ коп.								
на 2016 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)				(адрес)							
Кому											



**Вооружённое нападение на подстанцию скорой медицинской помощи в Симферополе, в результате которого погибли двое её сотрудников и ещё двое получили ранения, потрясло медицинскую общественность страны.**

### В Симферополе

В связи с трагическим инцидентом в Симферополе министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова поручила направить в Крым нейрохирурга и оториноларинголога Всероссийского центра медицины катастроф «Защита». Они оказывают помощь коллегам в лечении пострадавших сотрудников «скорой».

Трагедия на второй подстанции в Симферополе произошла, как известно, 26 сентября. Местный житель ворвался на подстанцию и расстрелял медиков из охотничьего ружья. Смертельные ранения получили фельдшер Ирина Суханик и санитарка Татьяна Коткова. Фельдшер Владимир Сланчак получил огнестрельные ранения в голову и шею, санитарка Ольга Звонник была ранена в руку.

Владимир Сланчак успешно прооперирован в симферопольской городской клинической больнице № 7, его состояние стабилизировано, но остаётся пока тяжёлым. Состояние второй раненой оценивается как средней степени тяжести – 21-летняя фельдшер лечится в отделении травматологии симферопольской клинической больницы скорой медицинской помощи № 6.

Специалисты крупных московских клиник, в том числе НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, примут участие в спасении фельдшера. «Принято решение пострадавшего пока в Москву не транспортировать. Но вызваны консультанты – специалисты по травматологии и нейрохирургии. Здесь, на месте, с ними уже будем обсуждать ситуацию», – сообщили в Минздраве республики.

Поводом для нападения некоего Бекира Небиева стала, предположительно, месть врачам. Выяснилось, что стрелявший часто вызывал «скорую» домой, а после того, как в очередной раз медики отказались выезжать к нему, он пришёл на подстанцию скорой помощи и устроил бойню. Как известно, он уже найден мёртвым.

В связи с преступлением все медицинские учреждения в Симферополе взяты под усиленную охрану. Семьи медиков, погибших и пострадавших во время нападения на подстанцию, получают от правительства Крыма компенсацию в сумме 400 тыс. руб., сообщил журналистам глава республики Сергей Аксёнов.

«Кроме того, я дал команду профильному вице-премьеру определить, как мы можем помочь детям и родственникам погибших, оказать содействие близким в трудоустройстве, учёбе. Забота о семьях будет взята под контроль», – сказал С.Аксёнов.

Власти Крыма намерены разработать ряд дополнительных мер по обеспечению безопасности учреждений здравоохранения, сказал С.Аксёнов.

### В Москве

В столице только за сутки подверглись нападениям три бригады скорой помощи, сообщили информационные агентства. Инциденты произошли на

Можайском шоссе, на улице Молдагуловой и на Ленинградском шоссе.

В понедельник около 19:00 на Можайском шоссе, д. 14, куда бригада медиков прибыла по вызову, нетрезвый пациент устроил дебош прямо в карете неотложки, разбив навигатор в кабине водителя.

Второй случай произошёл

цидент вывел из работы целую реанимационную бригаду. В 03:36 по местному времени в диспетчерскую «Скорой медицинской помощи» поступил вызов по факту повешения молодого мужчины. В 03:50 на место приехала реанимационная бригада и после осмотра медики констатировали факт биологической смерти человека. Об-

Среди предложений медсообщества – и такие, как создание дежурного поста или заключение договора с частным охранным предприятием. Но наиболее эффективной мерой стала бы защита медиков по аналогии с сотрудниками полиции, считают медицинские работники, то есть придание работникам скорой помощи в случаях исполнения ими

Трудно не согласиться с ним: скорая помощь – это передний край медицины. Этот тезис целиком отражает особенности оказания медицинской помощи, тот характер задач, которые решают врачи и фельдшеры службы «03». Случайных людей на «скорой» нет. Её сотрудники всегда готовы прийти на помощь, учитывая при этом риск и потенциальную опасность обстоятельств выполнения вызова. Врачи и фельдшеры на станциях – мужественные и смелые люди, обладающие всем необходимым для этого – выдержкой, тонким знанием психологии, умением «чувствовать» ситуацию и уверенностью для решения самых сложных проблем.

### Защитить законом

Проект федерального закона, которым предлагается уравнивать статус врачей скорой помощи и сотрудников полиции и других органов власти, внесён группой депутатов на рассмотрение Госдумы РФ. Законопроект предусматривает также резкое ужесточение наказания за нападения на «скорую».

Соответствующие изменения вносятся в Уголовный кодекс РФ. Согласно ему, применение насилия, опасного для жизни или здоровья, в отношении представителя власти и его близких наказывается лишением свободы на срок до 10 лет. Применение насилия, не опасного для жизни и здоровья, либо угроза применения насилия в отношении этой категории должностных лиц наказывается штрафом до 200 тыс. руб. или в размере заработной платы за период до 18 месяцев. Предусмотрены и такие наказания, как принудительные работы на срок до 5 лет, либо арест на срок до 6 месяцев, либо лишение свободы на срок до 5 лет.

Разработчики законопроекта предлагают отнести к категории представителей власти не только сотрудников правоохранительных или контролирующих органов и приравненных к ним должностных лиц, но и сотрудников бригад скорой медицинской помощи.

В пояснительной записке к законопроекту указывается, что случаи нападения на сотрудников СМП в последние годы участились, но в соответствии с действующим законодательством виновные зачастую получают минимальное наказание, либо вовсе освобождаются от ответственности. Внесение предлагаемых изменений в УК РФ позволит обеспечить реальную защиту жизни и здоровья медицинского персонала скорой медицинской помощи.

Мы наблюдаем ситуацию, когда медицинские работники службы «03» увольняются, а молодые специалисты не идут на работу по причине страха за свою жизнь и здоровье, так как не защищены на законодательном уровне», – говорит депутат Госдумы РФ А.Крутов.

А ведь в Госдуму уже вносились законопроекты о защите работников «скорой». Увы, они, как говорится, канули в Лету. Не ждёт ли такая участь, несмотря на многочисленные публикации «МГ» и других СМИ о нападениях на «скорую», и эта инициатива думцев из «Справедливой России»?

Константин ЩЕГЛОВ,  
обозреватель «МГ».

### Острая тема

# Сколько можно испытывать терпение «скорой»?

Нападения на её сотрудников участились. Нужны срочные меры для их защиты!



Очередное нападение на «скорую»...

примерно полчаса спустя на юго-востоке столицы. Врач и фельдшер поднялись в одну из квартир дома № 10, корпус 3, на улице Молдагуловой. Водитель остался ждать медработников в машине. В этот момент к автомобилю подкрался неизвестный, проколол два колеса и скрылся.

Третий случай вандализма произошёл во вторник, примерно в 3:30 ночи. Водитель медицинского автомобиля ожидал возвращения с вызова бригады, прибывшей на Ленинградское шоссе, д. 9, к. 1. В это время неизвестный разбил заднее стекло камнем и скрылся.

Список таких примеров для мегаполиса огромен.

### В Екатеринбурге

Постоянно растёт на протяжении последних 3 лет количество нападений на медиков и в Екатеринбурге, которые требуют защитить сотрудников скорой помощи от преступных посягательств. В 2013 г. было зарегистрировано 37 случаев посягательств. В 2014-м их произошло уже 57, а только за первое полугодие 2015-го – 36.

По информации городского Управления здравоохранения, произошедший 17 января ин-

ясний находившимся в квартире людям, что смерть пациента наступила примерно 1,5 часа назад и необходимо вызвать полицию, бригада скорой помощи покинула квартиру.

«После этого неизвестные молодые люди – 5-6 человек в возрасте 23-25 лет – начали избивать врача-реаниматолога и двух фельдшеров скорой помощи. Разбили также стёкла машины. Водитель бригады скорой доехал до ближайшей машины ДПС и вместе с полицейскими прибыл на место происшествия. Для потерпевших медиков была вызвана бригада «скорой», которая оказала коллегам необходимую помощь и доставила их в центральную городскую клиническую больницу № 24. Все сотрудники получили травмы средней степени тяжести», – таков комментарий горздрава.

### «Передний край» медицины

Врачи скептически относятся к тому, чтобы оснастить сотрудников «скорой» газовыми баллончиками и электрошокерами. Причина понятна – в Екатеринбурге, например, 43% бригад – женские, и это средство самообороны может обернуться против них же.

служебных обязанностей правового статуса, равного статусу сотрудников правоохранительных органов (исполнение публичных государственных функций).

«Я полностью поддерживаю это предложение, – говорит председатель правления общественной организации защиты потребителей медицинских услуг «Здравоохранение» и руководитель фонда реформирования социальной сферы «Территория» Максим Стародубцев. – Что же до оружия или ЧОПа, то первое – бессмысленно и опасно, а второе – крайне неэффективно (экономически). Такой подход, скорее, обосновывает передачу полиции функций «скорой помощи».

Впрочем, не исключаю, что можно обойтись и «малой кровью», подразумевающей элементы «ручного управления», когда судам, органам следствия просто-напросто будут даны рекомендации максимально жёстко, заинтересованно и оперативно оценивать случаи противоправных действий против сотрудников скорой помощи при исполнении ими служебных обязанностей, что, в свою очередь, должно активно освещаться СМИ», – полагает эксперт.



В Научном центре здоровья детей состоялась благотворительная акция, посвящённая Всемирному дню борьбы с артритом. В её рамках прошли пресс-конференция, вручение врачам премии в области ревматологии «Хрустальная бабочка» и благотворительный концерт выдающегося альтиста и дирижёра Юрия Башмета. Акция, организованная общественной организацией «Возрождение», была направлена на привлечение внимания к проблемам детей, страдающих ревматическими заболеваниями.

В стране от ревматоидного артрита, который приводит к разрушению суставов, поражению внутренних органов, страдает свыше 12 тыс. детей. Дебют заболевания у половины детей приходится на 4-5 лет, к 14-15 годам ребёнок становится глубоким инвалидом. Но благодаря своевременной диагностике и высокотехнологичному лечению инвалидности можно избежать, дети будут расти и развиваться нормально.

За последние годы в этой сфере достигнут заметный прогресс. Особые успехи демонстрирует ревматологическое отделение центра. По словам директора НЦЗД академика РАН Александра Баранова, такого огромного опыта по лечению ревматических болезней, который накоплен здесь, нет ни в одной клинике мира. Результаты ошеломляющие. Удаётся достичь практически 100-процентной ремиссии.

Как отметила актриса театра и кино (часто бывающая в Научном центре и патронирующая детей), попечитель «Возрождения» Ирина Безрукова, у нас принято обычно кивать на Запад, на Европу. Однако авангард в лечении ревматических болезней у детей – клиника НЦЗД.

– Я часто вижу ребятишек, которые не могут самостоятельно передвигаться по палате, а через какое-то время прыгают-бегают по двору, это сродни чуду, – поделилась И. Безрукова. – И это чудо в стенах ревматологического отделения совершается ежедневно, благодаря высочайшему профессионализму специалистов. Здесь работают настоящие доктора с огромным любящим сердцем.

– Действительно, наше отделение за 11 лет своего существования добилось фантастических успехов, – говорит

Акция

# Когда ты не один

## Больным детям и их родителям важно чувствовать поддержку не только врачей, но и окружающих



его заведующая профессор Екатерина Алексеева. – Мы можем поднять сегодня тех, кого раньше (5-10 лет назад) поднять было невозможно, вернуть к активной жизни даже совершенно обездвиженных детей, благодаря генно-инженерным биологическим препаратам, которые обладают колоссальной эффективностью.

– Результативность современной медикаментозной терапии настолько высока, что убавляет работы нам, травматологам-ортопедам, – поделился мыслями заведующий отделением восстановительного лечения детей с болезнями опорно-двигательного аппарата НИИ педиатрии НЦЗД кандидат медицинских наук Николай Тайбулатов. – Это подтверждает следующий факт. Если несколько лет назад нам приходилось выполнять эндопротезирование тазобедренных суставов, разрушенных настолько, что по-другому помочь ребёнку было невозможно, то

сейчас фактически таких операций нет.

Как пояснил академик А. Баранов, имея значительное количество квот по высоким технологиям, учреждение полностью обеспечивает лечение

современными препаратами, но вопрос заключается ещё и в том, чтобы дети их получали бесплатно и дома, после выписки из клиники. Прогресс есть, два из них в нынешнем году включены в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а это значит, что они будут закупаться повсеместно и пациенты будут ими обеспечиваться не только в федеральных центрах, но и в регионах, что очень важно, потому что заболевание хроническое, требует многолетнего лечения. Перерыв приводит к обострению, и пациент возвращается к тому состоянию, из которого вышел.

Однако нередко ребёнка по месту жительства не обеспечивают лекарственными препаратами, на которые он имеет право, а сами родители купить их не могут, потому что лекарства очень дорогие.

Юной Насте 12 лет, заболела в 2 года. Диагноз поставили в Волгограде.

– Лечили гормональными препаратами, – рассказала корреспонденту «МГ» её мама. – Методика, вероятно, применялась устаревшая, улучшения не было. Когда, спустя годы, попали в НЦЗД, здесь назначили другие лекарства. Но беда в том, что,

приезжая домой с новым назначением, не можем сразу его реализовать. В регионе говорят, что нужно ждать препарат минимум 2 месяца (пока тендер проведут, закупят и т.д.). На этот период нам приходится либо самим покупать лекарства, что очень дорого, либо оставаться без них.

В подобных случаях на помощь нередко приходит благотворительная организация «Возрождение».

Ещё одна проблема состоит в том, что право на льготное лекарство имеют только дети со статусом инвалида. Парадоксально, как только ребёнок, благодаря эффективным лекарствам, вступает в ремиссию, его лишают статуса инвалида и он теряет право на бесплатное лекарство, которое входит в список льготных препаратов. В результате болезнь у большей части ребятишек возвращается.

– Дети должны получать лекарства не по статусу, а по диагнозу, – считает Е. Алексеева.

Пока проблема не решена до конца, мероприятия, подобные тому, что состоялось в НЦЗД, с участием общественности, врачей, артистов, знаменитых людей, способствуют привлечению внимания к ней.

Чтобы выразить признательность тем, кто вносит серьёзный вклад в её решение, учреждена премия «Хрустальная бабочка». Ныне награды удостоены Юрий Башмет и доктора Николай Тайбулатов (НЦЗД), Наталья Чичасова и Лидия Ананьева (НИИ ревматологии).

Завершилась акция концертом Юрия Башмета, выступившего перед больными детьми вместе со своей дочерью Ксенией, известной пианисткой, лауреатом международных премий. Альтист признался, что с большим удовольствием поддерживает инициативы благотворительных организаций.

Валентина ЕВЛАНОВА,  
корр. «МГ».

Москва.

Фото автора.



## Итоги и прогнозы

Конференция «Актуальные проблемы медицинской генетики» в Барнауле, собравшая специалистов со всей России. Поделиться опытом и перенять наработки коллег приехали медики из Москвы, Кемерово, Томска, Новосибирска, Санкт-Петербурга.

Высокий уровень мероприятия подтверждают и темы заявленных докладов: все они затрагивают проблемы диагностики, профилактики, а также опыт лечения генетических заболеваний.

Заведующий медико-генетической консультацией Диагностического центра Алтайского края Александр Никонов рас-

# Алтайские генетики подают пример

сказал, что за годы своего существования алтайская генетика достигла высоких результатов.

– Главное достижение состоит в том, что медико-генетическая помощь стала доступной. Все виды этой помощи применяются нами сегодня и доступны для нашего населения. Проблемы по-прежнему заключаются в расширении видов помощи. Не-

обходимо постоянно следить за современным уровнем исследования. Те лабораторные методы, которые сейчас применяются по всему миру, требуют интерпретации и изучения, – пояснил он.

Заведующий лабораторией московского Медико-генетического научного центра Александр Поляков отметил, что медико-генетический центр,

расположенный в Алтайском крае, заслуживает самой высокой оценки по всероссийским меркам.

– Здесь я первый раз, хотя много езжу по России. Поражён структурой и деятельностью алтайского медико-генетического центра. Очень хорошие институты расположены в Чувашии, в Краснодарском крае, в Ростове;

в Томске есть целый институт. Но структура, которую я обнаружил в Барнауле, просто поразительна – только в штате здесь около 30 человек, при том, что в целом по России крупных специалистов этой области – чуть больше 200, – сказал А. Поляков.

Медико-генетический научный центр располагается на базе Диагностического центра Алтайского края, где также работает уникальный перинатальный центр, который использует генетические методы для выявления патологий на раннем сроке беременности.

Алёна ЖУКОВА,  
спец. корр. «МГ».

Барнаул.



Международный семинар-совещание «Модели помощи семьям с детьми, страдающими заболеваниями аутистического спектра» прошёл в Ставрополе на базе Ставропольской краевой клинической психиатрической больницы № 1 и собрал более 200 участников – психологов, психиатров, педагогов, организаторов здравоохранения и социальных работников.

О том, что тема не надумана, а скорее продиктована временем, говорят данные статистики, которые озвучил в своём интервью один из участников – **И.Шпицберг**, член правления Международной ассоциации Autism Europe, руководитель Центра реабилитации инвалидов «Наш солнечный мир» (Москва). – По данным ВОЗ, количество детей с расстройствами аутистической системы (РАС) в Европе сегодня составляет приблизительно 1/100, притом что в 1990 г. эта цифра была 1/1600, в США – 1/68.

– **А чем обусловлен такой скачок?**

– Во-первых, улучшаются диагностические методики, и это, естественно, влияет на статистику, и, во-вторых, число детей с РАС действительно растёт, и растёт стремительно. Дело ещё и в том, что некоторые стадии расстройства раньше вообще не диагностировали: «ну, странный какой-то, ну и что?». У нас эти дети зачастую попадали вообще в другие нозологии, чаще всего их классифицировали либо по умственной отсталости, либо по шизофрении. Поскольку явление ещё недостаточно изучено, лекарств, решающих проблему на 100%, пока не существует, надо делать акцент на следующем:

– максимально раннее выявление детей из группы риска (первые ранние стандарты выявления – в 1,5 года);

– раннее начало коррекционно-педагогической работы;

– раннее начало инклюзии, когда ребёнок должен быть помещён в нормативную среду, то есть находиться среди обычных детей.

Если всё это вовремя сделать, то у ребёнка есть шанс выровняться, он имеет возможность видеть обычных детей и копировать их поведение. В дальнейшем такой ребёнок может стать практически полноценным членом общества. К сожалению, примерно 40% детей с РАС остаются с тяжёлой формой инвалидности и нуждаются в социальной поддержке.

– **Чего вы ждёте от семинара?**

– Сейчас у нас две глобальные задачи: совершенствование техник реабилитации, и мы этим занимаемся уже 25 лет. Вообще, вся история нашего центра – это история селекции методов. Мы пробовали всё, что даёт эффект. К слову сказать, у моего сына тоже было РАС, и для меня это было испытание вдвойне. Несколько лет назад он окончил университет, сейчас успешно работает программистом. Вторая задача – максимальное распространение положительного опыта. Детей таких много по всей стране, а центров, которые бы имели комплексную программу именно под аутизм, – один или два. Сейчас очередь к нам просто огромная.

\* \* \*

Возвращаясь собственно к теме семинара, можно сказать, что он проходил по классическим канонам. После приветственных обращений начались выступления с докладами.

## Деловые встречи

# Аутизм: шаги к пониманию

## Проценты одиночества постепенно уменьшаются



Участники семинара

**Татьяна Косова**, главный специалист – детский психиатр Северо-Кавказского федерального округа, заведующая диспансерным отделением по обслуживанию детского населения СККПБ № 1 рассказала о той работе, которая проводится с пациентами РАС. Дети с аутистическими расстройствами получают консультации психиатра, медицинского психолога, логопеда. При необходимости психиатром назначается медикаментозное лечение. Медицинские психологи проводят индивидуальные занятия с ребёнком, направленные на коррекцию поведения, стимуляцию сенсорного развития, общения. Дети с аутизмом активно привлекаются к участию в физкульту-



К слушателям обращается Олег Боев

турно-оздоровительных и культурно-досуговых мероприятиях: занимаются плаванием в детском оздоровительном аква-центре «Флиппер», участвуют в спартакиаде для детей с ментальными особенностями, посещают экскурсии, музеи, театры, выставки.

С июля 2014 г. для родителей детей, страдающих аутистическими расстройствами, начала работу школа аутизма. Целью занятий является улучшение понимания родителями особенностей проявлений аутистических расстройств, налаживание коммуникаций с ребёнком, развитие способности справляться с трудностями в его поведении, снижение родительского стресса. В 2014 г. окончили школу 10 семей, в 2015 г. – уже 14 семей. И в настоящее время школа продолжает функционировать.

Школа аутизма помогает семьям лучше увидеть возмож-

ности ребёнка, подбирать игры, соответствующие этим возможностям, оказывает помощь в формировании чуткого родительского поведения, повышает теоретическую грамотность родителей и тем самым улучшает реабилитацию детей с РАС.

В СККПБ № 1 разработаны и изготвлены флаеры «Школа аутизма» и информированный буклет о деятельности диспансерного отделения по обслуживанию детского населения. Информационные материалы размещены в детских поликлиниках Ставрополя, краевом психологическом центре, Бюро медико-социальной экспертизы.

**Виталия Березуева**, заместитель директора Психологического центра (г. Михайловск, Ставропольский край), поделилась опытом работы с «особенными детьми». В докладе был сделан акцент на системе комплексной помощи, в основе которой – сопровождение семьи. За каждой семьёй закрепляется специалист – кейс-менеджер, который курирует семью, совместно с родителями ставит задачи перед бригадой специалистов центра, при необходимости подключает специалистов из иных образовательных или медицинских учреждений.

**Ларс Олькен**, руководитель психологической службы по работе с детьми и подростками в психиатрическом отделении больницы Университета Ставангера (Норвегия), в своём выступлении сделал акцент на мощной социальной поддержке, которую получают пациенты-аутисты в Норвегии. Сегодня здесь приблизительно 3% населения страдает аутизмом, и в первую очередь это говорит о том, что заболевание не имеет под собой социальной основы: в Норвегии самый высокий уровень жизни в мире. Что же касается методик, то Олькен «со товарищи» в работе с аутистами исповедуют такой принцип: «Мы не лечим пациентов. Мы делаем так, чтобы их должным образом оценивали, а те, кто с ними в контакте в течение дня, понимали их».

\* \* \*

Идейным организатором международного семинара стал **Олег Боев**, главный врач СККПБ № 1, главный психиатр Минздрава

Ставропольского края и СКФО, кандидат медицинских наук, который дал интервью нашей газете.

– **Олег Игоревич, организовать международный семинар, да ещё во время действия антироссийских санкций – дело непростое. Как всё это удалось?**

– Конечно, я благодарен зарубежным коллегам, что они нашли в себе решимость приехать и поделиться с нами опытом. Существует такое понятие – «Медицина без границ». Наверное, оно



С докладом выступает Ларс Олькен

во многом обусловлено тем, что и сами болезни «не имеют границ». Расстройства аутистического спектра, с которыми всё чаще и чаще сталкиваются люди, в Европе и в России, – это, безусловно, вызов времени, и мы – психиатры Ставропольского края не можем оставаться в стороне. Главная цель семинара – обменяться лучшим опытом организации помощи детям с аутистическими расстройствами, изучить эффективность предлагаемых методик. Важно объединить и наладить преемственность между врачами – психиатрами, психологами, социальными работниками. В этом суть организации эффективной помощи. В Норвегии существует одна из самых мощных систем медико-социальной поддержки населения. Специалисты детско-подростковой психиатрической больницы Норвегии представили модель организации помощи, где осью – основным центром, отслеживающим динамику состояния и формирующим программу реабилитации, является медицинское учреждение.

Из медицинского учреждения ответственность принимает на

себя муниципальный социальный центр, который регулирует участие пациентов в реабилитационных программах и согласовывает специальные образовательные программы в школах. Таким образом, в непрерывном взаимодействии находятся медицинские службы, социальные и образовательные. Поэтому мы сделали шаг для интеграции и объединили «знамена государств» в области здравоохранения, образования и социальной сферы. Также обобщили опыт работы значимых общественных организаций в России и Норвегии. Провели семинар с семьями, родителями пациентов, специалистами и организаторами, где выявили основные потребности и пожелания в наш адрес.

\* \* \*

После перерыва И.Шпицберг провёл семинар для специалистов «Международный опыт организации системной помощи детям и взрослым с РАС и воспитывающим их семьям. Междисциплинарный подход, опыт взаимодействия государственных и родительских организаций».

Когда закончился семинар для родителей, и люди начали расходиться, «переваривая» полученную информацию, которая для кого-то означала ни много ни мало – надежду, удалось разговаривать с одной из родителей – жительницей Михайловска. По известным причинам собеседница пожелала остаться неизвестной, но её исповедь от этого не перестала быть интересной и волнующей: «Когда дочке было 2,5 года, мы начали замечать странности в её поведении: неконтактность, замкнутость, она боялась входить в незнакомые помещения. Помню, пошли в поликлинику. Так она просто истерику устроила – не хотела туда заходить. В общем, начались проблемы. Три года назад я обратилась в Психологический центр. Там отнеслись с пониманием и согласились работать с нашей девочкой. Поскольку она боялась заходить в помещение, психолог провёл первое занятие прямо на улице. Вот так, шаг за шагом мы шли к цели – стать нормальным ребёнком. Когда в 6 лет отмечали день рождения нашей девочки, праздника не получилось: она запричитала, не захотела общаться с приглашёнными детьми, в общем, вместо праздника получилось расстройство для всех нас, и я целый день плакала. А в прошлом году, когда отмечали 7 лет, всё было уже по-другому: она с удовольствием общалась с детьми, они хорошо играли, что для нас вообще было непривычно. Увидев всё это, я ушла в другую комнату и плакала, уже от радости. А сейчас мы уже готовимся к школе, 3 года назад я не могла себе этого и представить...»

Что тут скажешь – такие слёзы радости дорогого стоят, и значит они ровно то, что процент одиночества, с которого мы и начали разговор, хоть на чуточку, но всё же уменьшился.

**Рубен КАЗАРЯН,**  
соб. корр. «МГ».

Ставрополь.

Фото автора.



– Юлия Васильевна, вашему институту было поручено разработать систему публичного рейтинга поликлиник страны. Вы руководитель этой экспертной группы, поясните актуальность этой проблемы.

– Не требует доказательства тот факт, что в реальной жизни главным звеном здравоохранения является амбулаторно-поликлиническая служба, где происходит первичный контакт врача и пациента. Кроме того, от качества и результативности работы амбулаторных учреждений здравоохранения зависит потребность в дорогостоящей стационарной и высокотехнологичной медицинской помощи. Об этом свидетельствуют принятые Правительством РФ меры, направленные на укрепление материально-технического, кадрового обеспечения, первичной медико-санитарной помощи населению, внедрение новых организационных форм. Примеров достаточно. Недавно закончился Национальный проект «Здоровье», ориентированный, как известно, на совершенствование работы первичного сектора здравоохранения. Реализуется государственная «Программа развития здравоохранения Российской Федерации», где поликлиническая помощь остаётся в числе главных. Медицинская помощь в поликлиниках оказывается в соответствии со стандартами и порядками, они имеют достаточное финансовое обеспечение. И тем не менее сказать, что все проблемы в амбулаторных медицинских учреждениях решены и население полностью удовлетворено медицинской помощью в поликлиническом секторе, было бы преувеличением. Это показывают результаты социологических исследований.

Да, вы правы, в последние 10 лет деятельность системы здравоохранения с использованием показателей оценивалась специалистами. Но она оценивалась в комплексе, в региональном аспекте, а вот что происходило в конкретном медицинском учреждении, как оказывается медицинская помощь конкретным гражданам, эти сведения до лиц, принимающих решения, не доходили. Исходя из этих обстоятельств, нашему институту Минздрав России поручили осуществить оценку медицинских учреждений, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, и сформировать их ранжирование по разработке индекса благополучия. Проведению непосредственной оценки деятельности поликлиник предшествовала работа экспертов для выбора объективных, целевых для амбулаторной помощи индикаторов.

На первом этапе организаторами здравоохранения с участием экспертов высшей школы экономики (ВШЭ) было отобрано 44 параметра. При проведении корреляционного анализа оказалось, что 23 индикатора из них объективно отражают работу поликлиники. Для формирования агрегированного рейтинга по объективным показателям были использованы формы первичной медицинской документации, а также формы государственного (отраслевого) статистического наблюдения. Они основаны на действующем статистическом учёте и отчётности.

– И что же вы получили в итоге?

– В результате была разработана система анализа и оценки информации, необходимой для проведения независимой оценки поликлиник, оказывающих помощь взрослому и детскому населению. Эффективность их работы оценивалась по 10-балльной шкале. Важными в оценке поликлиник были следующие показатели: среднее число жителей, приходящееся на одного врача; доля врачей, имеющих квалификационные категории; число обеспокоенных жалоб граждан на действия медицинских работников поликлиники; удельный вес больных с впервые установленной I и II стадией злокачественных новообразований всех локализаций; частота вызовов

скорой медицинской помощи и т. д. Также учитывались открытость, полнота и доступность сведений о медицинской организации, размещённой на её официальном сайте, что позволяет судить о комфортности условий и доступности получения медицинских услуг, доброжелательности, вежливости и компетентности медицинских работников. Очень важно было дать

интернет-сайта и наличие на нём страницы обратной связи.

– Как распределились места, «Медицинская газета» сообщила сразу после пресс-конференции, на которой министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова представила впервые составленный в России рейтинг лечебных учреждений, оказывающих амбулаторную

помощь по мукам» привело к выводу, что в одном из районов Москвы нет ни «доступной», ни «эффективной» первичной медицинской помощи, система помощи растянута по времени, разбросана территориально, персонал в основном не профессионален, не имеет представления о медицинской этике... Как в таких условиях выжить и не растерять остатки здоровья? Пациенты пы-

Наверное, придётся повернуться лицом и к стационарной помощи. Нам говорили в поликлиниках, что стационары плохо лечат, выписывают недолеченных пациентов под амбулаторное наблюдение, и они умирают на дому. Поэтому напрашивается следующий шаг – разработать схему оценки качества работы стационаров. Система оценки поликлиник, можно сказать,

Наши интервью

# Через публичность оценки двигаются дальше

## Какие перемены ждут россиян в амбулаторно-поликлинической службе



**В любом государстве ресурсы здравоохранения всегда ограничены. В то же время необходимо полнее удовлетворить спрос населения на медицинскую помощь. Вопросы эффективного использования ресурсов являются ключевыми. Сегодня речь идёт о повышении качества и доступности медицинского обслуживания. Это определено Концепцией развития системы здравоохранения в России до 2020 г. Кроме того, в настоящее время действуют приказы, характеризующие параметры качества и доступности оказания медицинской помощи. Однако формирование рейтингов уровня работы медицинских организаций в субъектах РФ относится к полномочиям региональных органов исполнительной власти и отражают их деятельность лишь на данной территории. В связи с этим возникла потребность провести сравнительный анализ рейтинга всех регионов РФ и ранжировать субъекты по качеству и доступности оказания медицинской помощи населению страны.**

**Как была сформирована система рейтингов? Какие были выработаны единые критерии оценки качества работы амбулаторно-поликлинических учреждений? Об этом состоялся обстоятельный разговор с первым заместителем директора Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России профессором Юлией МИХАЙЛОВОЙ.**

каждому показателю вес – экспертную оценку его значимости, то есть сформировать «индекс благополучия» показателя, подготовить единую базу для информатизации системы, которая бы автоматически обрабатывала агрегированные данные.

– А что было важным в оценке детских поликлиник?

– Помимо общих показателей нужно назвать охват профилактическими медицинскими осмотрами детей. В связи с тем, что профилактическое направление в настоящее время является одним из приоритетных в развитии медицины, этот показатель подчёркивает результативность деятельности детского амбулаторного учреждения. Также особое внимание уделялось показателю охвата профилактическими осмотрами детей в возрасте до 1 год и 15-17-летних.

Большое значение для здоровья детского населения имеет раннее выявление туберкулёза и является одним из важных разделов комплексного плана борьбы с этим заболеванием. Поэтому в оценку было включено количество обследованных на туберкулёз детей в возрасте 0-14 лет методом туберкулинодиагностики, 15-17-летних – способом рентгенологических исследований органов грудной клетки. Учитывался охват вакцинацией против туберкулёза, полиомиелита детей до 1 года. Кстати, массовая иммунизация всего детского населения позволила ликвидировать заболевания полиомиелитом в Российской Федерации. Но существует опасность из-за возможного завоза его из стран, где данные заболевания продолжают регистрироваться. Поэтому так важна полнота охвата вакцинацией от полиомиелита.

Как и для других учреждений, для детских важным было наличие действующего официального

помощь населению. Судьями вы оказались строгими. Ни одна поликлиника не набрала максимальное количество баллов – 10. Что последовало за этим публичным обнародованием?

– Мы получили недовольные звонки только из одной территории, оказавшейся в конце таблицы рейтинга. Как и следовало ожидать, плохую оценку связывали с несовершенством оценочных индикаторов и невозможностью оценки в медицине. Однако, в принципе, нет той деятельности, которой нельзя было бы оценить, но я согласна, что 100-процентная оценка в медицине невозможна, потому что она в какой-то мере относится к искусству. И потому эта деятельность не вписывается только в количественные показатели. Я уже говорила о доброжелательности, вежливости и внимательности медицинского персонала к своим пациентам. Чем это измерить? Количеством жалоб? Но не каждый человек ответит таким образом, если врач встретит его без должного внимания и соучастия в его болезни. А компетентность медика вообще должна быть без обсуждений. Если ты однажды надел белый халат, то будь добр следовать принципам своей профессии.

У меня на столе лежит письмо от пациентки с онкопатологией. Она с болью пишет, что за всё время её визитов к участковому врачу та ни разу не спросила, как она себя чувствует, ни разу не послушала лёгкие, сердце, не измерила давление. Пациентка объясняет ей свои проблемы, а в ответ слышит раздражение: «Замолчите, у меня зависает компьютер»...

Что же делать? По её мнению, врача, кандидата медицинских наук, нужен глубокий системный анализ, какая должна быть первичная помощь – основа здравоохранения... «Моё двухлетнее «хождение

покорно адаптироваться к новой «талонно-очередной системе услуг». Очень обидно за наше здравоохранение...»

Вот вам набор проблем, которые существуют не за тридевять земель, в глубинке. В самой столице не всё ладно с организацией помощи в так называемой шаговой доступности.

– Не получится ли, что результаты ваших исследований окажутся под сукном региональных чиновников или просто будут проигнорированы?

– Оценённая деятельность, если она не публична, действительно не играет роли. А мы провели обсуждение в открытом режиме результатов первого этапа на пути оценки амбулаторно-поликлинической помощи. Мы увидели и необходимость доработки индикаторов, чтобы ещё раз пересмотреть объективность критериев оценки, разослали критерии и оценочные индикаторы в регионы главным врачам и практикующим врачам поликлиник для обсуждения и внесения изменений, дополнений. Получили от них конкретные предложения, какие индикаторы убрать как незначимые, какие добавить. Повторно обсудили их с экспертами, более рациональные приняли в работу. Следует отметить, что добавлены и изменены только 2 индикатора.

Ныне количество лечебных учреждений, которые будут рассматриваться по качеству работы за 2014 г. по усовершенствованной методике, выросло до 4800. Теперь мы планируем не только дать оценку деятельности поликлиник, но и выйти на причину плохих показателей. Нас не может не волновать, почему умирают люди трудоспособного возраста на дому, почему умирают на дому от инсульта и инфаркта миокарда в возрасте до 65 лет и т.д. Будем пытаться найти причинно-следственные связи.

уже работает. Мы получили более 80 отзывов от профессионалов, из которых только один негативный – от А.Саверского, президента общероссийской общественной организации «Лига защитников пациентов». От защитника интересов пациентов этого не ожидали. Мы же изначально преследовали цель – проанализировать работу поликлиник, отметить, что хорошо и что плохо они делают, чтобы потом подсказать, как лучше организовать медицинскую помощь, а значит, защитить наше население от некачественной помощи. И здесь спрос должен быть, прежде всего, с главного врача. Я убеждена, что организация лечебного процесса на 100% зависит от руководителя, как он распорядится ресурсами, позаботится о кадровом обеспечении, повышении профессионального уровня врачей, организует работу учреждения. Если же всё плохо в подведомственном ему учреждении, значит, он не справляется со своими функциональными обязанностями и должен уйти со своего поста.

И тут меня не переубедит никто. Только через публичность оценки мы сможем двигаться дальше по защите прав пациентов на охрану здоровья. Публичный рейтинг стимулирует повышение качества работы, даёт возможность потребителям получать информацию о порядке предоставления медицинских услуг, реализовать своё право выбора медицинского учреждения, укрепляет институт общественного контроля. Чтобы привлечь к себе больше пациентов, поликлиникам придётся крепко поработать над своим имиджем. А деньги сегодня, как известно, идут за пациентом.

– Публичный рейтинг – это всё-таки моральная поддержка лучших поликлиник. Может быть пришла пора и финансового ихощещения?

– Насколько мне известно, Минздрав не собирается никого наказывать за худшие, чем у «передовиков», показатели. А вот помочь в совершенствовании организации амбулаторно-поликлинической помощи – в его компетенции. Во всяком случае вполне возможно проведение «круглых столов» в тех регионах, где хуже обстоят дела с медицинским обслуживанием. К участию нужно привлечь экспертов-профессионалов, специалистов, которые могут не только детально изучить вопрос и предложить конкретные пути исправления положения в каждом медицинском учреждении первичной службы. Это будет конкретная информация для размышления и руководителям здравоохранения регионов, какие перемены в амбулаторно-поликлинической сфере здравоохранения ждут россиян.

Беседу вела  
Галина ПАПЫРИНА,  
корр. «МГ».

Фото  
Александра ХУДАСОВА.



## КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 69 (1921)

**ХОБЛ – заболевание, которое можно предупредить и лечить, характеризующееся персистирующим ограничением скорости воздушного потока, которое обычно прогрессирует и связано с выраженным хроническим воспалительным ответом лёгких на действие патогенных частиц или газов. У ряда пациентов обострения и сопутствующие заболевания могут влиять на общую тяжесть ХОБЛ (GOLD 2014).**

Традиционно ХОБЛ объединяет хронический бронхит и эмфизему лёгких.

Хронический бронхит обычно определяется клинически как наличие кашля с продукцией мокроты на протяжении по крайней мере 3 месяцев в течение последующих 2 лет.

Эмфизема определяется морфологически как наличие постоянного расширения дыхательных путей дистальнее терминальных бронхиол, ассоциированное с деструкцией стенок альвеол, не связанное с фиброзом.

У больных ХОБЛ чаще всего присутствуют оба состояния и в ряде случаев достаточно сложно клинически разграничить их на ранних стадиях заболевания.

В понятие ХОБЛ не включают бронхиальную астму и другие заболевания, ассоциированные с плохо обратимой бронхиальной обструкцией (муковисцидоз, бронхоэктатическая болезнь, облитерирующий бронхиолит).

**Эпидемиология****Распространённость**

В настоящее время ХОБЛ является глобальной проблемой. В некоторых странах мира распространённость ХОБЛ очень высока (свыше 20% в Чили), в других – меньше (около 6% в Мексике). Причинами такой вариативности служат различия в образе жизни людей, их поведении и контакте с разнообразными повреждающими агентами.

Одно из глобальных исследований (проект BOLD) обеспечило уникальную возможность оценить распространённость ХОБЛ с помощью стандартизованных вопросников и лёгочных функциональных тестов в популяциях взрослых людей старше 40 лет, как в развитых, так и в развивающихся странах. Распространённость ХОБЛ II стадии и выше (GOLD 2008), по данным исследования BOLD, среди лиц старше 40 лет составила  $10,1 \pm 4,8\%$ , в том числе для мужчин –  $11,8 \pm 7,9\%$  и для женщин –  $8,5 \pm 5,8\%$ . По данным эпидемиологического исследования, посвящённого распространённости ХОБЛ в Самарской области (жители 30 лет и старше), распространённость ХОБЛ в общей выборке составила 14,5% (мужчин – 18,7%, у женщин – 11,2%). По результатам ещё одного Российского исследования, проведённого в Иркутской области, распространённость ХОБЛ у лиц старше 18 лет среди городского населения составила 3,1%, среди сельского – 6,6%. Распространённость ХОБЛ увеличивалась с возрастом: в возрастной группе от 50 до 69 лет заболеванием страдали 10,1% мужчин в городе и 22,6% в сельской местности. Практически у каждого второго мужчины в возрасте старше 70 лет, проживающего в сельской местности, была диагностирована ХОБЛ.

**Летальность**

По данным ВОЗ, в настоящее время ХОБЛ является четвёртой лидирующей причиной смерти в мире. Ежегодно от ХОБЛ умирает около 2,75 млн человек, что составляет 4,8% всех причин смерти. В Европе летальность от ХОБЛ значительно варьирует: от 0,2 на 100 тыс. населения в Греции, Швеции, Исландии и Норвегии, до 80 в Украине и Румынии.

В период с 1990 до 2000 г. летальность от сердечно-сосудистых заболеваний в целом и от инсульта снизилась на 19,9 и 6,9% соответственно, в то же время летальность от ХОБЛ выросла на 25,5%. Особенно выраженный рост смертности от ХОБЛ отмечается среди женщин.

Предикторами летальности больных ХОБЛ служат такие факторы, как тяжесть

бронхиальной обструкции, питательный статус (индекс массы тела), физическая выносливость по данным теста с 6-минутной ходьбой и выраженность одышки, частота и тяжесть обострений, лёгочная гипертензия.

Основные причины смерти больных ХОБЛ – дыхательная недостаточность, рак лёгкого, сердечно-сосудистые заболевания и опухоли иной локализации.

Для правильной постановки диагноза ХОБЛ необходимо, в первую очередь, опираться на ключевые (основные) положения, вытекающие из определения заболевания. Диагноз ХОБЛ должен предполагаться у всех пациентов при наличии

специфических проявлений и критерием диагноза служит спирометрический показатель, болезнь долгое время может оставаться недиагностированной. Проблема гиподиагностики связана также с тем, что многие люди, страдающие ХОБЛ, не ощущают себя больными из-за отсутствия одышки на определённом этапе развития заболевания и не попадают в поле зрения врача. Отсюда следует, что в подавляющем большинстве случаев диагностика ХОБЛ осуществляется на инвалидизирующих стадиях болезни.

Способствовать раннему выявлению заболевания будет подробная беседа с каждым курящим пациентом, так как при активном расспросе и отсутствии жалоб, можно выявить признаки, характерные для развития хронического воспаления в бронхиальном дереве, в первую очередь кашель.

В процессе формирования необратимых изменений в бронхиальном дереве и паренхиме лёгких появляется одышка (в беседе с больным необходимо оценить

заболевания наиболее часто встречается нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом и увеличение СОЭ. Наличие лейкоцитоза служит дополнительным аргументом в пользу инфекционного фактора как причины обострения ХОБЛ. Может быть выявлена как анемия (результат общего воспалительного синдрома), так и полицитемия. Полицитемический синдром (повышение числа эритроцитов, высокий уровень гемоглобина – более 16 г/дл у женщин и более 18 г/дл у мужчин – и повышение гематокрита  $> 47\%$  у женщин и  $> 52\%$  у мужчин) может говорить о существовании выраженной и длительной гипоксемии.

**Цитологическое исследование мокроты** даёт информацию о характере воспалительного процесса и степени его выраженности. Определение атипичных клеток усиливает онкологическую настороженность и требует проведения дополнительных методов обследования.

**Микробиологическое исследование** мокроты целесообразно проводить при

# Диагностика и лечение хронической обструктивной болезни лёгких

## Федеральные клинические рекомендации Минздрава России

кашля, выделения мокроты или одышки и выявлении факторов риска развития ХОБЛ. В реальной жизни на ранних стадиях заболевания курильщик не считает себя больным, так как оценивает кашель как нормальное состояние, если трудовая деятельность его ещё не нарушена. Даже появление одышки, возникающей при физической нагрузке, расценивается им как результат пожилого возраста или детренированности.

Ключевым анамнестическим фактором, помогающим поставить диагноз ХОБЛ, служит установление факта ингаляционного воздействия на органы дыхания патогенных агентов, в первую очередь табачного дыма. При оценке статуса курения всегда указывается индекс курящего человека (ИКЧ, пачка-лет). Помимо активного курения, при сборе анамнеза следует уделять большое внимание выявлению эпизодов пассивного курения. Это касается всех возрастных групп, включая воздействие табачного дыма на плод во внутриутробном периоде в результате курения самой беременной или окружающих её людей. Профессиональные ингаляционные воздействия, наряду с курением, рассматриваются в качестве обстоятельств, приводящих к возникновению ХОБЛ. Это касается различных форм воздушных загрязнений на рабочем месте, включая газы и аэрозоли, а также воздействие дыма от органического топлива.

Таким образом, диагностика ХОБЛ должна включать следующие направления:

- выявление факторов риска,
- объективизацию симптомов обструкции,
- мониторинг респираторной функции лёгких.

Отсюда следует, что диагностика ХОБЛ складывается на основе анализа ряда этапов:

- создание словесного портрета больного на основании сведений, почерпнутых из беседы с ним (тщательный сбор жалоб больного, а также анамнеза жизни и анамнеза заболевания);
- объективного (физического) обследования;
- результатов лабораторно-инструментальных исследований: диагноз ХОБЛ всегда должен быть подтверждён данными спирометрии – постбронходилатационные значения  $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 70\%$  – обязательный признак ХОБЛ, который существует на всех стадиях заболевания.

В связи с тем, что ХОБЛ не имеет

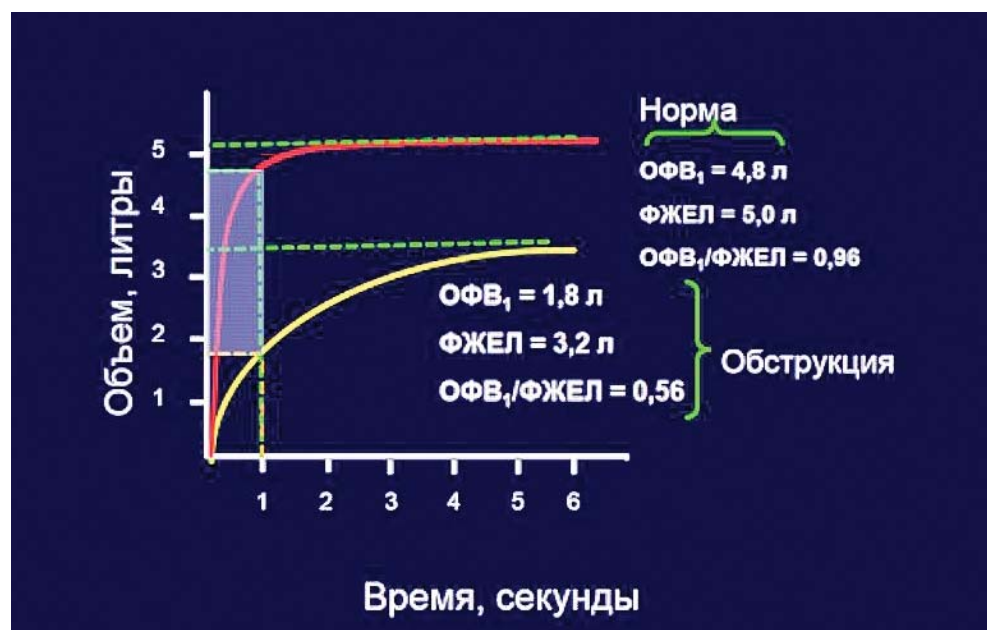


Рис. 1. Оценка функционального состояния бронхиальной проходимости

её выраженность, связь с физической нагрузкой и т.п.).

На ранних стадиях заболевания (если по каким-то причинам больной в это время всё же попадает в поле зрения врача) осмотр не выявляет каких-либо характерных для ХОБЛ отклонений, однако отсутствие клинических симптомов не исключает наличия ХОБЛ. При нарастании эмфиземы и необратимого компонента бронхиальной обструкции выдох может происходить через плотно сомкнутые губы или губы, сложенные трубочкой, что свидетельствует о выраженном экспираторном коллапсе мелких бронхов и служит замедлению скорости потока выдыхаемого воздуха, что облегчает состояние больных. Другими признаками гиперинфляции могут быть бочкообразная форма грудной клетки, горизонтальное направление рёбер, уменьшение сердечной тупости.

При физическом исследовании пациентов возможно объективизировать наличие бронхиальной обструкции, выслушав сухие свистящие хрипы, а при перкуссии – корочечный перкуторный звук подтверждает наличие гиперинфляции.

Из числа **лабораторных методов диагностики** к обязательно выполняемым относятся исследования клинического анализа крови и цитологии мокроты. При выраженной эмфиземе и молодом возрасте пациента следует определить альфа-1-антитрипсин. При обострении

неконтролируемом прогрессировании инфекционного процесса и использовать для подбора рациональной антибиотикотерапии. С этой же целью проводится бактериологическое исследование бронхиального содержимого, полученного при бронхоскопии.

**Рентгенография органов грудной клетки** должна быть проведена всем больным с предполагаемым диагнозом ХОБЛ. Этот метод не является чувствительным инструментом для постановки диагноза, но позволяет исключить другие заболевания, сопровождающиеся аналогичными с ХОБЛ клиническими симптомами (опухоль, туберкулёз, застойная сердечная недостаточность и т.п.), а в период обострения – выявить пневмонию, плевральный выпот, спонтанный пневмоторакс и т.д. Кроме этого, можно выявить следующие рентгенологические признаки бронхиальной обструкции: уплощение купола и ограничение подвижности диафрагмы при дыхательных движениях, изменение передне-заднего размера грудной полости, расширение ретростерального пространства, вертикальное расположение сердца.

**Бронхоскопическое исследование** служит дополнительным методом при диагностике ХОБЛ для исключения других заболеваний и состояния, протекающих с аналогичными симптомами.

**Электрокардиография и эхокардио-**



**графия** выполняется с целью исключения кардиального генеза респираторной симптоматики и выявления признаков гипертрофии правых отделов сердца.

Всем пациентам, у которых заподозрена ХОБЛ, следует проводить спирометрию.

**Функциональные тесты диагностики и мониторингирования течения ХОБЛ**

● Спирометрия является основным методом диагностики и документирования изменений лёгочной функции при ХОБЛ. На показателях спирометрии построена классификация ХОБЛ по степени выраженности обструктивных нарушений вентиляции. Она позволяет исключить другие заболевания со сходными симптомами.

**Методология**

● Имеются различные рекомендации по использованию спирометрии как метода диагностики и определения степени тяжести обструктивных лёгочных заболеваний.

● Исследование лёгочной функции методом форсированной спирометрии можно считать завершённым, если получены три технически приемлемых дыхательных манёвра, при этом результаты должны быть воспроизводимыми: максимальный

Нарушение линейности нижней половины кривой поток–объём является характерной чертой обструктивных нарушений вентиляции, даже когда отношение ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ > 0,7. Выраженность изменений зависит от тяжести обструктивных нарушений.

Ранними признаками обструктивных нарушений у пациентов без клинических проявлений бронхиальной обструкции могут служить изменение формы экспираторной части кривой поток–объём и снижение скоростных показателей СОС<sub>25–75</sub>, МОС<sub>50</sub>, МОС<sub>75</sub>.

● При прогрессировании бронхиальной обструкции происходит дальнейшее снижение экспираторного потока, нарастание воздушных ловушек и гиперинфляции лёгких, что приводит к снижению показателей ФЖЕЛ. Для исключения смешанных обструктивно-рестриктивных нарушений, необходимо измерить общую ёмкость лёгких методом бодиплетизмографии (ОЕЛ, англ. TLC).

● Для оценки выраженности эмфиземы следует исследовать общую ёмкость лёгких (ОЕЛ) и диффузионную способность лёгких (ДСЛ).

Таблица 1

**Признаки, позволяющие дифференцировать ХОБЛ от иных хронических лёгочных заболеваний**

Заболевание	Основные дифференциальные признаки
Бронхоэктазии	Большое количество гнойной мокроты Частые рецидивы бактериальной респираторной инфекции Грубые сухие разного тембра и разнокалиберные влажные хрипы при аускультации Рентгенологическое исследование (КТ) — расширение бронхов и уплотнение их стенок
Туберкулёз	Начало в любом возрасте Характерные рентгенологические признаки Микробиологическое подтверждение Эпидемиологические признаки (высокая распространённость туберкулёза в регионе)
Облитерирующий бронхолит	Начало в молодом возрасте у некурящих Указание на ревматоидный полиартрит или острое воздействие вредных газов КТ обнаруживает зоны пониженной плотности на выдохе
Диффузный пан-бронхолит	Некурящие мужчины У подавляющего большинства хронические синуситы КТ — диффузно расположенные центрлобулярные узелковые тени, признаки гиперинфляции
Застойная сердечная недостаточность	Соответствующий кардиологический анамнез Характерные хрипы при аускультации в базальных отделах Рентгенография – расширение тени сердца и признаки отёка лёгочной ткани ФВД — преобладание рестрикции

и следующий за ним показатели ФЖЕЛ, а также максимальный и следующий за ним показатели ОФВ<sub>1</sub> должны различаться не более чем на 150 мл. В случаях, когда величина ФЖЕЛ не превышает 1000 мл, максимально допустимая разница как по ФЖЕЛ, так и по ОФВ<sub>1</sub> не должна превышать 100 мл.

● Если воспроизводимые результаты не получены после 3 попыток, выполнение дыхательных манёвров необходимо продолжить до 8 попыток. Большее количество дыхательных манёвров может привести к утомлению пациента и, в редких случаях, к снижению ОФВ<sub>1</sub> или ФЖЕЛ.

● При падении показателей более чем на 20% от исходной величины в результате выполнения повторных форсированных манёвров, дальнейшее тестирование следует прекратить в интересах безопасности пациента, а динамику показателей отразить в отчёте. В отчёте должны быть представлены графические результаты и цифровые значения как минимум трёх лучших попыток.

● Результаты технически приемлемых, но не удовлетворяющих критерию воспроизводимости попыток могут использоваться при написании заключения с указанием на то, что они не являются воспроизводимыми.

**Спирометрические проявления ХОБЛ**

● При проведении спирометрии ХОБЛ проявляется экспираторным ограничением воздушного потока вследствие повышения сопротивления дыхательных путей (рис. 1) Обструктивный тип вентиляционных нарушений характеризуется снижением соотношения показателей ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ<0,7

● Отмечается депрессия экспираторной части кривой поток–объём, а её нисходящее колено приобретает вогнутую форму.

положительным, если после ингаляции бронходилататора коэффициент бронходилатации (КБД) достигает или превышает 12%, а абсолютный прирост составляет 200 мл и более:

$$БД = \frac{К \text{ (мл)} ОФВ_{1 \text{ после}} \text{ (мл)} - ОФВ_{1 \text{ исх}}}{ОФВ_{1 \text{ исх}} \text{ (мл)}}$$

Абсолютный прирост (мл) = ОФВ<sub>1</sub> после(мл) – ОФВ<sub>1</sub> исх(мл), где ОФВ<sub>1</sub> исх – значение спирометрического показателя до ингаляции бронходилататора, ОФВ<sub>1</sub> после – значение показателя после ингаляции бронходилататора.

● Для заключения о положительном бронходилатационном тесте обязательно достижение обоих критериев.

Достоверный бронходилатационный ответ по своему значению должен превышать спонтанную вариабельность, а также реакцию на бронхолитики у здоровых лиц. Поэтому величина прироста ОФВ<sub>1</sub> ≥ 12% от должного и ≥ 200 мл признана в качестве маркёра положительного бронходилатационного ответа; при получении такого прироста бронхиальная обструкция считается обратимой.

● При оценке бронходилатационного теста важно учитывать нежелательные реакции со стороны сердечно-сосудистой системы: тахикардию, аритмию, повышение артериального давления, а также появление таких симптомов, как возбуждение или тремор.

● Техническую вариабельность результатов спирометрии можно минимизировать при регулярной калибровке оборудования, тщательном инструктаже пациента, повышении квалификации персонала.

**Должные величины**

● Должные величины зависят от антропометрических параметров, в основном от роста, пола, возраста, расы. Вместе с тем следует принимать во внимание и индивидуальные вариации нормы. Так, у людей с исходными показателями выше среднего уровня при развитии лёгочной патологии эти показатели будут снижаться относительно исходных, но по-прежнему могут оставаться в пределах популяционной нормы.

**Мониторирование (серийные исследования)**

● Мониторирование спирометрических показателей (ОФВ<sub>1</sub> и ФЖЕЛ) достоверно отражает динамику изменений лёгочной функции при длительно наблюдаемых, однако необходимо принимать во внимание вероятность технической и биологической вариабельности результатов.

● У здоровых лиц изменения ФЖЕЛ и ОФВ<sub>1</sub> считаются клинически значимыми, если при повторных исследованиях в течение дня разница превышает 5%, в течение нескольких недель — 12%.

● Однако повышение скорости снижения лёгочной функции (более 40 мл/год) не является обязательным признаком ХОБЛ. Кроме того, оно не может быть подтверждено индивидуально, так как допустимый уровень вариабельности показателя ОФВ<sub>1</sub> в пределах одного исследования значительно превышает это значение и составляет 150 мл.

**Мониторирование ПСВ:**

● Используется для исключения повышенной суточной вариабельности показателей, более характерной для бронхиальной астмы и ответа на медикаментозную терапию.

● Регистрируется лучший показатель после 3 попыток выполнения форсированного манёвра с паузой, не превышающей 2 секунд после вдоха. Манёвр выполняется сидя или стоя. Большее количество измерений выполняется в том случае, если разница между двумя максимальными показателями ПСВ превышает 40 л/мин.

● ПСВ используется для оценки вариабельности воздушного потока при множественных измерениях, выполняемых в течение по меньшей мере 2 недель. Повышенная вариабельность может регистрироваться при двукратных измерениях в течение суток. Более частые измерения улучшают оценку. Повышение точности измерений в этом случае достигается в особенности у пациентов со сниженной комплаентностью.

● Вариабельность ПСВ лучше всего рассчитывается как разница между максимальным и минимальным показателем в процентах по отношению к среднему

или максимальному суточному показателю ПСВ.

● Верхняя граница нормальных значений для вариабельности в % от максимального показателя составляет около 20% при использовании 4 и более измерений в течение суток. Однако она может быть ниже при использовании двукратных измерений.

● Вариабельность ПСВ может быть повышена при заболеваниях, с которыми чаще всего проводится дифференциальная диагностика астмы. Поэтому в клинической практике отмечается более низкий уровень специфичности повышенной вариабельности ПСВ, чем в популяционных исследованиях.

● Показатели ПСВ должны интерпретироваться с учётом клинической ситуации. Исследование ПСВ применимо только для мониторингирования пациентов с уже установленным диагнозом ХОБЛ.

**Дифференциальный диагноз ХОБЛ**

Основная задача дифференциальной диагностики ХОБЛ – исключение заболеваний со сходной симптоматикой.

Несмотря на вполне определённые различия между бронхиальной астмой (БА) и ХОБЛ по механизмам развития, в клинических проявлениях и принципах профилактики и лечения эти два заболевания имеют некоторые общие черты. Кроме того, возможно и сочетание этих двух болезней у одного человека.

Дифференциальная диагностика БА и ХОБЛ основана на интеграции основных данных клиники, результатов функциональных и лабораторных тестов.

На определённых стадиях развития ХОБЛ, особенно при первой встрече с больным возникает необходимость дифференцировать ХОБЛ от ряда заболеваний со сходной симптоматикой. Их основные отличительные признаки приведены в таблице 1.

Дифференциальная диагностика на разных стадиях развития ХОБЛ имеет свои особенности. При лёгком течении ХОБЛ главное – выявить отличия от других заболеваний, связанных с факторами экологической агрессии, протекающих субклинически или с малой симптоматикой, в первую очередь – различных вариантов хронических бронхитов. Сложность возникает при проведении дифференциального диагноза у больных с тяжёлым течением ХОБЛ. Она определяется не только тяжестью больных, выраженностью необратимых изменений, а также большим набором сопутствующих заболеваний (ИБС, гипертоническая болезнь, болезни обмена и т.д.).

При оценке степени риска рекомендуется выбирать наивысшую степень в соответствии с ограничением скорости воздушного потока по классификации GOLD или с частотой обострений в анамнезе.

В новой редакции GOLD 2013 г. добавлено положение о том, что при наличии у пациента в предыдущем году даже одного обострения, приведшего к госпитализации (то есть тяжёлого обострения), больного необходимо относить к группе высокого риска.

Таким образом, интегральная оценка силы воздействия ХОБЛ на конкретного пациента объединяет оценку симптомов со спирометрической классификацией и оценкой риска обострений.

С учётом вышесказанного диагноз ХОБЛ может выглядеть следующим образом:

«Хроническая обструктивная болезнь лёгких...» и далее следует оценка:

- фенотипа ХОБЛ (если это возможно);
- степени (I – лёгкая, II – среднетяжёлая, III – тяжёлая, IV – крайне тяжёлая) тяжести нарушения бронхиальной проходимости;
- выраженности клинических симптомов: выраженные (CAT ≥ 10, mMRC ≥ 2, CCQ ≥ 1), невыраженные (CAT < 10, mMRC < 2, CCQ < 1);
- частоты обострений: редкие (0 – 1), частые (≥ 2);
- сопутствующих заболеваний.

Роль сопутствующих заболеваний чрезвычайно велика в оценке тяжести течения ХОБЛ, однако даже в последней рекомендации GOLD 2013 г. она не нашла достойного места в приведённой классификации.

(О лечении ХОБЛ читайте в следующем номере «МГ».)

Под редакцией академика РАН, главного терапевта-пульмонолога Минздрава России Александра ЧУЧАЛИНА.



– Геннадий Васильевич, в чём, на ваш взгляд, заключаются ключевые проблемы медицинского образования на первых трёх курсах обучения?

– На мой взгляд, мы слишком увлекаемся тестированием. Как один из элементов контроля знаний это неплохо, однако когда такой способ ставится во главу угла при оценке степени студенческой подготовки, он лишь способствует бездумному зазубриванию. Молодые люди сосредотачиваются на тестах, на этой в некоторой степени «угадайки», сдают их, зачастую весьма успешно, но когда преподаватель начинает с ними беседовать, то не получает ничего в ответ. Студенты просто-напросто не понимают того, что заучили. Эффект от доминирования тестов практически равен нулю. Сужу по опыту нашего университета: студент, блестяще написавший тест, не может ответить на элементарные вопросы при собеседовании с педагогом. Зубрёжка очень опасна: она не позволяет человеку мыслить.

Моё отношение к бессмысленному заучиванию информации всегда было и остаётся крайне отрицательным. В то же время в каждой дисциплине есть минимально необходимый материал, который понадобится будущим врачам в практической деятельности: цифры артериального давления, уровень сахара в крови и т.д. Именно на запоминание этих параметров и должны быть рассчитаны тесты. В этом их единственный плюс. А научить пользоваться этими знаниями – задача клиницистов.

Видите ли, нынешние студенты привыкли зубрить, и главной проблемой в этом вопросе, с моей точки зрения, является то, что наша средняя школа не учит ребят самостоятельно мыслить и анализировать. С этим мы сталкиваемся ежедневно. А ведь для обучения в любом вузе, особенно в медицинском, в том числе и для изучения теоретических предметов, необходим аналитический подход, а вчерашние школьники к этому совершенно не готовы. Им проще запомнить, нежели понять.

– Решает ли РНИМУ проблемы вузовского образования?

– Да, конечно. Мы проводим профориентацию в 10-х и 11-х классах. Согласно договору, мы имеем 15 лицейских классов по Москве и Московской области, где преподаватели нашего вуза «натаскивают» будущих абитуриентов по химии, биологии и физике. Таким образом, мы в некоторой степени восполняем недостатки школьного образования. 70-80% лицейстов поступают к нам вуз.

– В течение последних лет активно перерабатываются учебные программы: продолжительность изучения ряда предметов сокращается, некоторые клинические дисциплины «спускаются» на младшие курсы и т.д. Насколько это эффективно с вашей точки зрения?

– Честно говоря, будучи деканом лечебного факультета и проректором по учебной работе, я принимал активное участие в этом процессе. Перед нами стояла задача: усилить клиническую подготовку будущих докторов, поскольку в прежние годы гуманитарный, естественнонаучный и медико-биологический циклы вузовского образования превалировали над клиническим. В настоящее время практической подготовке уделяется более 50% времени обучения на дипломном этапе. Конечно, прежде чем «окунается» в изучение клинических аспектов будущей профессии, студентам следует целиком и полностью освоить фундаментальные дисциплины, однако в этом образовательном стандарте III поколения, на мой взгляд, есть немало положительных моментов для компенсации этого недостатка – более раннего, а иногда и преждевременного изучения клинических предметов.

Дело в том, что на уровне вуза мы скомпенсировали это: доба-

Авторитетное мнение

# Отраслевой базис

## В основе освоения клинических аспектов профессии лежит изучение фундаментальных дисциплин

Как известно, предметов в медицинском вузе предостаточно, и студенты уже с первого дня обучения волей-неволей погружаются в удивительный мир фундаментальных дисциплин, на которые, некоторое время спустя, наслаиваются клинические. Казалось бы, всё логично: от теории к практике. Однако каждый предмет в большинстве случаев преподаётся будущим специалистам как бы изолированным от другого, что весьма негативно сказывается на компетенции молодого врача в самом начале самостоятельной клинической работы: он зачастую просто-напросто не понимает, а как соединить знания по разным предметам в единую систему. Собственно говоря, по мнению многих педагогов-клиницистов, такие предметы, как анатомия, физиология, биохимия и другие теоретические дисциплины, столь необходимые для практической врачебной деятельности, как



в сторону клини- ки. Другое дело – «выживаемость» знаний у студентов весьма раз- нится, и жидятся эти различия, по моему глубокому убеждению, на методологии освоения студен- тами фундамен- тальных дисци- плин. При систе- матическом под- ходе к изучению предметов полу- ченные знания не испаряются при сдаче экзамена, как в случае без- думного заучива- ния материала.

– Каким обра- зом можно мо- тивировать сту- дентов на систе-

матический подход к обучению?

– На теоретических кафедрах нашего вуза в течение долгого вре- мени существует балльно-рейтин- говая система, предполагающая поощрение хороших студентов. Благодаря этой системе учиты- ваются все виды деятельности студентов: подготовка к прак- тическим занятиям и активность на них, посещение лекций, участие в деятельности научного кружка при кафедре и т.д. Таким образом, у будущего специалиста есть шанс получить «автомат» без сдачи экза- мена, что, на мой взгляд, является куда более объективной оценкой.

Экзамен – лотерея, элемент случайности. Специфика обуче- ния у студентов разная: личности, ничего не делавшие в течение учебного года, готовятся к экза- мену за пару недель и сдают его, благополучно забывая наскоро по- лученные знания в течение летних каникул. Вот на таких «мастаков» и жалуются клиницисты. Тот же, кто добросовестно трудился, получает свои «хор» или «отл» автоматом и сохраняет усвоенное не только до будущих кафедр, но и на всю свою профессиональную жизнь.

– Как бы вы оценили уровень подготовки студентов-младше- курсников на примере РНИМУ?

– Приведу вам конкретные циф- ры: средний балл по младшим кур- сам у нас в вузе составляет 3,6-3,8. Иными словами – в общем и целом наши студенты подготовлены удовлетворительно. Похвастать, в общем-то, нечем, однако, полагаю, что 5-6 лет спустя мы получим со- вершенно другие данные на этот счёт. Я это связываю с тем, что, как уже говорил выше, последние 2-3 года преподавание на млад- ших курсах нашего вуза ведётся с клиническим вектором. Думаю, что положительные результаты вследствие данного нововведения

правило, преподносятся студентам их коллегами-теоретиками безо всякого преломления в сторону практической медицины. У студентов нет ни малейшего понимания того, как это может помочь им в дальнейшем обучении на клинических кафедрах. Именно отсюда зачастую и вытекает совершенно бессмыслен- ное зазубривание того, что практически не пригодится будущим докторам в клинической практике.

О проблемах образования и методологии преподавания на младших курсах медвуза, о правильном применении студента- ми знаний, полученных на теоретических кафедрах, а также о престиже фундаментальной науки на современном этапе «МГ» рассказал заведующий кафедрой патофизиологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова член-корреспондент РАН Геннадий ПОРЯДИН.

не заставят себя долго ждать.

– Остаётся ли степень про- фессиональной квалификации преподавателей на теоретиче- ских кафедрах столь же высо- кой, как прежде?

– Никаких сомнений на этот счёт у меня нет. Наши педагоги- фундаменталисты очень опытные. Стаж их работы составляет не одно десятилетие. Все они прошли блестящую школу наших учителей – выдающихся учёных-теоретиков. Однако что вызывает лично у меня тревогу – возраст кафедральных сотрудников нашего вуза. В среднем, на теоретических кафедрах, он составляет 60 лет. Смены им практически нет: 10-15 лет – и произойдёт катастрофа. Преподаватели-теоретики просто-напросто вымрут. Я не знаю, о чём думают «наверху». Мотивация при- хода молодёжи в фундаменталь- ную науку практически отсутствует, аспирантура при теоретических кафедрах пустует.

– Почему?

– Престиж преподавателей-те- оретиков утерян. Да и клиници- стов – тоже. Главная причина – неприлично низкие зарплаты при высоких нагрузке и интенсивности работы. Да, в большинстве НИИ нашей страны платят такие же мизерные деньги, однако у них нет лишней «головной боли» – лекции, семинары, методической работы и т.д. Однако, что при- мечательно, интерес у молодёжи к фундаментальной науке есть: в течение последнего года ко мне на кафедру пришли 3 сотрудника моложе 35 лет и 2 аспиранта, при- цельно желающих заниматься про- блемами патофизиологии сразу по окончании вуза.

Очень многое, что характерно, упирается в деньги: за последние 10 лет несколько молодых со- трудников ушли с моей кафедры в частные компании, занимающиеся фармацевтикой и медицинским оборудованием. Уходили они нехотя, однако зарплаты в этих организациях в десятки раз выше кафедральной. Я ничего не мог противопоставить этому. Более того, у меня не было морального права удерживать этих молодых людей: им нужно содержать семьи, «поднимать» детей и т.д.

– Насколько теоретические кафедры оснащены всем необ- ходимым на сегодняшний день?

– Это тоже проблема. По по- следним законодательным актам Минздрава, львиная доля обо- рудования уходит на клинические базы. Мы, теоретики, в данной ситуации финансируемся по оста- точному принципу. В этой связи приобрести что-то современное не представляется возможным. Как следствие – страдает учебный процесс. Мы могли бы проводить масштабные совместные исследо- вания с клиническими кафедрами,

что, вне всякого сомнения, пошло бы как на пользу отечественной на- уке, так и привлекло бы молодёжь.

И ещё. Многие зависят от пре- подавателя. Если педагог фор- мально относится к своей работе, то интерес к его предмету про- падает мгновенно. К сожалению, мы утрачиваем преемственность поколений в этом плане, что весьма опасно: наставничество чрезвычайно важно как в науке, так и в практической медицине.

– Возможно ли разглядеть будущего учёного-фундамен- талиста на этапе дипломного образования?

– На сегодняшний день это сделать сложно. Причиной этому сказанное выше – явное недообо- рудование теоретических кафедр. Это не позволяет полноценно проводить работу студенческих научных кружков. Энтузиастов мало. В основном на кружки ре- бята приходят с целью повышения самообразования. Отсутствие со- ответствующей материально-тех- нической базы фундаментальной кафедры не позволяет посмотреть на студента, что называется, в деле. Многие педагоги моего по- коления именно таким образом были отобраны и приглашены в аспирантуру. У преподавателей ушедшего поколения была воз- можность разглядеть в «кружков- цах» перспективные кадры уже на этапе обучения теоретическим предметам, тогда как в настоя- щее время такой возможности у нас нет.

– В какой степени квалифи- кация практического врача за- висит от уровня его подготовки по фундаментальным дисципли- нам?

– Я хоть и не клиницист, однако твёрдо знаю: врач обязан думать у постели больного, анализиро- вать те или иные синдромы и симптомы. Без этого не провести дифференциальную диагностику, не назначить этиотропного или патогенетического лечения. Сим- птоматическая терапия – фельд- шерский уровень. Если клиницист не подготовлен по теоретическим дисциплинам, ему не овладеть клиническим мышлением.

Повторюсь: я не клиницист, но ведение пациента на основании протокола, который не в состо- янии охватить всех клинических нюансов, – абсурд. Вникание в суть того или иного заболевания в обязательном порядке влечёт за собой «поднятие» в своей голове врачом багажа фундаментальных знаний. Если доктор этого не дела- ет – он ремесленник, а медицина, с моей точки зрения, – искусство.

Беседу вёл  
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,  
обозреватель «МГ».



Понятие «здоровый смысл» ясно каждому. Здоровый смысл – это очевидное, проверенное и эффективное действие, направленное на устранение какого-либо нежелательного явления. Приводить житейские примеры здравого смысла вряд ли следует – их во множестве знают все. В клинической работе врач тоже часто руководствуется здравым смыслом, имеющим, разумеется, профессиональное содержание. Однако нередко ситуации, когда здоровый смысл становится опасным. Дело в том, что здоровый смысл, говоря обобщённо и научно, есть линейное решение задачи. А врачу часто приходится сталкиваться с более сложными задачами, требующими нелинейного решения. Здесь пути достижения эффекта подсказывают научные знания, применение которых способно обеспечить лучший результат, чем логика здравого смысла. Чувствую необходимость подкрепить свои рассуждения конкретными примерами.

## С нестандартным подходом

Хроническая субдуральная гематома является опухолеподобным доброкачественным растущим образованием, которое, если его не устранить вовремя, может привести к гибели больного вследствие сдавления головного мозга и ущемления его ствола. Логика здравого смысла предлагает радикальное решение проблемы – одномоментное полное удаление «кровяного мешка» вместе с его содержимым и капсулой. Это достигается хирургически через костно-пластическую трепанацию. Так и поступали на протяжении многих десятилетий, а в некоторых странах и сегодня.

Однако длительно сдавленный хронической гематомой мозг, особенно у пожилых и стариков, не может быстро расправиться. И это создаёт реальную угрозу тяжёлой клиники коллапса мозга и различных кровоизлияний до напряжений пневмоцефалии. Летальность при радикальном методе лечения хронических субдуральных гематом достигает 12-18%. Остальные больные, пережив часто нелёгкий послеоперационный период, излечиваются.

Между тем исследования, проведённые, в том числе, и в НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, доказали, что основной причиной, поддерживающей существование и увеличение хронической субдуральной гематомы, является гиперфибринолиз её содержимого. Он обусловлен накоплением продуктов деградации фибрина, превышающих, как обнаружили наши исследования, в 6-60 раз аналогичные показатели в периферической крови у таких больных. Среда с гиперфибринолизом легко провоцирует – под влиянием различных внешних и внутренних факторов – микро- и/или макро-кровоизлияния из неполноценных сосудов капсулы хронической гематомы.

Если этот механизм играет решающую роль в патогенезе колебаний объёма содержимого осумкованной оболочечной гематомы, то достаточно избавиться от повышенного количества продуктов деградации фибрина, чтобы запустить процессы саногенеза. Мы так и поступили, преодолевая критику и сопротивление сторонников радикального лечения хронических субдуральных гематом. Вместо большого хирургического вмешательства прибегли к минимально инвазивному. Через фрезевое отверстие пунктируется капсула гематомы и физиологическим раствором вымывается её содержимое. Далее на короткий срок (1-2 суток) устанавливается система закрытого наружного дренирования. Результаты превзошли ожидания. Через 1,5-3 месяца хроническая субдуральная гематома полностью резорбируется вместе со своей капсулой. А значительное улучшение состояния больного и сглаживание очаговой неврологической симптоматики обычно наступает на следующий день после минимально инвазивной операции.

Сопоставив на репрезентативной выборке Института нейрохирургии с компьютерно-томографическим и магнитно-резонанс-

перитонеальное шунтирование. После этого она хорошо развивалась, успешно училась в школе. 3 года назад сделанная на всякий случай магнитно-резонансная томография выявила большие двусторонние хронические субдуральные гематомы. В Институте нейрохирургии осуществили их закрытое наружное дренирование. Однако спустя год гематомы вновь заняли прежнее положение. Мать беспокоят эти гематомы в полости черепа, и она просит их убрать.

огромное количество рецидивов, так как продолжавшаяся гиперпродукция ликвора, обуславливая внутричерепную гипертензию, выбивала «затычку». Научные знания подсказали, что одновременно с пластикой основания черепа необходимо создать условия для перестройки системы ликворообращения с открытого контура на закрытый после ликвидации фистулы. Временное люмбальное дренирование (1-2 недели) цереброспинальной жидкости обычно

который можно убрать и который оправдывает интервенцию. К тому же, особенно при лобной локализации повреждений пострадавшие часто переносят хирургическую агрессию, а её последствия и качество их жизни в дальнейшем оцениваются уже психиатрами, а также семьёй и обществом.

Однако хирургическое вмешательство не избавляет от неизбежных морфологических последствий очаговых повреждений мозга. Вместе с тем оно нередко влечёт за собой дополнительную травматизацию мозга, особенно при радикальном удалении очагов размножения. Существовавший ранее постулат – «удаление очага ушиба мозга в пределах здоровых тканей» – глубоко ошибочен для повреждений ЦНС, свидетельствуя о некритичном, механистичном перенесении общих хирургических принципов оперирования патологических процессов (воспалительных, опухолевых и иных) мягких тканей, костей, внутренних органов на травматические поражения мозга. Разные органы и разная природа патологии требуют различных подходов.

Изложенные посылки и полученные нами и другими авторами результаты обосновывают концепцию расширения показаний к консервативному ведению пострадавших с тяжёлыми очаговыми повреждениями вещества мозга.

До определённых пределов консервативное лечение лучше способствует развёртыванию саногенных механизмов и компенсаторных возможностей пострадавшего мозга, чем хирургическое вмешательство. Об этом свидетельствуют данные КТ-MPT мониторинга и, главное, изучение катмнеза больных, перенёвших тяжёлые очаговые повреждения мозга. Причём, как нами установлено, очаговые изменения лёгкой и средней степени и диффузные изменения лёгкой степени (по данным КТ и MPT) не препятствуют трудовой и социальной реабилитации пострадавших.

## Не навреди

Совершенно очевидно, что в ближайшие десятилетия медицине ждут коренные преобразования, обусловленные раскрытием генетических и молекулярных механизмов патогенеза и саногенеза заболеваний с использованием нанотехнологий и других новшеств. Отсюда последуют принципиально иные подходы к лечению и, что главное, к излечению от различной патологии. Вместе с тем привычные укоренившиеся в знаниях врача традиционные представления, перешедшие в разряд «здравого смысла», станут парадигмой: с одной стороны, защитой от поспешных непроверенных вменем и практикой методик, а с другой – несомненным тормозом на пути внедрения в практику выдержавших все испытания доказательной медицины новых лечебных технологий. Устранение этих естественных противоречий развития знаний должны предусматривать как учебный процесс в медицинском институте, так и особенно вся система последипломного образования, а также самообразование специалистов.

Гиппократовский принцип «не навреди» сохраняет свою силу, находясь в зависимости от ситуации на стороне то здравого смысла, то логики знаний. В этом и состоит искусство научно обоснованного врачевания.

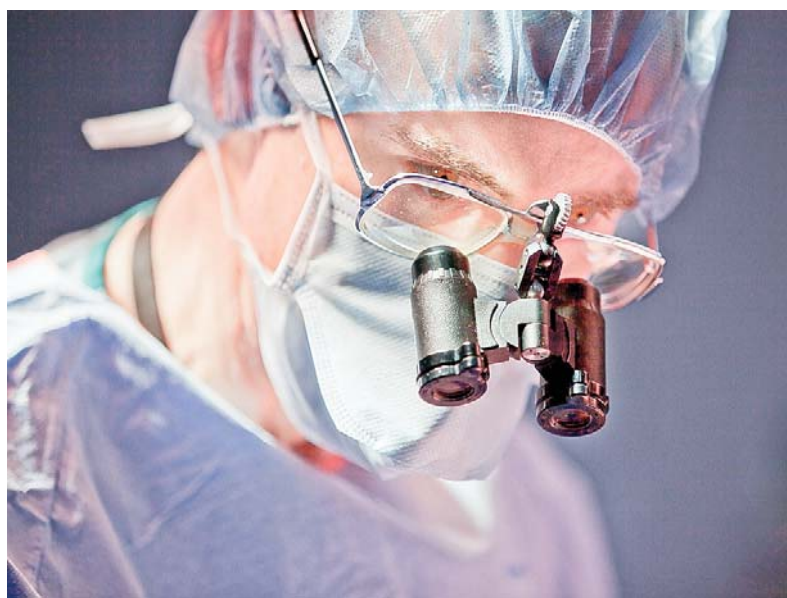
**Леонид ЛИХТЕРМАН,**  
профессор,  
заслуженный деятель науки РФ,  
лауреат Государственной  
премии России.

**НИИ нейрохирургии  
им. Н.Н.Бурденко.**

## Точка зрения

# Здравый смысл и научные знания

Как они применяются в клинической практике нейрохирурга



ным контролем ближайшие и отдалённые результаты радикального и щадящего подходов к лечению хронических субдуральных гематом, мы получили убедительные доказательства преимуществ последнего. При нём фаза клинической компенсации в состоянии больных наступала быстрее, и средний койко-день существенно сокращался. Количество послеоперационных осложнений снизилось в 5 раз (при этом они, в отличие от радикального лечения, как правило, не требовали повторного хирургического вмешательства). Летальные исходы резко снизились, составив 1% (за счёт экстракраниальных причин у старых больных с отягощённым соматическим преморбидом). Больные обычно возвращались к трудовой деятельности или привычным домашним занятиям; в то же время, о чём свидетельствовали методы нейровизуализации, хронические субдуральные гематомы вместе с капсулой исчезали, а мозговое вещество занимало их место.

В случаях формирования хронических субдуральных гематом со сдавлением и дислокацией мозга логика здравого смысла, как явствует из вышеизложенного, подводит к необходимости их санации. Однако когда хронические субдуральные гематомы возникают по механизму их васкуло, то есть заполнения пустоты, образовавшейся по тем или иным причинам во внутричерепном пространстве, логика знаний требует нестандартного подхода к проблеме.

## Из личной практики

Вспоминаю одно из недавних наблюдений: 19-летняя девушка в детстве была оперирована по поводу нарастающей гидроцефалии – произвели вентрикуло-

У самой носительницы патологии никаких жалоб нет. Является одной из лучших в театральном училище, куда поступила после окончания школы.

Начинаю осмотр. Неврологически придраться не к чему. Только вот голова великовата – её окружность 64 см, но это с детства. А на магнитно-резонансной томограмме две протяжённые «толстые» хронические субдуральные гематомы, сдавливающие и полушария мозга, и боковые желудочки. Та, что покрупнее, вызывает ещё смещение срединных структур на 5 мм. По здравому смыслу их надо убрать. Об этом просит, «кричит» картинка. А по логике знаний – гематомы не следует трогать. Почему? Головной мозг при работающем шунте не в состоянии занять своим объёмом значительно увеличенную вследствие перенесённой гидроцефалии внутричерепную полость. Природа не терпит пустоты. Вот и заняли её хронические гематомы, «мирно» сосуществуя с полушариями мозга, не мешая ему нормально функционировать и не вызывая болезненных явлений. Сложился устойчиво компенсированный симбиоз шунта, гематом и мозга. Тронешь шунт или гематомы, и начнётся каскад трудно управляемых патологических реакций.

Успокоили мать, обрадованную девушку отпустили, предложив контрольное обследование в институте через год.

Прошло 5 лет. Ситуация устойчивой клинической компенсации продолжается.

Ещё один пример – длительная посттравматическая базальная ликворея. По «здравому смыслу» надо просто закрыть дырку, из которой течёт. Однако такой «водопроводный» подход давал

позволяет адаптироваться к продукции и циркуляции ликвора и восстановлению замкнутого цикла, и эффект эндоскопической или интракраниальной реконструкции оказывается стойким.

В отличие от элементарной логики здравого смысла научные знания основываются на изучении патогенеза и саногенеза патологии. Отсюда и, казалось бы, неожиданные, но эффективные алгоритмы лечения.

## Васкулярный конфликт

Рассмотрим одно из «старых» заболеваний – невралгию тройничного нерва. Её проявление очевидно и мучительно. И цель терапии представлялась ясной – снять болевой синдром. Но как это было трудно и ненадёжно. Длительный приём больших доз анальгетиков, противоэпилептические средства, различные противоболевые блокады (как внечерепные, так и внутричерепные), масса различных методов физиотерапии и т.д. и т.п. Наконец, сложные деструктивные оперативные вмешательства на узле, корешках и ветвях тройничного нерва. И, к огорчению, обычно непродолжительный результат и частые рецидивы заболевания.

Но когда среди многих теорий этиопатогенеза невралгии тройничного нерва удалось выяснить и доказать, что её причиной в подавляющем большинстве случаев является демиелинизация тройничного нерва под влиянием хронической пульсации интимно прилегающих артерий или – реже – вен, ситуация радикально изменилась. На магнитно-резонансных томограммах в специальных проекциях у страдающих возможна точная диагностика васкулярного конфликта с нервом. Микрохирургическая или эндоскопическая васкулярная декомпрессия в опытных руках сразу избавляет пациента от длительного и мучительного болевого синдрома.

## Операция: за и против

Примеры противоречия здравого смысла и логики знаний в клинической работе можно продолжать бесконечно. И я позволю себе затронуть ещё лишь ситуацию с лечением тяжёлых очаговых повреждений вещества головного мозга (размножения и внутримозговые гематомы). Почти гамлетовский вопрос: «Оперировать или не оперировать?»

Ушибы мозга тяжёлой степени, как внутримозговые гематомы, всегда соблазнительны для оперативного вмешательства – есть опасный травматический субстрат,



В начале октября состоялось первое после летних каникул заседание Российской ассоциации фармацевтического маркетинга (РАФМ). Эксперты проанализировали итоги первого полугодия и поделились прогнозом в отношении перспектив развития экономики и фармрынка на ближайший период.

### Переходим на дешёвое

Соседи России по СНГ демонстрируют разнонаправленные тренды в ВВП и инвестиционных показателях, отметил старший менеджер по развитию бизнеса компании IMS-Health Антон Каляпин. Самые крупные в союзе экономики – Казахстан, Украина и Белоруссия демонстрируют негативные тенденции. По словам эксперта, это обусловлено в первую очередь низкими ценами на нефть и нестабильной макроэкономической ситуацией. Их проблемы транслируются на более мелких партнёров. «Россия находится в кризисе – прогноз падения ВВП составляет больше 3%, растёт безработица, снижается уровень реальных доходов населения», – прокомментировал он.

По оценке IMS-Health, за 8 месяцев 2015 г. российский фармрынок вырос в рублях на 11%, однако он продолжает сокращаться в объёме: минус 7% в упаковках за анализируемый период.

Основной двигатель развития российского фармрынка – розничный сектор. Как и в большинстве развивающихся стран, российский потребитель покупает лекарства за свои деньги. Характеризуя этот сегмент, эксперт отметил, что его рост в равной степени, как среди рецептурных, так и безрецептурных ЛП обусловлен инфляционной составляющей. При этом в упаковках рецептурный сегмент показывает меньшее снижение по сравнению с ОТС-препаратами. «Люди продолжают болеть, врачи – выписывать рецепты. Но вопрос в том, какие препараты будут покупать – дорогие оригинальные или их более дешёвые аналоги?» – подчеркнул аналитик.

Рост цен на ЛС, не входящие в Перечень ЖНВЛП, за анализируемый период составил в среднем 25%, а по ряду препаратов отмечалось 100-процентное повышение цен. В сегменте ЖНВЛП лекарства выросли в цене на 10%.

Анализируя соотношение оригинальных препаратов и дженериков в розничном секторе, эксперт от-

### Деловые встречи

# Фармпятнашки

## Эксперты разошлись в оценке российского фармрынка



метил, что лекарственные препараты, находящиеся под патентной защитой, показывают наиболее высокие темпы роста в денежном выражении и наименьшее падение в упаковках. Что касается оригинальных ЛП, то в этом сегменте отмечается отрицательная динамика, как в денежном, так и в натуральном выражении (–3,7% и –15,1% соответственно). Брендированные дженерики (они составляют 80% в общем объёме дженерических препаратов) растут более быстрыми темпами, чем в среднем по рынку.

Согласно опросу, проведённому IMS-Health в июле – августе 2015 г., работники аптек отмечают, что потребители стали больше внимания обращать на цены, делая выбор в пользу более дешёвых лекарственных препаратов. Это коррелирует с данными компании, согласно которым на фармрынке самый дешёвый сегмент почти не падает в натуральном выражении, в то время как сегмент от 50 до 100 и свыше 500 руб. – сокращается.

– Четверть пациентов занимается самолечением. Из оставшихся трёх четвертей половина, обращаясь к врачу, всё равно пытается разобраться с помощью Интернета, что с ними произошло и как это нужно лечить, – подчеркнул

аналитик, пояснив, что Интернет – большое информационное поле, на которое фармкомпаниям стоит обращать внимание.

По прогнозу IMS-Health, российский фармрынок будет расти в среднем на 7% в течение последующих 5 лет.

### Не всё так плохо

Нынешняя ситуация в стране значительно отличается от кризиса 2008-2009 гг., считает генеральный директор компании DSM Group Сергей Шуляк: «Сегодня мы привыкли говорить, что страдаем от санкций, наша экономика страдает из-за того, что не поступают технологии, отсутствует финансирование. На самом деле наша экономика в некоем упадке из-за того, что происходит в мире – снижение сырьевого потребления, темпов производства, всех темпов экономики ведущих стран мира».

Тем не менее российский фармрынок показывает устойчивую положительную динамику. По данным DSM Group, за последние 5 лет средний рост фармрынка в рублях составляет 12%. «Мы всегда призывали считать рынок в рублях, потому что у нас потребление и производство рублёвое, и давно

прошли те времена, когда все ценники переводили в доллары», – отметил аналитик. По его словам, в первое полугодие 2015 г. фармрынок чувствовал себя «достаточно хорошо и стабильно», его рост составил 18,6%. В упаковках рынок вырос на 0,9%, и эти данные разнятся с теми, которые представил аналитик IMS-Health.

В структуре рынка доля лекарств рецептурного отпуска в стоимостном объёме была преобладающей – 63%, соответственно удельный вес безрецептурных препаратов составил 37%. В упаковках доля Rx препаратов составила 42%. В коммерческом сегменте соотношение рецептурных и безрецептурных ЛП остаётся неизменным на протяжении последних нескольких лет – 48 и 52% соответственно, как в стоимостном выражении, так и в упаковках.

Доля лекарственных препаратов российского производства в общем объёме рынка в стоимостном выражении по итогам первого полугодия 2015 г. составила 27%.

По словам С.Шуляка, к отечественным препаратам также стоит отнести и лекарства, произведённые на локализованных производственных площадках, а это ещё +10%. В натуральном выражении доля отечественных ЛП на рынке составляет 60%, а с учётом локализованных зарубежных лекарств – 70%. Лекарства, произведённые в России, растут в цене быстрее, чем импортные – 24 и 17% соответственно.

По прогнозу DSM Group, объём российского фармрынка по итогам 2015 г. составит 1 трлн 324 млрд руб. при общем росте в рублях в 15%. В валюте рынок «просел» и практически приблизится к показателям кризисного 2009 г. «Все валютные темпы, которые мы наращивали, пропали. Тем не менее все инвестиционные, запланированные 2 года назад, реализуются, пусть даже не с той высокой скоростью, как планировалось, – констатировал С.Шуляк. По его словам,

в целом падение доллара несёт неплохие перспективы для многих, особенно зарубежных компаний.

– Буквально через 1-2 года ситуация изменится в лучшую сторону. Рынок будет показывать рост в валютах более значительный, чем в рублях. Соответственно, компании будут демонстрировать хорошие показатели прироста в валюте, – закончил на мажорной ноте своё выступление эксперт.

### Гарантийный срок

Руководитель отдела стратегического консалтинга компании Aston-Group Мария Сдвижкова рассказала о ситуации в здравоохранении, состоянии федерального и региональных бюджетов ОМС, их влиянии на госсегмент рынка лекарственных средств.

– По итогам 2014 г. суммарные расходы государства на здравоохранение составили чуть более 3 трлн руб., при этом основная доля приходилась на региональные бюджеты. В 2015 г. расходы выросли на 5%, – отметила она.

В текущем году в структуре расходов на здравоохранение лидируют средства фонда ОМС, в общем объёме они составляют 50%. Расходы федерального и региональных бюджетов сократились (на 24 и 14% соответственно). По мнению аналитика, «это логично, учитывая политику Минздрава о развитии одноканального финансирования». В 2016-2017 гг. прогнозируется значительное снижение расходов на здравоохранение.

– Если говорить о лекарственном обеспечении и в целом медицинской помощи, то правильнее было бы ориентироваться не на суммарные расходы, а на объём территориальной Программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, – пояснила М.Сдвижкова.

В 2015 г. бюджет этой программы вырос на 9% и составил 2 трлн руб., из них 74% – это средства, выделяемые на медицинскую помощь в рамках базовой программы ОМС, 2% – медпомощь вне базовой программы ОМС и 24% – вне программы ОМС (так называемая «региональная льгота» и лечение социально значимых заболеваний, которое оплачивается из средств регионального и федерального бюджетов).

**Ирина СТЕПАНОВА,**  
корр. «МГ».

### Экспертиза

# Один лот, два лота

При проведении аукционов и конкурсов в рамках госзакупок лекарств и медицинских изделий систематически выявляются нарушения положений Федерального закона № 44-ФЗ о контрактной системе.

Об этом было заявлено в ходе совместного заседания комиссии Российского союза промышленников и предпринимателей (РСПП) по фармацевтической и медицинской промышленности, комиссии РСПП по индустрии здоровья и Комитета Торгово-промышленной палаты РФ по предпринимательству в здравоохранении и медицинской промышленности.

Эксперты отмечали, что зачастую лоты формируются под конкретного поставщика, когда продукция, составляющая 1% от всего лота, является определяющей. Были приведены примеры, когда объявляется жёсткое условие по осуществ-

лению поставки в течение 6 часов по требованию. Также выступающие отметили массовые случаи срыва проведения конкурсов и аукционов, из-за чего пациенты иногда месяцами не могут получить положенную медицинскую помощь, а виновные при этом не несут ответственность за выявленные нарушения. Практика обращения в суд сталкивается с проблемой того, что решение узкопрофессиональных вопросов требует наличия специального базового медицинского и фармацевтического образования, а профессиональный третейский суд в данной сфере в настоящее время отсутствует.

Рассматривая вопросы применения постановлений Правительства РФ об ограничении участия в госзакупках импортных лекарственных препаратов и медицинских изделий, выступающие подчеркивали, что предлагаемые решения не предусматривают никакого запрета. Все изделия, аналоги

которых в стране не производятся, будут по-прежнему беспрепятственно импортироваться в Россию, так как на них ограничения не распространяются.

По экспертной оценке, в случае расширения перечня медицинских изделий, по которым действующее постановление правительства № 102 устанавливает ограничения при госзакупках, доля продукции отечественного производства на российском рынке не сильно увеличится: с 20-22% в 2015 г. до 35-40% в 2017 г. Оставшаяся часть по-прежнему будет компенсироваться за счет импорта.

На заседании также было предложено обсудить понятие «единый поставщик», вопросы введения долгосрочного контракта и его параметры. Актуальными остаются проблемы, возникающие при переводе пациентов на другие методы лечения.

**Анна КРАСАВКИНА.**

### Изъяты!

**Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения сообщает о поступлении информации о выявлении лекарственных препаратов, качество которых не отвечает установленным требованиям, в ходе проведения государственного контроля качества лекарственных средств:**

– калия хлорид, концентрат для приготовления раствора для инфузий 40 мг/мл 10 мл, ампулы (10), коробки картонные, производства ОАО «Мосхимфармпрепараты им. Н.А.Семашко», Россия, показатель «Количественное определение глюкозы» – серии 200114;

– ревалгин, таблетки 10 шт., упаковки безъячейковые контурные (2), пачки картонные, производства «Шрея Лайф Саенсиз Пвт., Лтд.», Индия, показатель «Количественное определение. Метамизол натрия» – серий C90718, C90721, C90724, C90714;

– индометацин Софарма, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 25 мг 30 шт., упаковки ячейковые контурные (1), пачки картонные, производства «Софарма АО», Болгария, показатель «Растворение» – серий 70914, 40914;

– хлоргексидин, раствор для местного и наружного применения 0,05% 100 мл, флаконы полиэтиленовые, производства ООО «Лекарь», Россия, показатель «Подлинность. Метод УФ-спектрофотометрия» – серий 040115, 490914, 541214;

– ацетилсалициловая кислота МС, таблетки 0,5 г 10 шт., упаковки безъячейковые контурные, производства ЗАО «Медисорб», Россия, показатель «Растворение» – серии 087082014;

– рифампицин-Бинергия, лиофилизат для приготовления раствора для инфузий 300 мг, флаконы (10), пачки картонные, производства ЗАО «Рафарма», Россия, показатель «Депрессорные вещества» – серии 270314;

Территориальным органам Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации обеспечить контроль за изъятием и уничтожением в установленном порядке указанных партий лекарственных средств.

Росздравнадзор предлагает субъектам обращения лекарственных средств, медицинским организациям провести проверку наличия указанных серий лекарственных средств, о результатах которой проинформировать территориальный орган Росздравнадзора.



## Генетика

# Медики нахимичили

## Генетический ремонт удостоен Нобеля-2015

Как повелось, многие естественно-научные нобелевские призы по праву принадлежат и медицине. И на этот раз Нобелевская премия 2015 г. по химии присуждена за открытие механизмов исправления ДНК.



Tomas Lindahl

Paul Modrich

Aziz Sancar

Она вручена не химикам, а, как это часто случается, учёным, работающим в смежной области, — молекулярным биологам, шведу Томасу Линдалю, возглавляющему лабораторию Clare Hall в Великобритании, выходцу из Турции Азизу Санкару (Университет Северной Каролины, США) и американцу Полу Модричу, сотруднику Медицинского института Говарда Хью и Университета Дьюка, США. Их заслуга — открытие трёх разных механизмов, с помощью которых внутри живых клеток производится ремонт ДНК, молекул, несущих генетическую информацию.

Напомню ради целостности рассказа, оплодотворённая человеческая яйцеклетка получает два набора хромосом — 23 от матери и столько же от отца.

В этих 46 хромосомах записан в виде последовательности ДНК генетический код, который определяет развитие нового организма. Яйцеклетка начинает делиться, нити, составляющие двойную спираль ДНК, расцепляются, на каждой из них, как по шаблону, выстраивается дополнительная последовательность. Две новые полноценные двойные спирали достаются двум наследникам клетки: так от одного клеточного поколения другому передаётся в организме генетическая информация.

Точность сохранения генетического кода очень важна: если код ДНК будет существенно нарушен, это может привести к болезням, например, раку, смерти или генетическим заболеваниям у потомков. Однако процедура копирования генов

при делении клеток не идеальна, иногда внутриклеточная машина даёт сбой и по шаблону расцепившихся нитей ДНК выстраиваются не совсем правильные дополнительные молекулы. Кроме того, ДНК подвержена внешнему воздействию радиации, ультрафиолетового излучения, а также вредных веществ, например, поступающих в организм вместе с табачным дымом.

К счастью, в процессе эволюции в организме появились специальные механизмы, позволяющие чинить испорченные молекулы ДНК. Специальные белковые комплексы внутри клеток умеют обнаружить ошибку в генетическом коде, вырезать из него неверную последовательность и вклеить на её место правильный вариант.

### ООО «ФАРМ-ЭФФЕКТ»

Предлагает к поставке в медицинские учреждения расходные материалы для бальнеологии и физиотерапии: озокерит, парафин, бишофит, хвойный бальзам, тепловит, соль морская (в т.ч. фильтр-пакеты), скипидарные эмульсии (белая, желтый раствор), комплекты медицинские для проведения физиотерапевтических процедур, бальзам — SPA, (включая сероводородные ванны). Поставки от поставки до контейнера.

+7 (499) 270-42-72, +7 (968) 507-79-34

Сайт: [www.farmeffekt.ru](http://www.farmeffekt.ru), [www.farmeffect.ru](http://www.farmeffect.ru)

e-mail: [info@farmeffekt.ru](mailto:info@farmeffekt.ru)



Томасу Линдалю удалось разобраться с системой, которая ремонтирует ДНК в случаях, когда в молекулярном коде повреждается одна из четырёх букв, которыми он написан, — цитозин. Как выяснилось, цитозин легко теряет свою часть, аминокислоту, и при следующем делении клетки это может привести к мутации в ДНК. Линдаль сумел проследить механизм, с помощью которого испорченная молекула цитозина вырезается из нити ДНК, а на её место вклеивается нормальная копия.

Азиз Санкар изучал процессы, восстанавливающие ДНК после повреждения ультрафиолетовым излучением. Он обнаружил комплекс ферментов, способных заменить в последовательности аминокислот содержащий ошибку кусочек, состоящий из полнотра десятка «бук».

Наконец, Пол Модрич исследовал механизм, обеспечивающий исправление ошибок, возникающих в процессе ко-

пирования генов при делении клеток. В том числе он разобрался в том, как именно клетка выясняет, какая из нитей новой ДНК правильная, а в какой получилась опечатка.

Совместное достижение этих учёных состоит не только в том, что их работы дали нам лучшее понимание устройства жизни. Усиление или, наоборот, ослабление систем репарации ДНК может затормозить или остановить развитие некоторых болезней. Например, при некоторых видах раковых опухолей ингибирование репарации ДНК-комплексов ферментов приводит к тому, что в генах раковых клеток начинают накапливаться ошибки, и они быстрее погибают, особенно на фоне воздействия химиотерапевтических препаратов.

Юрий БЛИЕВ, обозреватель «МТ».

По материалам сайтов журнала New Scientist и агентства Thomson Reuters.

## Открытия и находки

Медицинские исследования, проведённые учёными Калифорнийского университета, обнаружили ген, который защищает организм от раннего наступления болезни. Всё дело в генном наборе: у некоторых людей в генах мутирует редкий аллель, из-за чего человек заболевает уже в 49 лет.

Учёный Мэтью Лалли заинтересовался одной семьёй из Колумбии: её члены в возрасте приблизительно 49 лет поголовно становились жертвами болезни Альцгеймера. Генетик решил тщательно изучить семейные

# Ген-защитник

## Как отдалить болезнь Альцгеймера на 10 лет?

гены. Для этого он обследовал 100 родственников и всё-таки нашёл причину необычно раннего «семейного» Альцгеймера. Оказалось, что в семейных генах мутирует редкий аллель, позволяющий болезни подкрадываться так рано.

Именно его обнаружил учёный в части генома, отвечающей за вос-

падение. Аллель нужен для того, чтобы предотвратить опасное повышение уровня белка эотаксина с возрастом, а его мутация подвергает людей раннему заболеванию. А когда аллель нарушен, член семьи получал раннее заболевание недугом Альцгеймера. Хотя пара родственников внутри

семейства заболели гораздо позже остальных, на целых 10 лет. Генетиков заинтриговал этот факт. Возникло предположение, что есть специальный ген, отдаляющий заболевание.

Научный эксперимент, в котором участвовали 150 человек с болезнью Альцгеймера или деменцией, подтвердил эту догадку. Генетики выявили тот самый «колумбийский» ген. И хотя мутация этого гена (как в случае с семьёй из Колумбии) чрезвычайно редка, его обнаружили у 30% выборки из 150 человек — значит, имеется всё-таки в генах потенциальная

защита от болезни Альцгеймера.

Если организм предрасположен на генном уровне к этому недугу, единственным вариантом отсрочить наступление болезни является поддержание нормального уровня эотаксина. Генетики рекомендуют следить за его уровнем, если есть генетическая предрасположенность к Альцгеймеру. Чем организм старше, тем выше уровень эотаксина и выше риск заболеть. А старость пока генетики лечить не умеют.

Инга СЕРГЕЕВА.

По материалам Molecular Psychiatry.

**ПОМОГИТЕ ЮЛЕ!**



Юлия Юрченко из Белгорода больна с рождения. Диагноз — врожденная двусторонняя сквозная расщелина верхней губы и нёба. В свои 13 лет она перенесла восемь сложных операций, первая из которых была сделана ей еще в двухмесячном возрасте. Но у девочки ещё остался сильно выраженный дефект — недоразвитие верхней челюсти, в связи с чем нарушены произношение и процесс жевания. Поэтому Юле требуется ещё одна операция. Медики предполагают выдвинуть верхнюю челюсть девочки при помощи дистракционного аппарата. Операция проводится бесплатно, но расходные материалы родители Юли должны приобрести самостоятельно. Они стоят 320 885 руб., семья Юрченко их приобрести не может. Союз благотворительных организаций России просит всех, кто хочет и может помочь Юле Юрченко, перечислить средства на её лечение.

**Более подробная информация по тел.: 8 (495) 225-13-16 или на сайте [www.sbornet.ru](http://www.sbornet.ru)**

Платежи в адрес Юли Юрченко принимаются во всех отделениях Сбербанка России без взимания комиссионного сбора.

**Реквизиты:**  
Получатель: некоммерческое партнёрство «Союз благотворительных организаций России»  
ИНН: 7715257832  
КПП: 771501001  
Р/С: 40703810287810000000 в Московском филиале ПАО РОСБАНК г. Москва

К/С: 30101810000000000272  
БИК: 044583272  
Назначение платежа: пожертвование на лечение Юли Юрченко

СОЮЗ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ РОССИИ ПРОСИТ СООТЕЧЕСТВЕННИКОВ ПОМОЧЬ

## Хирургия

# Растущая резистентность

Более 6 тыс. человек ежегодно умирают в США из-за снижения эффективности антибиотиков. Бактерии всё чаще оказываются устойчивыми к воздействию антибиотиков, прописываемых после рутинных хирургических вмешательств.

Наиболее часто умирали пациенты, перенёвшие операции на прямой кишке, химиотерапию при лейкемии и операции по протезированию тазобедренного сустава. Американские медики отмечают, что результаты проведённого исследования подтверждают их опасения о том, что растущая резистентность микроорганизмов к воздействию антибиотиков начинает сказываться на исходе самых массовых хирургических операций.

В рамках данного исследования группа учёных из различных американских институтов приходит к выводу, что до половины известных бактерий, которые вызывают постоперационные инфекции,

проявляют резистентность к действию применяемых в США антибиотиков.

По их оценкам, одна из четырёх инфекций, для лечения которых после химиотерапии использовались антибиотики, оказывается устойчивой к их воздействию. А главный медицинский специалист Великобритании назвал эту проблему бомбой замедленного действия.

Исследователи рассматривают возможный исход лечения пациентов, перенёвших рядовые операции и прошедших химиотерапию при лечении рака в случае, если резистентность к антибиотикам увеличится на треть, что соответствует нынешней тенденции.

По их подсчётам, в США в этом случае возникнет дополнительно 120 тыс. постоперационных инфекций, а число смертей от них возрастёт на 6300 в год.

По словам руководителя группы исследователей профессора Раманана Лаксминараяна, директора Центра по исследованию заболеваний в Вашингтоне, про-

блема снижения эффективности воздействия антибиотиков на бактерии уже сейчас приводит к росту детской смертности в развивающихся странах и старческой смертности в развитых странах. С ростом численности престарелых людей в мире эта проблема обретает всё более острый характер.

Авторы исследования призывают крупнейшие фармакологические компании мира удвоить усилия и инвестиции в поиск новых классов антибактериальных препаратов, в том числе и новых антибиотиков. Однако в Британии пока не отмечается признаков увеличения числа постоперационных инфекций, устойчивых к воздействию антибиотиков.

Согласно официальной статистике, число таких случаев в британских больницах медленно снижается. Однако президент Микробиологического общества профессор Найджел Браун считает, что американское исследование имеет значение и для британских медиков.

Юрий ЦХЕМСКИЙ.

По материалам The Lancet.



Рост – это биологическая данность, изменить которую человек, в общем-то, не в силах, но которая может неожиданным образом влиять на его судьбу. Какова же взаимосвязь между ростом человека и его достижениями в самых разных сферах – от любви до материальной обеспеченности и продолжительности жизни.

### Деньги и власть

Результаты проведённого недавно исследования подтвердили гипотезу о том, что более высокие кандидаты в президенты чаще всего получают больше голосов. Действующий президент США Барак Обама гораздо ниже своего знаменитого предшественника Авраама Линкольна, чей рост составлял 193 см, но на 8 см выше среднестатистического американца.

Но и за рамками президентских гонок люди высокого роста считаются более влиятельными, здоровыми и умными и имеют больше шансов получить назначение на должность, замещающую на конкурсной основе. Уровень заработка у них тоже выше, чем у остальных. Возможно, высокий рост подсознательно ассоциируется с «величием» и «влиятельностью» – двумя неотъемлемыми качествами настоящего лидера.

Кроме того, рост зависит от питания в детском возрасте – таким образом, он может указывать на социальную принадлежность человека, которая, в свою очередь, во многом определяет уровень его образования и преуспеяния.

Конечно, не все великие люди были великанами. Британский премьер-министр Уинстон Черчилль и борец за права чернокожих в США Мартин Лютер Кинг обладали мощной харизмой, несмотря на свой малый рост. (О том же свидетельствуют ныне известные российские лидеры. – **Ю.Б.**)

Но там, где встречаются по одежке, рослые люди часто имеют преимущество.

### Мифы и факты

# Рост имеет значение? У высоких часто выше шансы на успех, но...



### Секс

Высокие, статные люди часто кажутся более привлекательными. Многочисленные исследования подтверждают, что мужчины и женщины более высокого роста в целом считаются более красивыми.

Что интересно, о росте человека можно судить по его лицу – портретное фото на сайте знакомств не скроет истинных размеров тела. Но хотя модели из высоких женщин получают отличные, в любви им, судя по всему, везёт не так сильно – в целом, мужчины склонны отдавать предпочтение прелестницам среднего роста.

Даже для мужчины высокий рост может обернуться неприятностями, если привлечёт особое внимание окружающих к другим его достоинствам.

Согласно недавнему исследованию, чем выше мужчина, тем большее значение при оценке его общей привлекательности женщины придают размеру его полового органа.

Возможно, статные мужчины пробуждают у женщин больше надежд, и те судят особенно жёстко, если их ожидания не оправдываются. В конце концов, размер ноги далеко не всегда является показателем сексуальности.

### Риск травм

Человеческое тело в чём-то похоже на автомобиль: чисто механически – чем оно больше, тем труднее замедлить его движение и избежать столкновения. Вдобавок, поскольку такое тело развивает большее ускорение, столкновение является для него

более болезненным. И, разумеется, чем ниже рост, тем с меньшей высоты приходится падать.

По некоторым данным, разница в росте на 20% даёт вдвое больше кинетической энергии при падении. Это может служить объяснением того факта, что высокие люди в течение жизни гораздо чаще получают травмы: так, женщины ростом более 173 см вдвое больше подвержены риску перелома шейки бедра, чем женщины ростом 158 см.

### Продолжительность жизни

Коммуна Виллагранде-Стри-зайли на острове Сардиния известна тем, что там проживает самое большое число европейцев, которым перевалило за 100 лет. Такое долголетие можно объяснить действием многих факторов (в том числе средиземноморской кухни и активной общественной жизнью). Но одна из причин, возможно, кроется в том, что люди там живут преимущественно низкорослые – средний рост мужчины самого старшего поколения составляет около 160 см.

Удивительно, более здоровые дети обычно вырастают более высокими – на этом основании логично было бы считать рост хорошим показателем общего физического развития.

Но если принять во внимание другие факторы, такие как питание и здравоохранение, получается, что более высокие люди тяжелее переносят старение. К примеру, чем крупнее человек, тем больше у него в организме клеток, что повышает риск раз-

вития мутаций, которые могут вызывать рак.

Кроме того, тело большего размера сжигает больше энергии, что приводит к накоплению токсичных продуктов жизнедеятельности, отрицательно влияющих на общее самочувствие. Результатом такого воздействия может стать сокращение продолжительности жизни. Так, среди долгожителей Сардинии наиболее рослые жили примерно на два года меньше, чем их невысокие соседи.

Ещё одно исследование, в котором приняли участие 1,3 млн испанцев, показало, что каждый дополнительный сантиметр уменьшает продолжительность жизни на 0,7 года.

### Счастье

Несмотря на эти риски медицинского характера, быть высоким не так уж плохо. Судя по итогам целого ряда исследований, значение показателей счастья и удовлетворённости жизнью прямо пропорционально росту.

Вероятно, это связано с тем, что высокий рост открывает более широкие карьерные перспективы и помогает зарабатывать больше денег, поэтому рослым людям живётся немного легче. Вердикт: чем выше ростом человек, тем он больше доволен жизнью.

Конечно, все эти факторы – всего лишь общие соотношения. Из сформулированных правил существует множество исключений.

**Юрий БЛИЕВ,**  
обозреватель «МГ».

По информации BBC Medicine.

### Исследования

## Милуйтесь без оглядки Инфаркт – не повод для отказа от амурных игр

Обычно считается, что перенапряжение организма опасно для людей со слабым сердцем, то есть сердечным приступом чреват и секс. Но оказывается, что нет. Более того, даже перенёсшие инфаркт люди вполне могут продолжать вести нормальную половую жизнь. В группе риска лишь те сердечники, которые пользуются услугами проституток или заводят слишком молодых любовниц. Таковы результаты продолжительного медицинского исследования, проведённого учёными Университета Ульма (федеральная земля Баден-Вюртемберг).

### До и после

Изыскания немецких учёных заняли 10 лет. Всё это время под их наблюдением находилось без малого 540 человек – перенёсших инфаркт мужчин и женщин в возрасте от 30 до 70 лет. Перед началом исследования его участникам было предложено проинформировать медиков на предмет того, насколько активной была их половая жизнь на протяжении 12 месяцев до сердечного приступа.

Как выяснилось, до инфаркта больше половины респондентов занимались сексом по меньшей мере один раз в неделю. Примерно 15% вели более пуританский образ жизни. По словам почти 80% подключённых к исследованию людей, в последний раз до того, как случился инфаркт, они занимались сексом как минимум за сутки до сердечного присту-

па. Доля же тех, кто предавался амурным играм непосредственно перед инфарктом, составляла в группе лишь 3%.

Прошло 10 лет. За это время инфаркт миокарда, инсульт, различные обострения сердечно-сосудистых заболеваний повторно перенесли 100 респондентов. Однако, как показали данные исследования, произошло это с ними вовсе не из-за чрезмерной сексуальной активности. Причины были совсем другими.

### В группе риска

Так что учёные убеждены: тем, кто перенёс инфаркт, вовсе не следует ставить крест на своей половой жизни. Согласно выводам медиков, секс не только не провоцирует инфаркт, но и положительно сказывается на психике человека. В частности, сближает супругов и партнёров и укрепляет

отношения между ними.

А представители Американской кардиологической ассоциации и вовсе идентифицируют секс со спортом. Согласно их выводам, амурные игры столь же полезны, как, скажем, ходьба быстрым шагом. Тут, правда, немецкие исследователи делают существенную оговорку. Она касается любителей острых ощущений из числа пожилых мужчин, особенно тех, кто как раз не занимается спортом. Им напоминают об итогах исследования, проведённого учёными-патологоанатомами Франкфуртского университета.

Оно показало следующее: большинство тех, кто умирает от инфаркта во время секса, – мужчины, средний возраст которых составляет 59 лет. Причём более половины этих несчастных почли в объятиях любовницы, которая была в среднем на 20 лет моложе партнёра, или проститутки. Что касается остальных, то они, как сообщают учёные, ушли в мир иной, доводя себя до оргазма собственноручно, без участия сексуального партнёра.

**Юрий БОРИСОВ.**

По сообщению  
информационного агентства DPA.

### Осторожно!

Европейские медицинские регуляторы и поставщики приостановили продажи силиконовых имплантатов одного из наиболее известных бразильских холдингов. Немецкие аудиторы побывали на заводе в Бразилии и обнаружили загрязнения на поверхности некоторых продуктов. Прекращение продаж касается имплантатов груди, пениса и яичек, а также вагинальных стентов.

## Небезопасный силикон



Примечательно, что под европейские «санкции» попал крупнейший производитель силиконовых имплантатов в Южной Америке, лидер продаж в Бразилии и третий в мире. Компания экспортирует свою продукцию в 75 стран, в том числе и в Россию. В одну только Великобританию было поставлено 13 тыс. имплантатов за последние 5 лет, большинство из которых использовались для эстетических операций по увеличению груди.

Пока неизвестно, попали ли какие-то потенциально заражённые продукты к потребителям и каких именно имплантатов могло коснуться выявленное загрязнение. Ведётся расследование. Европейские регуляторы проверяют, представляют ли образцы продукции всемирно известной компании угрозу здоровью пациентов.

**Алина КРАЗУЭ.**  
По сообщению Reuters.



## События

Пройти экспресс-диагностику и узнать свою группу крови, получить автографы именитых спортсменов и увидеть легендарные кубки чемпионов, покорить скалодром и сдать нормы ГТО, узнать о новинках здорового питания и выбрать для ребёнка спортивную секцию... Этими и другими «услугами» могли воспользоваться тысячи жителей столицы Прииртышья, побывав на выставке «Спорт. Молодость. Здоровье».

Экспозиция, в 7-й раз развёрнутая в областном Экспоцентре, была организована по принципу «два в одном». Региональные министерства – здравоохранения и по делам молодёжи, физической культуры и спорта – на правах организаторов постарались «презентовать» свои направления по максимуму. И, судя по всему, это им удалось, достаточно заметить, что нынче в ней приняли участие более 50 учреждений, работающих в сфере физической культуры и спорта, при том, что в прошлом году таковых было 35. Однако эта масштабная 3-дневная выставка, по словам первого заместителя председателя правительства Омской области Вячеслава Синюгина, побывавшего на её открытии, призвана не только популяризировать занятия физкультурой и спортом, но и привлечь внимание омичей к собственному здоровью.

В миллионном мегаполисе действует 13 центров здоровья, но пока их посетили не многим более 90 тыс. человек. Они открыты и доступны для всех, надо лишь найти время и, прихватив страховой полис, проверить организм, его ресурсы. И такая возможность в очередной раз была предоставлена посетителям выставки.

В мобильном центре здоровья с помощью сотрудников Врачебно-физкультурного диспансера все желающие могли пройти экспресс-оценку состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем, комплексное тестирование организма, а также измерить давление (в том числе и внутриглазное – у оптометриста), рост и вес. Кстати, весь комплекс обследований занимал около 30 минут, а заканчивался «мобильный» приём рекомендациями терапевта по ведению здорового образа жизни. Специалисты стоматологического

# Спортивные, Молоды, здоровы!

## Посетители этой выставки ещё и узнали, как не болеть



Юная спортсменка Софья Остапенко

кабинета организовали осмотр полости рта, а врачи Центра крови провели консультации по вопросам безвозмездного донорства, а также экспресс-диагностику групповой и резус-принадлежности крови.

Воспользовались большой «проходимостью» на выставке и специалисты Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями – вместе с волонтерами, подготовленными по программе «Сделай жизнь безопасной», провели профилактическую работу, раздав посетителям информационные буклеты и листовки. Активно «пиарили» себя (в хорошем смысле слова) и омские здравницы, на-

пример специалисты Детского санатория № 1, где проходят оздоровление дошкольники с патологиями органов дыхания и лор-заболеваниями, а также часто и длительно болеющие дети...

Как не болеть? Как помочь своему организму избавиться от недугов и стать здоровым, сильным, ловким? Об этом можно было узнать, как говорится, из первых рук у любителей и профессионалов спорта, поклонников активного отдыха. На площадке Экспоцентра, поделённой на зоны, были представлены практически все спортивные учреждения региона: от традиционных видов спорта до экстремальных. Здесь можно было полюбоваться на белые

яхты, скоростные карты и даже самому сесть за руль симулятора, чтобы опробовать свои силы на гоночной трассе.

Увлекательно-притягательной оказалась площадка Сибирского государственного университета физической культуры и спорта: скалодром, батут, комплекс для сдачи ГТО (желающие могли попытаться выполнить нормы, а затем получить удостоверение и сертификат) и даже видеоигра для любителей футбола – каждый мог найти для себя что-то интересное! К слову, за три выставочных дня свою физическую подготовку в рамках комплекса «Готов к труду и обороне» проверили более 200 омских школьников в возрасте 13-15 лет (IV ступень), они испытывали себя «на прочность» в подтягивании, отжимании, беге и наклонах вперёд.

Многочисленные омские спортивные школы и федерации не только «крупным планом» представляли своё мастерство, но и предлагали посетителям выставки попробовать себя во флорболе, воркауте, регби, покорить альпийскую горку, покататься на трековом велосипеде, попрыгать на батуте, как, к примеру, юная представительница региональной организации Федерации прыжков на батуте Софья Остапенко.

Руководитель школы катания на роликах «Роллер Омск» Анатолий Степанов привёл на выставку своих учеников, которые исполняли различные трюки на роликовых коньках. Оказывается, научиться виртуозно кататься на роликах можно за 10 уроков в любом

возрасте: самому маленькому роллеру школы – 2,7 года, самому почтенному – 67 лет.

Приятно удивили и профессионалы. В рамках выставки омич Александр Домоскан попытался побить рекорд по набиванию футбольного мяча. Предыдущий рекорд России в данной дисциплине составлял 2 часа 16 минут. Александр был настроен на удержание мяча на протяжении 3 часов. В итоге он не только «дотянул» до планки в 3 часа, но и превзошёл рекорд! Он продержал мяч 3 часа 32 минуты 46 секунд. «Рождение» рекорда сняли на видео, которое в дальнейшем будет отправлено в качестве доказательства представителям Книги рекордов России.

С огромным удовольствием омичи посетили мастер-классы двукратного чемпиона Олимпийских Игр Алексея Тищенко и чемпиона мира в единоборствах Александра Шлеменко, а некоторым повезло сразиться в настольный биатлон с призёром Олимпийских игр Яной Романовой. Кроме того, в соседних павильонах можно было оформить заявку на участие в 26-м Сибирском международном марафоне, ставшем одним из основных марафонов России и спортивным брендом Омского региона. И не удивительно, что название выставки «Спорт. Молодость. Здоровье» многие жители Прииртышья уже используют в качестве личного девиза по жизни.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Омск.

## Перспективы

В Барнауле и городе-курорте Белокурихе состоялся 2-й Сибирский международный форум по медицинскому и оздоровительному туризму, который собрал специалистов из Москвы, Новосибирска, Барнаула, а также Венгрии, Латвии и Великобритании.

Он был организован Управлением Алтайского края по развитию туристско-рекреационного и санаторно-курортного комплексов и Туристским центром Алтайского края и прошёл при поддержке Федерального агентства по туризму.

В работе форума принял участие начальник Управления государственных туристических проектов и безопасности туризма Александр Сирченко. Он сообщил: по данным Ростуризма, 10% от общего турпотока ставят перед собой цель именно лечение и оздоровление.

– Несмотря на небольшую долю медицинского туризма в общем потоке туристов, это направление имеет ряд преимуществ: низкая сезонность, высокая прибыль и ориентиро-

ванность на различные возрастные группы. Многие гостиницы и другие средства размещения преобразуются сегодня в оздоровительные комплексы, туристический продукт расширяется за счёт включения в программу спа и других оздоровительных процедур, – отметил А.Сирченко.

В приветственном письме министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, недавно побывавшая на Алтае, выразила уверенность, что форум позволит сформулировать важные практические рекомендации по развитию оздоровительного и медицинского туризма в России.

Эксперты отметили, что в нынешней ситуации всё больше россиян выбирает туризм и лечение внутри страны, и их

количество, по прогнозам, будет увеличиваться.

– В первой половине 2015 г. увеличение внутреннего турпотока России уже составило 25%, – сообщил аналитик Сергей Хитров. – Нужно использовать этот подарок судьбы.

В течение 2-3 лет, ситуация будет содействовать внутреннему туризму. Постепенно доходы россиян возрастут, и стоимость зарубежного отдыха уже не будет такой пугающей. По мнению аналитика, зарубежный отдых всегда будет серьёзным конкурентом внутреннему туризму, поэтому надо много работать и активно использовать сложившуюся ситуацию.

На форуме обсуждалась тема медицинских кластеров. Напомним, Алтайский край – один

из первых регионов России, который применил в медицине кластерный подход, объединив несколько действующих учреждений и дополнив комплекс новыми строящимися проектами.

– От момента постановки диагноза, проведения лечебных процедур и до выздоровления пациент находится в пределах одной площадки и получает весь комплекс услуг, в том числе высокотехнологичных, – сказал начальник Управления Алтайского края по развитию туристско-рекреационного и санаторно-курортного комплексов Юрий Захаров. Он также отметил, что на лечение в Алтайский край приезжают жители других регионов России, а также гости из Казахстана.

В рамках форума прошёл

чемпионат Сибирского федерального округа по массажу. В нём приняли участие представители алтайских городов и Новосибирска.

– Медицинский туризм в России выходит за рамки курортного отдыха и ищет новые формы. 2-й Сибирский международный форум по медицинскому и оздоровительному туризму – это не только концентрация опыта специалистов различных областей туризма, это мотор, который приводит в движение планы и идеи всех участников форума, – считают в Туристском центре Алтайского края.

Алёна ЖУКОВА,  
спец. корр. «МГ».

Алтайский край.

# Отдыхать и лечиться

## Медицинский туризм становится всё востребованнее



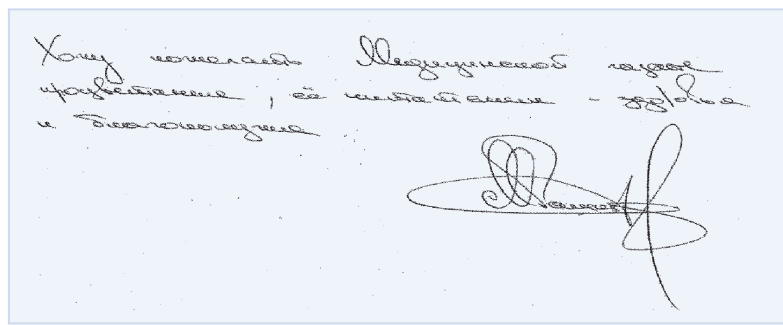
Сандуны... Уже более двух столетий это слово известно далеко за пределами Москвы. Вскоре после строительства этих бань в 1806 г. на средства придворного актёра Екатерины II Силы Сандунова они снизили любовь таких знаменитых посетителей, как А.Пушкин, А.Чехов, Ф.Шаляпин, Л.Толстой, И.Москвин, И.Ильинский, С.Боткин, Н.Склифосовский... А писатель В.Гиляровский в книге «Москва и москвичи» сказал о них коротко, но понятно: «...В них так и хлынула вся Москва...»

Нынешний генеральный директор Сандуновских бань Максим Пашков внешне соответствует статусу столь колоритного учреждения. Энергичный, хорошо сложенный, с неизменной улыбкой. Ощущение такое, будто он только что вышел из бани. В своей должности М.Пашков с 2009 г., до этого получил два высших образования, окончив автомобильный институт и институт права. Столь удачное сочетание профессий оказались весьма кстати для руководителя самого крупного банного комплекса России. С ним и состоялся обстоятельный разговор специально для читателей «Медицинской газеты».

– Максим Александрович, с какого времени вы паритесь? Как работаете в Сандунах в столь беспокойной должности? И часто ли приходится общаться с врачами?

– Вырос я в Рязани, лет с 10–11 отец стал брать меня в городскую баню, что находилась на улице Карла Маркса. Парилка там была неплохая. Привыкнув, практически перестал болеть. Сейчас парюсь по возможности, обычно вечерами, когда спадает напряжение рабочего дня. Всего у нас работает свыше 450 человек, из них около 60 это банщики и парильщики. Во все времена они были и остаются самыми уважаемыми людьми в нашем деле.

Парильщик – персона многогранная. Он должен быть немного психологом, немного фармацевтом, чуточку врачом, отзывчивым собеседником. Среди них много спортсменов, есть люди с медицинским образованием, массажисты. А вот труд банщика – это уже другое. Сюда входит подготовка



Максим ПАШКОВ:

## Русская баня – кладезь здоровья

веников и парной, температурного режима перед «музыкой» русской парной.

Касаясь медицины, замечу, что у нас все, и я в том числе, регулярно проходят профилактические медосмотры, коллектив наблюдают врачи ближайшей к Сандунам поликлиники. Лично я к докторам обращаюсь редко, всё-таки лучшее лекарство – собственные усилия, это движение, умеренная физкультура, и конечно русская баня.

– «Русская баня» – звучит даже трепетно! Поведайте, в чём её отличие от зарубежных «собратьев» – сауны, хамама, японской офуро?

– Сейчас в любом городе немало разных бань, но пальма первенства в оздоровлении народа, считаю, безусловно принадлежит русской бане. Ведь она, пожалуй, единственная в мире, когда в самом действе, банной процедуре участвуют двое – пациент и «врачующий» его парильщик. Действия опытного парильщика сравнимы с искусством музыканта – пианиста или скрипача. Ведь с помощью веников и пара он проигрывает своеобразную симфонию, эдакий банный балет.

Температура в русской бане – около 70°C, относительная влажность 85–95%. Достаточно жарко и умеренно сухо. Тогда как в финской сауне температура от 100°C и выше, а влажность незначительная, всего 10–15%, поэтому непривычным к парению людям сразу идти туда не рекомендуется. Значительная влажность хамама при невысокой температуре тоже не всем полезна. Вот и получается, что в сравнении с подвижной, по-спортивному азартной русской баней, с её мягким паром и самой процедурой веничного массажа сауна с обжигающим паром, сидением на время, влажный, как в тропиках, хамам – отдыхают.

Как-то я услышал вот такой анекдот: VIP-сауна предлагает новую услугу: «Теперь у нас можно ещё и попариться!»

– Вы принимали участие как организатор во всех банных фестивалях – суздальских и московских. Будут ли продолжены такие праздники?

– Эти фестивали стали значимыми и долгожданнами событиями для всех любителей банной культуры – от профессиональных банщиков, соревнующихся между

собой, до многочисленных поклонников русской бани. Всё началось с Суздаля, где организатором и вдохновителем первых трёх фестивалей стал неравнодушный к старинным нашим обычаям человек, нынешний мэр древнего города Игорь Кехтер. Теперь «горячую эстафету» приняла столица. Стараемся расширить своё присутствие на просторах России. Так, уже летом этого года наша сборная команда побывала на Алтае, где тоже соревновались парильщики, и в районе курортного города Белокуриха прошёл фестиваль «Сандуны – Алтай». Есть и другие места, где в будущем планируем побывать. География расширяется, стало быть, славные банные традиции Руси будут продолжены.

– Сандуновские бани считаются неотъемлемой частью столицы России. Как Кремль, Большой театр, Манеж, они стали уникальным памятником культуры и истории Москвы. Недавно в ранге победителя конкурса «Золотое кольцо Москвы» они включены в главный туристический маршрут столицы. Расскажите об этом подробнее.

– С момента своей постройки

Сандуны счастливо уцелели после пожара 1812 г. В последующем они сменили не одно поколение хозяев, затем старые бани реконструировались по проекту австрийского архитектора Б.Файденберга. На их месте возводится настоящий дворец с мраморными залами, малахитовыми каминами и интерьерами, соединяющими элементы барокко, классицизма, ренессанса и готики, просторными парными отделениями и бассейнами. В советские времена Сандуновские бани продолжали считаться лучшими в Москве. С 1992 г. начались ремонтно-восстановительные работы, после которых Сандуны вновь обрели свой исторический облик. Экскурсии начинаются с так называемого Восточного зала, интерьер которого был воссоздан по советам А.Пушкина. Известно, что тема русской бани со всеми её прелестями звучала как камертон в его произведениях. Достаточно вспомнить «Руслана и Людмилу», «Капитанскую дочку», «Путешествие в Эрзерум». А Фёдор Шаляпин, который любил уединение, приходил сюда по воскресеньям, спасаясь от многочисленных поклонниц.

Есть залы и интерьеры, где снималась не только «Ирония судьбы» – визитная карточка Сандунов, но и такие фильмы, как «Статский советник», «Брат 2», «Красная жара». Не все знают, что здесь воспроизводились не только банные сцены. Например, сцена шторма для фильма «Броненосец Потёмкин» Сергеем Эйзенштейном была создана не на просторах Чёрного моря, а в 15-метровом бассейне Сандуновских бань! Здесь же в бассейне снимались и эпизоды ледового побоища в кинофильме «Александр Невский».

Обычно вторник у нас музейный день, групповые экскурсии по Сандунам заказывают заранее. Особенно интересуются Сандунами иностранцы, как правило, после экскурсии они у нас парятся. Это наш бренд, для них – своеобразная экзотика. Особый интерес проявляют конечно, финны, скандинавы, немцы, но особенно китайцы. Мне кажется, что и они, зарубежные наши гости, убеждаются, что русская баня – это кладезь здоровья.

Беседу вёл  
Марк ФУРМАН,  
внешт. корр. «МГ»,  
заслуженный врач РФ.

СКАНВОРД																			
“Мэри Поппинс”, перс.				Франц. пианистка		Опера Мошони				Персонаж ателаны					Уругв. писатель		Ата-навир		
	Иммуноглобулин		Песня Юж. Америки					Муж Дездемоны					Пряность		Тихо (муз.)		Хищная птица	Отверстие на коже	
					Синтет. волокно		Близнецы, звезда	Экстремум		Ансамбль		Бремя	Род лишайников		Фасоль золотистая		Вероятность успеха		
	Заслонка		Малая гагарка		Оранжевое растение							Азапентацен					Губы		
			Пятно		Город Челябин. обл.		Минеральные воды, река		Ставка тюрк. хана				Друг Гарри Поттера		Курасава				
	Остаток карбоновых кислот		Мейтус				Ковш для руды				Пошлина, Русь		Дверь в потолок		Народ Юж. Китай		Егип. бог пустыни	Белор. грузовик	
					Выр-зуб				Снаряд для метания										
	Нью-мен, фильм		Дунай (древне-греч.)				“Тихие...” Рязанов				Период, мезозой								
Автор Валерий Шаршуков	Вертолет				Художник ... Архипов					Венг. вино									

Г Е К Е Н Т  
Д Е Р М А Е В Б М Б А Б А Н Е И В  
А И Р О Г Н Е Д А И Р Л У Д И Л А  
Р Е З О Н Д Т М О Л О К О П Ь Е Р О Н О  
Д И О Б Е Р О Н П Л А Д А М А Н А Т О М  
У Р Н А Л А Д Ы М Р Г В А Ю Л А И В А  
М Г П У Ш К А О Т О У Х А  
М Е Д У З А К И Л Р А З О М  
Р К А Р А Т Г А С О Д А

Ответы на сканворд,  
опубликованный  
в № 77 от 14.10.2015.

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).

Дежурный член редколлегии – А.ПАПЫРИН.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.  
Рекламная служба 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.  
Отдел изданий и распространения 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.  
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, 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/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

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

Заказ № 15-09-00725  
Тираж 31 098 экз.  
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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