

В центре внимания

Уважать себя заставим!

Наш профсоюз стал равноправной частью мирового профсоюзного движения

В эти дни очень значимым событием стал очередной, VI съезд Профсоюза работников здравоохранения РФ, совпавший со 110-летием профсоюзного движения и 25-летием образования профессионального союза медиков. Роль отраслевого профсоюза в общественно-политической жизни государства весьма значительна. Если подытожить всё, что сделано за 5-летний период, то его работа всегда соответствовала времени и условиям, в которых мы живём. А результаты деятельности говорят сами за себя.

Обстоятельный доклад о достойном вкладе в 5-летний период укрепления профдвижения, борьбу трудящихся за свои права, развитие творческой инициативы, активности в деле защиты социально-экономических и трудовых прав медиков сделал председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ Михаил Кузьменко.

Накануне съезда состоялась встреча с партнёрами по сотрудничеству в области здравоохранения – представителями Минздрава России, Федерального фонда ОМС, Министерства труда и социальной защиты, Госдумы РФ, Федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. В обсуждении актуальных, но пока не решённых вопросов оплаты и условий труда работников здравоохранения приняли участие делегаты съезда.

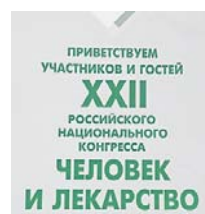
Отчёт о работе съезда читайте в ближайших номерах «МГ».



Съезд в самом разгаре

События

В рамках государственной программы



В Москве прошёл XXII Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». В нём приняли участие около 1,5 тыс. официальных делегатов, в том числе из 20 зарубежных стран.

Насыщенная междисциплинарная научная программа охватывала важнейшие проблемы медицины. Основной упор был сделан на совершенствование клинических рекоменда-

ций. Этот аспект деятельности форума представляется особенно важным, поскольку конгресс включён в мероприятия по выполнению Государственной программы развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.

Как и предыдущие, нынешний конгресс отличался разнообразием форм работы. Это научные симпозиумы, клинические разборы, телеконференции, лекции и школы для практикующих врачей, образовательные семинары, дискуссии, конкурсы научных работ молодых учёных, мастер-классы и многое другое.

В рамках конгресса состоялись совещание профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ по специальности «терапия», открытое заседание Совета по этике Минздрава России. Немало внимания было уделено актуальным аспектам создания и стандартизации импортозамещающих лекарственных средств, применению новых медицинских технологий.

Соб. инф.

Специальный выпуск «МГ», посвящённый XXII конгрессу «Человек и лекарство», читайте на стр. 8-9.

Лейла АДАМЯН,
главный акушер-гинеколог
Минздрава России, академик РАН:

Лечение эндоскопическими методами на современном этапе проходит и в режиме экстренной хирургии.

Стр. 5



Вероника СКВОРЦОВА,
министр здравоохранения РФ,
член-корреспондент РАН:

Минздрав России в 2014 г. ужесточил контроль за качеством лекарственных препаратов, при этом количество выявленных недоброкачественных лекарств снизилось.

Стр. 7



Олег ШИЛОВСКИХ,
генеральный директор Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза», главный офтальмолог
Минздрава Свердловской области:

Мир медицины развивается в сторону микромира, и чем глубже мы в него погружаемся, тем это менее травматично для человека.

Стр. 10-11



Проекты

Беречь тех, кто бережёт своё здоровье...

Россиян могут лишить оплачиваемого листа временной нетрудоспособности – в Госдуме РФ рассматривается возможность оставить оплачиваемые больничные листы только для тех, кто участвует в специальных программах по сбережению собственного здоровья.

«На уровне Госдумы обсуждается предоставление госгарантий по здравоохранению только в случае участия гражданина в программах сбережения здоровья», – сообщил на пресс-конференции, посвящённой открытию в Брянске проекта «Ваше здоровье – будущее России», заместитель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Сергей Дорофеев.

Возможно, также от налогов освободят те средства работодателя, которые он потратит на оплату бассейна или занятия лыжами для своих сотрудников. Кроме того, если врачи назначат сотруднику компании оздоровление, то работодателя могут полностью избавить от налогов.

В качестве примера депутат привёл опыт зарубежных стран. Там, если гражданин не сделал все обязательные прививки, он не получает медицинских гарантий от государства. В частности, в Германии к таким людям может даже прийти полицейский.

Кстати, россиян избавят скоро и от необходимости приносить листок временной нетрудоспособности работодателю: в 18 регионах страны запускается

пилотный проект по внедрению системы электронных больничных листов. Если проект окажется удачным, полностью внедрить его получится, вероятно, уже в середине 2015 г.

Аналогичная система действует во многих странах, в том числе в Великобритании, Эстонии и Литве.

По словам руководителя департамента Фонда социального страхования Марины Сальниковой, преимущества электронного листа нетрудоспособности – в простоте его заполнения, получения и невозможности подделки. Введение электронных больничных позволит разгрузить медиков, и без того заваленных бумажной работой.

Предполагается, что пациенты больше не будут получать собственно сам листок нетрудоспособности в бумажном исполнении – вместо него информация, заполненная врачом, будет сразу отправляться в ФСС в электронном виде. Это позволит работодателям упростить систему начисления пособий, исключить ошибки и неточности, больной сможет проверить расчёт пособия с помощью специального калькулятора.

Откажемся ли мы полностью от бумажных больничных листов? Это станет ясным после того, как эту возможность оценят после завершения тестового периода.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Cito!

Новости

Борясь с меланомой

Ежегодно, с 1999 г., по инициативе Европейской академии дерматологии и венерологии проводится День диагностики меланомы. Проект поддерживают врачи-дерматологи из 33 стран Европы.

За время существования проекта в России география Дня диагностики меланомы расширилась с 17 до 70 городов; количество врачей-участников выросло со 105 до 770, а число пациентов, проходящих в этот день качественную диагностику, – с 3 тыс. до 13 тыс. человек.

В целом обследование прошли около 70 тыс. человек, и более чем у 1400 из них выявлено подозрение на меланому.

Алтайский край присоединился к проекту в 2010 г. За 5 лет осмотрено 308 пациентов, в 9 случаях выявлены дерматоскопические признаки меланомы, в 4 из них диагноз был подтверждён онкологами.

– В структуре онкологической заболеваемости в России опухоли кожи стоят на третьем месте после злокачественных новообразований бронхо-лёгочной системы и предстательной железы у мужчин и на втором месте после рака молочной железы у женщин. Такая же тенденция сохраняется и в Алтайском крае, – отмечает заведующая кафедрой дерматовенерологии Алтайского государственного медицинского университета доктор медицинских наук Юлия Кондратьева.

Алёна ЖУКОВА.

Алтайский край.

Криотерапия уже в Уссурийске

В Уссурийске у пациентов краевого клинического кожно-венерологического диспансера появилась возможность лечения методом криотерапии. Бородавки, кератомы и новообразования кожи можно удалять с помощью жидкого азота.

– Процедура очень быстрая и безболезненная, – рассказывает Юлия Гаврилова, заведующая центром лечебной косметологии кожно-венерологического диспансера. – Всё делается на глазах у пациента и занимает не больше 2 минут.

В кабинете врача азот хранится в специальных дьюарах. Доктор проводит операцию так называемым камышовым методом, когда вата наматывается на край деревянной палочки, окунается в газ и прикладывается к образованию. Обычно после процедуры на теле образуется небольшой пузырь с прозрачным содержимым, который в течение недели отслаивается, после чего, например, бородавка просто отваливается.

Николай ИГНАТОВ.

Приморский край.

Медики отработали тхэквондо на «отлично»

В Челябинске прошёл чемпионат мира по тхэквондо, в котором приняли участие около тысячи спортсменов почти из 140 стран.

Чемпионат проходил под неусыпным контролем челябинских медиков.

В работе оргкомитета «Тхэквондо-2015» принимали активное участие врачи и представители Министерства здравоохранения Челябинской области. Благодаря этому вся работа, касающаяся состояния здоровья участников, сотрудников и гостей чемпионата, была тщательно спланирована.

– Главной своей задачей мы видели максимально оперативное решение любых вопросов, – подчеркнула начальник Управления организации медицинской помощи взрослому населению Минздрава Челябинской области Ольга Агеева. – Действовали в «ручном режиме». Постоянно были на связи, присутствовали на состязаниях, отслеживали состояние участников чемпионата в режиме реального времени. Могу с уверенностью сказать, что наши специалисты действительно отработали этот чемпионат на «отлично».

Активно поработали медики и с посетителями чемпионата мира. Все гости смогли посетить специально подготовленную «территорию здоровья».

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

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

1 июня – Международный день защиты детей

Энергия добра

Когда горит свеча, боль уходит

Настоящий праздник для маленьких пациентов ревматологического отделения Научного центра здоровья детей устроила общественная организация «Содействия детям с ревматическими и другими хроническими болезнями «Возрождение». Ребята побывали в музее занимательных наук «Экспериментаниум», стали участниками научного шоу «Тесла», своими глазами увидели, как действуют законы физики.

Разделить с ними радость открытий приехали артисты российской эстрады, театра и кино Елизавета Боярская, Мирослава Карпович, Марк Тишман и многие другие. Звёздные гости провели с ребятами не один час: пели, общались, вселяли надежду на выздоровление и счастливое будущее. Ведь больные дети нуждаются не только в современной лекарственной терапии, но и в психологической поддержке со стороны взрослых.

«Ребёнок – свет и радость в доме. Нам необходимо обеспечить ему атмосферу любви, родительской заботы, защиты от любых факторов, нарушающих его здоровье», – отметила в приветственном письме директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Елена Байбарина, выразив благодарность «Возрождению» за ответственную социальную позицию и помощь детям.

Не остались в долгу и маленькие пациенты – вдохновенно выступили перед гостями. В том, что они смог-



Увидеть живую артистов «из телевизора» – для ребят чудо

ли порадовать своим творчеством собравшихся, – большая заслуга врачей ревматологического отделения, руководимого профессором Екатериной Алексеевой.

– В НЦЗД замечательный, высокопрофессиональный коллектив, – рассказала нам бабушка 8-летнего Артёма Мария Соломатина. – Это единственное учреждение, где нам действительно помогли и поставили диагноз. До этого где только не были! Более полугодом металась по всей Москве, обращаясь во многие клиники, центры, институты, а в ответ слышали: «Перерастёт». В НЦЗД сразу диагностировали заболевание и назначили лечение. Есть заметное улучшение. Артём

занимается в музыкальной школе, поэтому госпитализируется в стационар вместе с гитарой. Сегодня его исполнение не было идеальным, но он очень старался.

Поверили в прекрасные перспективы и другие ребята. Они строили планы, улыбались, пели и даже танцевали (хотя многие с трудом передвигаются), а потом с помощью взрослых устроили флешмоб: украсили вместе с артистами свечи – символ тепла и доброты, зажгли их, и взяв за руки звёздных гостей, передали своё тепло друг другу.

Как сказала воспитатель ревматологического отделения Елена Безрукова, дети воспринимают такие вылазки с восторгом, ведь некоторые ребята лежат в стационаре месяцами. Поэтому для них даже просто выход за пределы лечебного учреждения – счастье. А тут столь обширная и увлекательная программа!

По словам организаторов праздника, эксперимент по излучению добра удался! Звёзды помогли зажечь не просто свечу, а огонёк надежды и тепла в сердцах маленьких пациентов.

Но цель этой благотворительной акции не только в создании позитивного настроения у детей, борющихся с тяжёлой болезнью.

– Мы надеемся привлечь внимание общественности и государства к детским проблемам, страдающих ревматическими и другими хроническими заболеваниями, – пояснила Елизавета Боярская.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото автора.



На празднике можно было запросто взять автограф у Елизаветы Боярской

Признание

Завершил работу внеочередной съезд Национальной медицинской палаты, на котором его участники обсудили острые вопросы здравоохранения. Накануне съезда министр здравоохранения Вероника Скворцова встретила в Минздраве России с лауреатами второй ежегодной премии НМП, награждёнными за вклад в развитие российского здравоохранения и повышение уважения к профессии врача.

Открывая встречу, президент НМП Леонид Рошаль подчеркнул, что российское здравоохранение переживает нелёгкие времена и сегодня очень важно предлагать конкретные решения существующих в отрасли проблем. Он отметил, что премия Национальной медицинской палаты присуждается тем, кто работает не за страх, а за совесть, предан своему делу и заботе о здоровье людей.

С особой теплотой приветствовала лауреатов министр здравоохранения Вероника Скворцова.

Мы гордимся вами!

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова встретила с победителями конкурса Национальной медицинской палаты

– Сегодня у нас с вами большой праздник. Работа врача и тех, кто ему помогает, – это действительно каждодневный подвиг, тяжёлая ноша, но она даёт самую большую отдачу. Мы видим здесь молодых специалистов, земских врачей, преподавателей вузов, и радостно, что все вы служите нашей Родине, здравоохранению и делаете всё, чтобы оно не просто улучшалось, а было лучшим в мире.

Лауреаты задали министру немало вопросов, касающихся профессиональных проблем, оптимизации здравоохранения, его организации, экономики, финансирования, по-

ложения среднего медицинского персонала и др. Отвечая на них, В.Скворцова высказала пожелание, чтобы любые преобразования шли в пределах разумного и тот опыт, который накопила большая страна – Советский Союз, использовали сегодня сбалансированно.

– Мы сейчас находимся на пути строительства национальной системы здравоохранения, когда по единым требованиям, единым критериям качества будут работать все медики России независимо от формы собственности, ведомственной принадлежности, – сказала руководитель отрасли. – Более 70%

медучреждений в стране государственные, но в то же время активно развивается частный сегмент, работающий в бесплатной медицине. С 2016 г. начинается аккредитация медработников, проводить её будут профессиональные сообщества, и прежде всего НМП.

На неожиданный вопрос, заданный министру на встрече с лауреатами премии, – не жалеет ли она о том, что согласилась занять столь нелёгкую и ответственную должность, Вероника Игоревна честно ответила, что у каждого человека бывают минуты слабости, но их надо уметь пережить. Сегодня, подчеркнула она,

в министерстве сложилась хорошая команда, которая работает практически в круглосуточном режиме, люди реально служат делу, проблем накопилось слишком много и «выпить море», как некогда предлагал Эзоп, сразу невозможно, но всё-таки количество переходит в качество, определённые процессы запущены, и они дают обнадеживающие результаты.

– Я не жалею, – закончила она, – что согласилась занять пост министра и постараюсь тот срок, который мне отведён, трудиться в данной должности максимально эффективно, чтобы после моего служения осталось что-то хорошее.

Среди многочисленных вопросов обратил на себя внимание вопрос о клинических рекомендациях и стандартах. Без клинических рекомендаций отрасль работать не может, объяснила министр. Стандарты – это необходимый экономический документ.

Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».

Проекты

Реформа выплат врачам

Минтруду, Минздраву, Минобрнауки и Минфину поручено обсудить реформу льготного стажа для врачей и педагогов, заново оценить масштабы льгот чернобыльской группы и рассмотреть вопрос об индексации в 2016 г. бюджетных зарплат и соцвыплат, исходя из принципов адресности и нуждаемости.

Принципы адресности и нуждаемости должны использоваться для определения расходов на социальную поддержку и индексацию зарплат бюджетников в 2016 г. По данным ряда средств массовой информации, предложения на этот счёт кабинет министров получит в июне 2015 г. А 2016 г. может стать первым годом массовых экспери-

ментов в области дифференциации социальной помощи, как для регионов, так и для федерального центра. На закрытых совещаниях в Правительстве РФ поручено внести до начала бюджетного процесса в Госдуму проект федерального закона «Об особенностях выплаты пенсий работающим пенсионерам».

Идея адресности заключается в отказе от индексаций выплат по категориям получателей (сейчас все федеральные индексации производятся категориально): адресное решение всегда принимается индивидуально. Принцип нуждаемости предполагает, что основанием такого решения должен быть недостаточный (по каким-либо критериям) доход получателя.

На заседании президиума Госсовета 25 февраля этого года Президент РФ потребовал от регионов ускорения перехода на адресный принцип в соцподдержке, теперь же эксперименты с адресностью могут подняться на федеральный уровень.

Адресность и нуждаемость на федеральном уровне могут выглядеть не только как уже, видимо, утверждённый отказ с 2016 г. от выплат пенсий работающим пенсионерам с годовым доходом свыше 1 млн руб. по месту работы, но и как гибридные неадресные решения вроде индексации зарплат только низкооплачиваемым бюджетникам.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Тенденции

Аптеки дают право выбирать

Высокая конкуренция в сфере лекарственных препаратов может сыграть на пользу хабаровчанам. Теперь есть реальная возможность выбирать, какое лекарство приобрести. В Хабаровске начали внедрять терминалы, которые дают раскладку по всем имеющимся видам препаратов, с помощью чего можно выбрать дешёвые аналоги дорогостоящих лекарств.

— У каждого препарата, цена на который не регулируется государством, есть аналог, которым можно заменить лекарство из Перечня

жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Тем более сейчас и задачи стоят на импортозамещение. Сегодня порядка 67% препаратов из этого списка производится в России, — сказал Александр Витько, министр здравоохранения Хабаровского края, на расширенном совещании по контролю за ценами на лекарственные средства.

Доля таких препаратов со временем достигнет 99% — для этого уже сейчас расширяются мощности российских фармацевтических заводов. Одновременно с перспективным планированием

ведётся постоянная работа по регулированию цен и импортозамещению — у хабаровчан есть реальные возможности воспользоваться российскими аналогами.

— Тем более что существует специальный терминал. Надо только зайти в краевой клинично-диагностический центр, ввести название препарата, и терминал выдаст всю раскладку по аналогам, какие препараты имеются и в каком они находятся перечне, — пояснил министр здравоохранения.

Перечень жизненно необходимых лекарств, а также реестр цен производителей опубликован на сайте Министерства здравоохранения Хабаровского края. В документе содержится также информация о предельной оптовой и розничной ценах на каждый лекарственный препарат.

Николай РУДКОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Хабаровск.

Перспективы

Как питаться от года до трёх

Питание в первые 3 года жизни оказывает значительное влияние на последующее здоровье ребёнка.

Однако по данным исследования, проведённого экспертами Научного центра здоровья детей РАН и Российской медицинской академии последипломного образования, рацион 2 из 3 детей в возрасте 1-3 лет в России не сбалансирован. Чтобы изменить сложившуюся

ситуацию, Союз педиатров России выступил с инициативой разработки Национальной программы по оптимизации питания детей в возрасте 1-3 лет. В её создании участвуют специалисты НЦЗД, НИИ питания, РМАПО и других ведущих научно-медицинских учреждений страны.

В ходе активного обсуждения проекта программы, который был представлен на конгрессе педиатров, участники форума поддержали основные положения подго-

товленного документа и высказали свои предложения и дополнения. В частности, была отмечена необходимость разработки практических рекомендаций для родителей.

Питание детей на 2-м и 3-м годах жизни пока является менее изученным по сравнению с первым годом жизни. В этой области отмечается недостаточная информированность и врачей-педиатров, и родителей.

Наталья ВАЛЕРЬЕВА.

100 строк на размышление

Минздрав по поручению заместителя председателя Правительства РФ Ольги Голодец разработал проект Кодекса этики работников системы здравоохранения — от врачей до сотрудников регистратур. Среди прочего кодекс запрещает работникам системы здравоохранения рекламировать свою деятельность, публично ругать коллег, вести нездоровый образ жизни.

Есть очередная бумага, на которой наше здравоохранение давно «впереди планеты всей». Ведь деятельность отрасли у нас зачастую оценивается исключительно по состоянию медицинской документации.

И вот что интересно: практически все крупные отраслевые мероприятия тем или иным образом рекламируют свою деятельность.

Неэтичный кодекс

С высоких трибун тот или иной академик, профессор буквально взхлёб рассказывает об успехах и достижениях подшефного ему учреждения. «Мы в корне изменили мировые стандарты по оказанию медпомощи, значительно их улучшив и трансформировав под нашу действительность. Теперь только в нашей клинике проводятся адекватные диагностика и лечение», — то и дело раздаётся под оглушительные овации зала. Примечательно, что в большинстве подобных случаев рекламируется конкретное медучреждение — федеральный центр, городская больница или же кафедра. И что характерно — «хорошо» только в

конкретном месте. К примеру, заболевания той или иной системы организма правильно лечат только в одном месте. Ведь эти, разработанные немислимыми усилиями стандарты, применяются только в одном центре. Иными словами — никакой коллегальности. Реклама да и только, пусть и не явная.

Второй пункт — «ругать коллег» — в данном русле представляется недоразумением. Ведь разглашательства о собственных достижениях, пусть и косвенно, но выставляют всех остальных в не самом лучшем свете. Мол, смотрите какие мы одни хорошие. Наряду с этим случаи, когда, разумеется в частных беседах, один академик не

Решения

Здоровьем москвичей займётся комиссия

В Общественной палате Москвы состоялось заседание Комиссии по здравоохранению. Экспертами была создана рабочая группа, которая займётся информированием столичных жителей о здоровом образе жизни.

Комиссия также проведёт общественные обсуждения по вопросам государственного обеспечения населения лекарствами.

На совместном заседании Комиссии по здравоохранению и членов её рабочей группы эксперты обсудили основные направления работы. Они планируют проверить

выполнение программы «Здоровый город», которая создана правительством Москвы для развития поликлиник и улучшения медицинской помощи горожанам.

По мнению комиссии, особое внимание следует уделить охране материнства и детства и формированию у горожан привычки к здоровому образу жизни. Для этого создадут рабочую группу, которая будет информировать население о полезных товарах и услугах.

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Сити!

Москва.

Угроза

Время аллергии



Сухая и тёплая погода в столичном регионе — одна из главных причин того, что у аллергиков болезнь протекает тяжелее обычного, а те, кто раньше не страдал аллергией, заболевают впервые. По словам врачей, такого всплеска аллергии не было последние 30 лет.

«Некоторые пациенты замечают, что ранее не наблюдали у себя таких симптомов, как сейчас, у кого-то даже до бронхиальной астмы доходит. Очевидно, нынешний май действительно не просто даётся пациентам с аллергией из-за климатических условий: очень «быстрая» весна и скорое цветение», — отмечают специалисты.

«Концентрация пыльцы растёт из-за того, что в столице сложился микроклимат, не соответствующий средней полосе. В природе деревья зацветают постепенно,

в центре города это происходит раньше, на окраинах — позже, но в этом году берёзы в московском регионе зацвели все вместе», — говорит заведующий лабораторией Московского региона ВНИИ охраны природы Борис Самойлов.

По прогнозам экспертов, следующий всплеск заболевания ожидается, когда зацветут злаковые травы (начало июня). С наступлением лета многие спешат бросить все дела и уехать на природу, однако доктора рекомендуют вести себя осмотрительно. По их мнению, нужно сначала оценить обстановку, посмотреть, что именно растёт под вашими окнами. «Сейчас, к примеру, сезон берёзы и ольхи. Поэтому лучше страдающим от аллергии будет там, где этих деревьев нет».

Валентин СТАРОСТИН.

МИА Сити!

Москва.

Маститые учёные с не одним десятком лишних килограммов и одышкой — далеко не редкость.

Что же до общего уровня культуры российских медиков — спросите у посетителей районных поликлиник. Они об этом расскажут. Более половины жалоб пациентов — вопросы медицинской этики и деонтологии. Отмахнуться от пациента, подписав или не подписав ту или иную бумажку — куда проще. А то, что это непрофессионально, дело, как говорится, десятое. Разумеется, исключения есть всегда и везде, но, думается, они лишь подтверждают общее правило.

Резюмировать можно так: мы снова наступаем на «грабли пока-зухи». Пункты, указанные в проекте документа, представляются невыполнимыми на деле изначально. А бумага — всё стерпит...

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ, обозреватель «МГ».

О реализации майских указов 2012 г. Президента РФ, охватывающих наиболее значимые и чувствительные для россиян проблемы, успешное, эффективное решение которых определяет жизненные перспективы миллионов людей, шла речь на заседании Комиссии при главе государства по мониторингу достижения целевых показателей социально-экономического развития Российской Федерации. Оно прошло под председательством Владимира Путина.

«Нам есть над чем работать»

Отметив, что исполняется уже 2 года, как эти указы подписаны, В.Путин подчеркнул: «У нас есть и очевидные позитивные результаты, определённое движение вперёд». Прежде всего в области демографии.

«Впервые за последние 20 лет мы вышли на естественный прирост населения, – напомнил Президент. – Он не такой большой, но всё-таки это естественный очевидный прирост. Впервые средняя продолжительность жизни в России составила почти 71 год (70,8). Впервые за всю историю нашего государства у нас наименьший уровень материнской и младенческой смертности. По материнской смертности – около 11 на 100 тыс. родившихся живыми».

«Конечно, мы знаем, что у наших соседей этот показатель поменьше, там 5–7 на 100 тыс., поэтому нам есть над чем работать, – продолжил глава государства. – Но не будем забывать, что даже в период расцвета советского здравоохранения этот показатель у нас был в 4 раза выше – 44,8. По сравнению с 2012 г. почти на 5% сократилась младенческая смертность, и это при том, что мы стали регистрировать детей с экстремально низкой массой тела по европейским стандартам».

По словам В.Путина, эти результаты достигнуты благодаря действию родовых сертификатов, созданию сети перинатальных центров, целого комплекса мер по улучшению ситуации в области материнства и детства, в области здравоохранения. Чтобы закрепить позитивные тенденции в демографии и решить одну из острых социальных проблем, запланировано ликвидировать очереди в детских садах. За 2 года уже дополнительно создано 670 тыс. мест для детей от 3 до 7 лет.

«Ещё одна значимая цифра: на 4,5% снизилась смертность от болезней системы кровообращения, от которых у нас умирает больше всего людей», – отметил Президент. По его мнению, такое снижение – прямое следствие модернизации здравоохранения, вследствие чего «в каждом регионе появились специальные центры, где людей спасают от инфаркта и инсульта в первые часы болезни».

«Кроме того, – продолжил глава государства, – ежегодно нашим гражданам делают сотни тысяч высокотехнологичных операций на сердце и сосудах».

В.Путин отметил также, что в 2013 г. диспансеризацию прошли почти 35 млн человек, включая 14 млн детей. По итогам обследования у каждого пятого (21%) были своевременно выявлены заболевания.

Тем не менее проблем в здравоохранении немало, сказал В.Путин. Одна из них – острый дефицит квалифицированных работников, особенно среднего и младшего звена. Хотя и в этой сфере, как подчеркнул

Итоги и прогнозы

Позитивные сдвиги налицо

Но проблем в здравоохранении немало, и нужно переходить к реализации всего того, что запланировано



Владимир Путин: «Есть определённое движение вперёд»

глава государства, наметились определённые положительные сдвиги. Так, в 2013 г. впервые за несколько лет на 11 тыс. увеличилось число средних медработников в регионах. Однако этих специалистов по-прежнему не хватает, особенно фельдшеров и акушеров на селе.

Отметив, что качество социальных услуг в значительной степени зависит от людей, работающих в сферах здравоохранения, образования, науки, В.Путин напомнил, что потому и запланировано повышение им заработной платы. «В 2013 г. мы приблизились к установленным показателям», – констатировал Президент. Так, при средней зарплате по стране по экономике 29,9 тыс. руб. врачи стали получать свыше 42 тыс., преподаватели вузов – более 40, научные сотрудники – свыше 41, учителя – 29 тыс. руб. «Конечно, я прекрасно отдаю себе отчёт в том, что это средние показатели, они разнятся от региона к региону. Но и более того, что касается, допустим, медицины, там люди указывают нам на то, что они получают эти деньги, но получают, скажем, работая на полторы, а то и на две ставки», – пояснил при этом глава государства.

Да, нужно говорить о стандартах, нужно договариваться с профсоюзами о том, как мы считаем уровень загрузки на рабочих местах и т.д., полагает В.Путин. «Но то, что люди имеют возможность получать такие деньги, это в целом уже неплохо», – считает он.

По словам Президента, в ближайшие годы к этому уровню приблизятся заработные платы среднего медперсонала. «При этом, ещё раз подчеркну, наша конечная цель – это повышение качества и доступности социальных услуг, и здесь невозможно

достичь результатов без оптимизации бюджетной сферы», – пояснил В.Путин.

Равнение – на наиболее развитое здравоохранение

«Мы достигли тех уровней, которые ещё в 2011 г. планировались на 2016–2020 гг. соответственно, – подчеркнула министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. – Снизилась смертность от онкологических заболеваний и внешних причин. Всё это позволяет надеяться на поэтапное достижение показателей, характеризующих наиболее развитые системы здравоохранения в ближайшей перспективе».

Реализация всех планов, по словам главы Минздрава, напрямую зависит от квалификации и эффективности работы медицинского персонала. Во исполнение указов Президента РФ министерством уже разработан комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения квалифицированными кадрами, на основе которого всеми субъектами Федерации созданы и приняты региональные кадровые программы.

Важнейшее направление их – устранение сформированных десятилетиями кадровых диспропорций, проявляющихся прежде всего в избыточной концентрации медицинских работников в стационарах крупных городов и дефиците кадров в амбулаторном звене. Особенно в сельской местности и удалённых районах страны, то есть там, где в принципе медпомощь должна быть оказана не менее чем в 60% всего объёма.

Благодаря внедрению трёхуровневого принципа организации в 2013 г. впервые удалось добиться равного обеспечения сельского и городского населе-

ния экстренной специализированной медицинской помощью и сложными видами лечения. Так, объём высокотехнологичной помощи, который был оказан сельским жителям, составил 26% от общего объёма, что соответствует доле сельского населения страны.

В то же время пока сохраняются проблемы с оказанием каждодневной первичной медико-санитарной помощи, признала В.Скворцова. Для закрепления врачей на необходимых рабочих местах, прежде всего в амбулаторных учреждениях, министерством повышена доля целевого приёма в медицинские вузы с 37% в 2012 г. до 50% в 2014 г. «Важно отметить, что при этом значительно возросла эффективность целевого приёма, уровень возвращения на подготовленные рабочие места превысил 86%, – подчеркнула глава Минздрава.

В рамках региональных программ модернизации дополнительно создано более 1,5 тыс. сельских врачебных амбулаторий и офисов врачей общей практики. Их мощность возросла на 6,6 тыс. посещений в смену. «В насыщении созданных рабочих мест важную роль сыграла программа «Земский доктор», которая привлекла на работу в село более 12 тыс. молодых врачей, и только в 2013 г. – 4,3 тыс., – сказала В.Скворцова.

Активно развивались выездные формы медицинской помощи. К оказанию её на селе были привлечены 915 мобильных медицинских комплексов и более 8,5 тыс. выездных врачебных бригад, оснащённых портативным диагностическим оборудованием. Это позволило провести в 2013 г. полноценную диспансеризацию более 6 млн сельских жителей, 26% от всех обследованных.

Для совершенствования условий работы врачей первичного звена в 2013 г. создано и апробировано компьютерное рабочее место врача. Оно связано с необходимыми информационными ресурсами, электронной медицинской библиотекой, системами помощи в принятии решений и позволяет получать телемедицинские консультации из ведущих медицинских центров страны.

Подчеркнув, что «безусловно, особое мотивирующее влияние на эффективность работы оказывает повышение заработной платы и применение субъектами РФ мер социальной поддержки», В.Скворцова сообщила, что для обеспечения соответствия уровня зарплаты медработников эффективности их работы созданы и апробированы типовые показатели эффективности персонала. Это образовало основу для перехода на эффективный контракт.

На сегодняшний день показатели эффективности внедрены более чем в 4,5 тыс. учреждений здравоохранения, а эффективные контракты заключены с 580 тыс. медицинских работников. Переход на эффективные контракты во всех регионах должен быть завершён к 2016 г.

Улучшение условий труда и повышение заработной платы повысило привлекательность отрасли для среднего медицинского персонала, заметила глава Минздрава. В 2013 г. число учащихся в медицинских колледжах и училищах повысилось на 11,6%, и впервые за 10 лет удалось достичь увеличения численности работающих фельдшеров и медсестёр более чем на 12,2 тыс. человек.

Для повышения качества услуг в медицинских организациях и экономии ресурсов пересматриваются функции и младшего медперсонала. Начата передача ряда технических функций, не связанных непосредственно с оказанием медицинской помощи, на аутсорсинг.

Центральным направлением всех кадровых программ является повышение квалификации медицинских работников, полагает В.Скворцова. Совместно с Советом ректоров медицинских и фармацевтических вузов России министерством разработаны новые федеральные государственные образовательные стандарты по всем 11 основным врачебным специальностям, а также впервые по 94 узким специальностям подготовки в ординатуре. Также впервые в 2013 г. было создано более 420 национальных клинических протоколов, которые легли в основу обновления типовых образовательных программ.

Во всех вузах Минздрава внедрены методы симуляционного обучения. И уже в 2013 г. более 90 тыс. обучающихся освоили практические навыки и новые лечебные технологии в симуляционных тренинговых центрах.

В заключение глава Минздрава подчеркнула значимость тесного сотрудничества министерства с профессиональным медицинским сообществом в лице 70 главных внештатных специалистов и 7 тыс. членов их экспертных комиссий, а также ведущих общественных медицинских организаций. «Мы надеемся, что это позволит нам согласовывать все принимаемые решения и минимизировать наши ошибки», – сказала В.Скворцова.

Только в 2014 г. на финансовое обеспечение указов Президента из федерального бюджета направлено почти 600 млрд руб. В последующие 2 года объёмы финансирования будут ещё значительнее: в 2015 г. – около 750 млрд, а в 2016-м – 826 млрд руб.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

– **Лейла Владимировна, в июне стартует очередной международный конгресс, посвящённый новым технологиям в лечении гинекологических заболеваний. Какие ожидания вы связываете с этим мероприятием?**

– Истоки этого ежегодного конгресса – в уже далёком 1991 г., когда по нашей инициативе была создана и официально зарегистрирована эндоскопическая ассоциация. Самым значимым моментом в этом мероприятии является то, что к нам в очередной раз приедут учёные самого высокого уровня, мировые светила в области эндоскопической гинекологии. В ходе наших встреч мы пересматриваем, конкретизируем и дополняем буквально всё, что было новым на предыдущем мероприятии. В ряде случаев и отказываемся от каких-то технологий.

Конгресс представляет собой форум не только звёзд мировой гинекологии и эндоскопии, но и специалистов в нашей области со всей страны, желающих получить самую свежую научно-практическую информацию. У них будет уникальная возможность интерактивного общения, обмена опытом и повышения своей профессиональной квалификации. Наряду с этим нами совместно с одним из ведущих мировых экспертов – доктором медицины, профессором, заведующим кафедрой акушерства и гинекологии Университета Луи Пастера в Страсбурге Арно Ватъезом создан мастер-класс для молодёжи.

Наиболее примечательно, что в ходе таких конгрессов из 3-4 операционных нашего центра на нескольких экранах в режиме онлайн демонстрируются операции. Трансляция идёт на весь мир. Этот проект представляет собой колоссальное шоу, аналогов которому нет ни в одной стране.

– **Насколько распространены эндоскопические гинекологические операции в России на сегодняшний день?**

– Конкретной цифры нет. Получить достоверные статистические данные на этот счёт не представляется возможным в виду того, что отечественные медицинские учреждения делятся на государственные, частные, ведомственные и т.д. Однако могу уверенно сказать, что в 1991 г. полномасштабные эндоскопические операции проводились всего лишь в трёх российских клиниках, естественно не в таком объёме и качестве. Сегодня же в нашей стране мы наблюдаем эндоскопический бум и не только в гинекологии. Более того, лечение эндоскопическими методами на современном этапе проходит и в режиме экстренной хирургии.

Стоящая перед нами задача заключается не столько в открытии новых эндоскопических операций, сколько в подготовке кадров самого высокого уровня. Стандартные эндоскопические операции в настоящее время выполняют практически везде. Обидно, когда не слишком квалифицированные специалисты берутся за выполнение сложных вмешательств. Эндоскопические операции «высокого полёта» должны проводиться исключительно в медучреждениях так называемого третьего уровня – там, где реально есть эксперты. Поймите, на кону стоит качество жизни и зачастую возможность реализации репродуктивной функции женщины.

Многие думают, что зеркалом человеческой души являются глаза. На самом же деле зеркало души – это и настроение, и репродукция, и сохранение семьи, а также многое другое, что спрятано очень глубоко.

– **Какова доступность для населения эндоскопических методов лечения в гинекологии?**

– Насколько я осведомлена, доступность абсолютная. Согласно современному законодательству, каждый человек имеет право выбо-

ра врача. И если вдруг в какой-то больнице пациент не может получить тот или иной вид лечения, он может обратиться в клинику более высокого уровня.

Как вы знаете, наш центр является ведущим российским гинекологическим медучреждением. Мы никогда и никому не отказываем в помощи. 40 с лишним лет я веду еженедельный амбулаторно-консультативный приём, куда приходят женщины из всех регионов России. За один такой приём в среднем с моими сотрудниками мы консультируем 35-40 пациентов. На моей памяти ещё ни одной

увеличением – в 20, 30 и даже 40 раз. Прилежащие ткани травмируются минимально. Работа ведётся непосредственно с поражёнными тканями: удаляются миоматозные узлы, выделяется капсула эндометриозной кисты, капсула опухоли, проводится коррекция порока развития матки и т.д.

Даже онкологические заболевания сегодня не являются противопоказанием к хирургическому лечению эндоскопическим доступом. В ряде случаев нет необходимости в колоссальных разрезах и в целом в полостной хирургии. Разумеется, есть ситу-

– **Как бы вы оценили уровень владения нашими врачами эндоскопическими технологиями?**

– Есть очень «продвинутые» специалисты, создатели своих уникальных методик. Наш центр в этом плане является ведущим. В ряде случаев операцию делает робот. И я этим очень горжусь, поскольку имею вместе с нашими коллегами определённый вклад в развитие этой техники.

Мы пока работаем по принципу пирамиды – как в советское время. Вся сложная патология концентрируется в ведущей клинике страны.

– Эндометриоз – это загадка века. Происхождение этого заболевания полностью не раскрыто. Хотя, безусловно, эндометриоз имеет и генетическую основу, и иммунные нарушения, зависит от гормонального влияния и других нарушений. Он вездесущ! Существует эндометриоз глаза, уха, носа, гортани, кишечника, мочевого пузыря. Иными словами этот патологический процесс может развиваться практически везде при наличии в организме благоприятных условий для его распространения. И неблагопри-

Беседы с главными специалистами

Максимум эффективности минимальным доступом

Эндоскопические технологии набирают всё больший оборот в лечении гинекологических заболеваний



Ещё в 80-е годы прошлого века эндоскопические методы хирургического лечения казались чуть ли не заоблачной, космической технологией. Однако прогресс стремителен, и уже сегодня мы наблюдаем бум эндоскопии. Что же касается гинекологии, то на современном этапе в крупных клиниках почти 90% хирургического лечения в этой области осуществляется эндоскопическим путём. Совершенству таких технологий нет предела, о чём свидетельствуют ежегодно проходящие в нашей стране международные конгрессы, посвящённые эндоскопии в гинекологии, с участием самых авторитетных учёных и хирургов. Об этом и многом другом «МГ» рассказала заместитель директора Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, заведующая кафедрой репродуктивной гинекологии и хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, главный акушер-гинеколог Минздрава России, академик РАН Лейла АДАМЯН.

ации, где без этого не обойтись, но сегодня это скорее исключение, нежели правило.

Однако необходимо понимать, что для высоких показателей эффективности и безопасности эндоскопического лечения нужен целый комплекс мер: правильно выбранное медучреждение, опытный и квалифицированный хирург, реанимация и интенсивная терапия, современные технологии и условия, соответствующие показания и отсутствие противопоказаний. Наряду с этим каждая женщина должна быть осведомлена о том, что она имеет полное право на выбор метода и доступа хирургического лечения: лапароскопию, чревосечение или влагалищный доступ. Мы живём в век страховой медицины, и каждый волен по согласованию с врачом выбирать для себя объём операции и лечения, подписывая информированное согласие.

– **Какой процент гинекологических заболеваний на современном этапе лечится таким способом?**

– Мне сложно отвечать в масштабах всей страны. Мы не располагаем такой статистикой. Однако если говорить о медучреждениях, соответствующих уровню нашего центра, то в среднем 85% всех операций, в том числе самых сложных, проводится эндоскопическим доступом. Это касается и миом, и кистом, и эндометриоза, и пороков развития, и поликистозных яичников и др. Об онкологии могу сказать, что в нашем центре соотношение эндоскопических и полостных доступов примерно 50 на 50. Справедливости ради замечу, что такая картина наблюдается и за рубежом.

К примеру, под моим наблюдением было свыше 8 тыс. случаев тяжёлого эндометриоза – ни в одной стране мира такого опыта нет, а случаев кольпопоза – операций по созданию искусственного влагалища при врождённой аплазии в нашей клинике более тысячи. Отсюда и опыт. Многие типичные случаи для нашего центра – экзклизив на периферии. И это не только в нашей специальности.

Кстати говоря, наш центр активно участвует в образовании акушеров-гинекологов всей страны. Помимо конгрессов у нас проводятся индивидуальные курсы повышения квалификации, разные по продолжительности. Кроме того, у нас есть великолепный симуляционный центр для совершенствования практических навыков. Повышение профессиональной квалификации на регулярной основе – залог успешной работы врача в любом клиническом направлении.

– **На каком уровне относительно мирового наши врачи владеют эндоскопией в гинекологии?**

– На уровне ведущих специалистов – мы не уступаем, а в чём-то даже превосходим. Что касается общего уровня эндоскопического мастерства, то всё зависит от ситуации. Надо учитывать невысокую медицинскую подготовку нашего персонала в целом по стране, а также низкую медицинскую активность нашего населения: ситуации, когда пациент обращается к врачу лишь в случае запредельных размеров опухоли и запущенных процессов – не единичны. Но в целом мы достигли огромных успехов в этой области.

– **40 с лишним лет вы занимаетесь проблемой эндометриоза...**

ятная экология не способствует его профилактике.

Очень многое сделано в плане хирургического лечения этого недуга, существуют препараты, подавляющие активность очагов эндометриоза, однако, к сожалению, анатомический субстрат данного заболевания не ликвидируется без хирургического удаления, поэтому мы ждём появления новых технологий, которые смогут помочь нам в победе над этим коварным заболеванием. У меня такое чувство, что весь мир бросился на поиски новых методов диагностики и лечения эндометриоза, и на предстоящем конгрессе отдельной строкой прозвучат доклады по результатам исследований в этом направлении, в том числе с помощью лекарственных препаратов.

– **Вы ведёте активную педагогическую, административную и общественную работу. Не отдаляет ли это вас от практической деятельности?**

– Каждый день с 7 часов утра я занимаюсь лечебной работой, в том числе и хирургической. После операций и консультаций – наука, лекции, педагогика, работа над документами из Минздрава. Удаётся решать и организационно-административные вопросы. Так что обилие дел, не имеющих прямого отношения к лечебному процессу, не отдаляет меня от пациентов.

Я всегда говорю: моя церковь – операционная. Именно там я получаю максимум удовлетворения: на моих глазах и с помощью моих знаний, выздоравливают пациентки, ученики повышают свою квалификацию, создаются новые технологии. Операционная – то место, где у меня происходит наибольшая концентрация мыслей, а также возникает огромное количество новых идей, которые могут быть реализованы в дальнейшей научной, педагогической, практической деятельности.

«Знание – сила», «Дорогу осилит идущий» и «Учиться никогда не поздно» – мои главные принципы. Настоящий профессионал получает наибольшее удовольствие от работы, которая даёт ему уверенность в себе, независимо ни от чего. И если наступает такой момент, когда работа становится в тягость, появляется усталость от неё, пропадает интерес, не следует продолжать заниматься этим делом, нужно уходить. Я счастлива на работе. Чувствую, что ещё очень многое не сделано.

Беседу вёл
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Этот форум проводится с 1997 г. и пользуется постоянно возрастающим вниманием специалистов. Существенный вклад в научную программу конгресса внёс симпозиум под названием «Часто болеющий пациент на приёме у врача – разорвать замкнутый круг!», который прошёл при содействии компании «Гедеон Рихтер». Председательствовали на симпозиуме заведующая отделением иммунологии и реанимации Государственного научного центра Института иммунологии ФМБА России, доктор медицинских наук, профессор Татьяна Латышева и заведующая отделением аллергологии клиники лечебного питания НИИ питания РАН, доктор медицинских наук, профессор Вера Ревякина.

Почему взрослые так часто болеют?

Этот вопрос содержался в названии первого доклада, с которым выступила Татьяна Латышева.

Татьяна Васильевна отметила, что одной из важнейших причин, по которой взрослый человек часто переносит инфекционные заболевания, является вторичный (индуцированный) иммунодефицит. Он представляет собой клинический синдром, сопровождающий многие инфекционные и неинфекционные заболевания

ства универсального иммуномодулятора с прямой противовирусной активностью в отношении широкого спектра ДНК- и РНК-вирусов (грипп, парагрипп, рино- и аденовирусы, вирусы простого герпеса, ветряной оспы, инфекционного мононуклеоза). Инозин пранобекс (Гроприносин) в комплексной терапии ОРВИ, гриппа и герпеса увеличивает эффективность лечения, снижает частоту осложнений. Препарат выпускается в таблетках по 500 мг с риской для титрования дозы № 20, № 30 и № 50.

Инозин пранобекс (Гроприносин) в отличие от многих иммуномодуляторов имеет наиболее высокий уровень доказательности исследований – уровень А.

Профессор Латышева сообщила, что в настоящее время

дующие статистические данные: на долю вирусных инфекций в детском возрасте приходится 97%, бактериальных – 2%, остальные составляют 0,79%.

Далее докладчик остановилась на клинических рекомендациях ПРИМА (ПРИМЕНение иммуномодулирующих препаратов в Амбулаторной практике педиатров), подготовленных группой российских экспертов. Эти клинические рекомендации представляют собой консенсус, предназначенный педиатрам, перед которыми стоит проблема выбора препарата, способного повлиять на заболеваемость детей с частыми ОРВИ.

В рекомендациях ПРИМА, в частности, говорится, что реального иммунодефицитного состояния у часто болеющих детей нет,



Во время симпозиума

Проблемы и решения

Разорвать замкнутый круг

Венгерская фармацевтическая компания «Гедеон Рихтер» приняла участие в XIII Международном конгрессе «Современные проблемы иммунологии, аллергологии и иммунофармакологии»



Татьяна Латышева

и состояния. Вторичный иммунодефицит (индуцированный) подразделяется на обратимый и необратимый. Причиной первого могут быть различные факторы любой этиологии: например, соматические заболевания, чрезмерное голодание или дефицит в диете жизненно важных компонентов, курабельные болезни метаболизма, психическая депрессия, ожоговая болезнь, массивная кровопотеря, а также вирусные, бактериальные, паразитарные инфекции.

Грипп и острые респираторно-вирусные инфекции (ОРВИ), а также герпес представляют собой острую социально-экономическую проблему. Так, в России гриппом и ОРВИ ежегодно болеют около 40 млн человек. Экономические потери от них составляют 100 млрд руб. в год. Тот же показатель для герпеса – 40 млрд руб. в год.

ОРВИ, грипп и герпес вызывают дисбаланс в иммунной системе: угнетают продукцию интерферонов, снижают активность естественных киллеров, Т- и В-лимфоцитов, нарушают макрофагальное звено иммунитета. То есть эти заболевания сами способны индуцировать вторичный иммунодефицит. У часто и долго болеющих (ЧДБ) взрослых пациентов грипп и ОРВИ провоцируют обострение хронических заболеваний, что может привести к летальному исходу.

Использование иммуностимулирующих средств в лечении ЧДБ пациентов приводит к клинической ремиссии и способствует повышению эффективности противовирусной и антибактериальной терапии, констатировала докладчик. В ряду таких средств профессор Латышева выделила препарат инозин пранобекс (Гроприносин производства «Гедеон Рихтер»). Он сочетает в себе свой-

осуществляется Российская многоцентровая клинико-эпидемиологическая программа ГОРИЗОНТ (Сравнительная оценка эффективности Гропринозина и общепринятой терапии у часто и длительно болеющих респираторно-вирусными Заболеваниями пациеНТов). Она проводится в 23 городах 6 регионов РФ. В ней принимают участие 2399 пациентов и 226 врачей.

Педиатрический аспект

Презентация Веры Ревякиной была посвящена лечению часто болеющих детей.

Обосновывая актуальность проблемы, Вера Афанасьевна акцентировала внимание аудитории на том, что первый пик заболеваемости ОРВИ приходится на первые годы жизни ребёнка (особенно при посещении организованных детских коллективов). Второй пик приходится на школьный возраст.

Критериями включения в группу часто болеющих детей являются: частота ОРЗ в течение года; длительность течения заболевания (более 14 дней); тяжесть течения каждого ОРЗ; наличие осложнений ОРЗ; необходимость применения антибактериальной терапии; продолжительность интервала между эпизодами ОРЗ.

В.Ревякина отметила, что в группе риска по ОРВИ и герпесу находятся часто болеющие дети, дети с бронхиальной астмой, бронхообструктивным синдромом и частым бронхитом, дети-аллергики. Дисфункция иммунной системы у часто и длительно болеющих детей ведёт к формированию хронических заболеваний.

Характеризуя структуру инфекционной патологии у детей, профессор Ревякина привела сле-

но может отмечаться преходящая функциональная нестабильность иммунитета, повышающая восприимчивость к инфекции. В большинстве случаев в данной группе пациентов иммунокорригирующая терапия назначается по клиническим показаниям, а выбор препарата осуществляется эмпирически.

В.Ревякина дала оценку эффективности инозина пранобекса (Гропринозина) в педиатрической практике, основываясь на результатах многочисленных клинических исследований. Так, в комплексной терапии и профилактике ОРВИ у детей препарат снижает тяжесть симптомов на 60%, сокращает продолжительность заболевания на 88%, снижает частоту развития осложнений в 4 раза, сокращает частоту применения антибиотиков на 93%, снижает заболеваемость ОРВИ после профилактического курса на 81%. Назначение Гропринозина при герпесе у детей предупреждает образование новых элементов сыпи, уменьшает дозы противовирусных химиопрепаратов, а следовательно, токсическое действие на организм ребёнка,



Вера Ревякина

устраняет иммунные нарушения, вызванные вирусной инфекцией, и «скрытые» иммунодефицитные состояния.

Инозин пранобекс (Гроприносин) обладает высоким профилем безопасности. У него отсутствует антигенность, он не вызывает гиперстимуляции иммунитета, так как обеспечивает физиологичный иммунный ответ. Препарат не токсичен, хорошо переносится даже при длительных курсах терапии, возможно назначение без специальных иммунологических тестов. Гроприносин может применяться у пациентов всех возрастных групп, у детей с 3 лет.

Респираторные вирусы и астма

Доктор медицинских наук, профессор Сергей Царёв (ГНЦ Института иммунологии ФМБА России) сделал сообщение о вариантах течения вирусиндуцированной бронхиальной астмы (БА) и подходах к её терапии.

Сергей Владимирович определил роль вирусной инфекции при БА: она может быть триггером обострения или появления симптомов у больного БА, а может быть этиологическим фактором, формирующим БА (у предрасположенных к астме людей). Риновирусы – наиболее частая причина обострения БА. У детей до 2 лет наибольшее значение имеет респираторно-синцитиальный вирус.

Факторами вирусиндуцированной обструкции являются вирусиндуцированная аллергия, а также воспаление (инфекционное и аллергическое). И воспаление и аллергия увеличивают гиперреактивность бронхов. В обзоре экспертов Европейского респираторного общества сведений о механизмах обострения вирусиндуцированной БА показаны наиболее значимые факторы: генетические особенности, детерминирующие восприимчивость организма к тяжёлым вирусным инфекциям, и нарушения во врождённом и адаптивном иммунном ответе на вирусную инфекцию.

Терапия вирусиндуцированного обострения БА предполагает лечение вирусной инфекции, а также лечение БА в соответствии со степенью её тяжести (базисная терапия, бронхолитическая, муколитическая). В 2010 г. эксперты GINA («Глобальная инициатива по бронхиальной астме») выделили два основных фенотипа БА – с эозинофильным воспалением, при котором ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) эффективны, и нейтрофильным воспалением, при котором ИГКС менее эффективны. Повышение уровня эозинофилов после аллергенной провокации у больных БА оказывается более значительным, чем при вирусиндуцированном обострении. Респираторная вирусная инфекция приводит к большей нейтрофильной инфильтрации в сочетании с дегрануляцией эози-

нофилов. Соответственно, есть группы пациентов – и это показывают клинические исследования, – у которых антилейкотриеновые препараты оказывают больший эффект, чем ИГКС (как на улучшение спирометрических показателей, так и на контроль БА).



Сергей Царёв

Далее профессор Царёв охарактеризовал антилейкотриеновый препарат Синглон (монтелукаст) производства «Гедеон Рихтер». Синглон обладает доказанной биоэквивалентностью оригинальному монтелукасту. Его клинические эффекты: бронходилатация, уменьшение дневных и ночных симптомов БА, снижение потребности в бета-агонистах, улучшение контроля БА, доступная стоимость. Противопоказаниями для применения Синглona служат гиперчувствительность к монтелукасту или к любому из вспомогательных веществ, детский возраст до 2 лет. При беременности и в период кормления грудью препарат можно применять только в случае крайней необходимости. Синглон выпускается в форме жевательных таблеток 4 мг № 28 для детей от 2 до 5 лет, 5 мг № 14 и 5 мг № 28 для детей от 6 до 14 лет; в форме таблеток, покрытых оболочкой, 10 мг № 28 для взрослых и подростков с 15 лет. Во всех случаях Синглон принимается по одной таблетке в день.

* * *

По окончании мероприятия спикеры ответили на вопросы, поступившие от участников симпозиума.

Материал подготовил
Андрей ТЕРЁХИН.
Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

В 2014 г. Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) изъято из оборота более 2 млн упаковок недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных средств.

«Уже сегодня благодаря изменениям в законодательстве мы видим, что наша деятельность по выявлению недоброкачественных лекарственных препаратов пошла», – заявил временно исполняющий обязанности руководителя ведомства Михаил Мурашко.

Легче отделаться штрафом

Более 30% подделок контрафактной медицинской продукции выявляется в оптовом аптечном звене, примерно столько же – в лечебных учреждениях, на розничный аптечный сегмент её приходится 10%. В последнее время превалирует тенденция подделки дорогостоящих лекарств.

Особенно тревожно, что, по данным Росздравнадзора, чаще подделывают противоопухолевые и иммуномоделирующие препараты, антибиотики, препараты для лечения аутоиммунных заболеваний, нестероидные противовоспалительные, противовирусные препараты, метаболические средства, а также препараты для лечения эректильной дисфункции.

Как сообщил руководитель ведомства Михаил Мурашко, повысить эффективность работы по ограничению оборота некачественных препаратов позволило, в том числе, принятие в конце 2014 г. Федерального закона № 532 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части противодействия обороту фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и фальсифицированных биологически активных добавок».

«2015 г. должен стать решающим для вступления России в Евразийский экономический союз, поэтому действия стран-участниц должны соответствовать определённым принципам», – подчеркнул М.Мурашко.

В российском законодательстве есть лишь 4 статьи Уголовного кодекса, которые так или иначе позволяют работать с фальсификатами и контрафактными лекарствами. Это ст. 159 (мошенничество), 171 (незаконное предпринимательство), 180 (незаконное использование товарного знака) и 238 (производство, хранение, перевоз продукции и оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности). Однако привлечь к уголовной ответственности производителей и распространителей контрафактной лекарственной и медицинской продукции практически невозможно. Как выяснилось, представители силовых структур уже на доследственном этапе сталкиваются с рядом объективных причин, по которым не могут верно идентифицировать данные деяния.

Но если производители поддельных лекарств всё же несут ответственность, скажем, по статье 238 УК РФ, то она предусматривает штрафы до 300 тыс. руб. или до 2 лет лишения свободы, в случае причинения тяжкого вреда здоровью или смерти человека – до 500 тыс. руб. и до 6 лет лишения свободы, а в случае гибели нескольких людей – лишение свободы на срок до 10 лет. Однако чаще всего производители поддельных лекарств могут отделаться штрафом в 100 тыс. руб.

С точки зрения прибыльности лекарственный рынок стоит на третьем месте после продажи оружия и наркотиков. И в отличие от нас зарубежные государства

безжалостно карают производителей фальсификатов. Так, в США торговля фальшивыми лекарствами наказывается штрафом до 200 млн долл. или пожизненным заключением, в Индии – также пожизненным заключением, в Турции – заключением на срок от 30 до 50 лет, а во Франции – лишением свободы на срок до 5 лет и штрафом до 500 тысяч евро.

Минздрав России в 2014 г. ужесточил контроль за качеством лекарственных препаратов, при этом количество выявленных недоброкачественных лекарств

Надежда на правовые новшества

Кроме того, в этом году уже принято несколько законодательных актов, которые окажут серьёзное влияние на обеспечение населения лекарствами и медицинскими изделиями. Так, серьёзной новеллой в Федеральном законе «Об обращении лекарственных средств» стала поправка об обязательной экспертизе взаимозаменяемости препаратов. Это требование должно вступить в действие с 2018 г. Однако инициировавшая

и частота «мелькания» рекламы, и расходы на визиты представителей к врачам и провизорам, и «бонусы» от этих визитов. Пока эти вопросы не будут решены, не может быть и речи о равных условиях на рынке.

Но к 1 июля 2015 г. в России должна быть принята новая методика ценообразования на лекарственные препараты из Перечня ЖНВЛП. Её проект, разработанный Минздравом России и Федеральной службой по тарифам, представлен на общественное обсуждение.

меняются, хотя приказ Минздрава России «О государственных стандартах качества лекарственных средств» от 2001 г. и утратил силу. Тем не менее это не повлияет на изменение требований к качеству лекарственных средств, заявил пресс-секретарь Минздрава России Олег Салагай.

«Отмена данного приказа осуществляется в целях приведения подзаконных актов в соответствие с действующим в настоящее время федеральным законом «Об обращении лекарственных средств». Каких-либо изменений

Ситуация

Наступили на лжетаблетку

В России продолжается борьба с фальсифицированными и контрафактными лекарственными средствами



Пришло время остановить фальсификат и контрафакт лекарственных препаратов!

снизилось по сравнению с 2013 г. и составило всего 0,01%, заявила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

«Мы существенно увеличили – в 1,6 раза – объём контрольных мероприятий по определению качества лекарственных препаратов, которые у нас находятся в обороте и в аптечных учреждениях, и в складских помещениях, и уже в 2014 г. 16% всех серий лекарств отконтролировали», – сказала глава Минздрава.

Ввозить для себя можно

Не всё так страшно, уверяет один из разработчиков указанного закона член думского Комитета по охране здоровья Александр Прокопьев. По его словам, ввозить даже незарегистрированные лекарства либо для личного пользования, либо по жизненным показаниям конкретного пациента всё-таки можно. Для этого нужно разрешение на основании запроса от клиники федерального подчинения, заверенного электронной цифровой подписью Минздрава России.

«В случае если граждане, которые сами не могут отправиться за рубеж, они могут попросить своих знакомых либо родственников привезти этот препарат. И он будет считаться для личного пользования, и уголовная ответственность не наступит», – пояснил депутат.

её Федеральная антимонопольная служба ратует за ускорение и экспертизы, и приказов Минздрава по номенклатуре взаимозаменяемых препаратов.

Готовится и новая методика ценообразования на лекарственные препараты, имплантируемые медицинские изделия, которые используются при оказании медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования – оба документа должно утвердить своими постановлениями Правительство РФ. Сегодня при регистрации предельной отпускной цены отечественный производитель может заложить не более 20% маржи, при том, что иностранные производители аналогичных препаратов получают до 500% прибыли и больше. В себестоимость препарата наш производитель в отличие от иностранной фирмы не может закладывать реальные расходы на маркетинг, продвижение и т.д. У нас эти расходы должны подтверждаться. Превысить цену, уже зарегистрированную на этот препарат на территории России после 2010 г., нельзя. То есть фактические затраты на производство, соответствующее стандартам GMP, инфляция, цены на субстанции не являются обоснованием для повышения себестоимости. Для иностранной же фармы может быть зарегистрирована новая цена на каждый новый ввезённый препарат, в которую включается

Самое, пожалуй, главное – начал работать Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части противодействия обороту фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и фальсифицированных биологически активных добавок». Он ввёл уголовную ответственность до 7-9 лет, в случае гибели или потери трудоспособности потерпевшим. В Госдуме прошли парламентские слушания, посвящённые совершенствованию законодательства в части противодействия обороту фальсифицированной медицинской продукции в рамках ратификации Россией Конвенции MEDICRIME.

Кстати, комментируя эти слушания, первый заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Николай Герасименко отметил, что наша страна никогда не стремилась и не стремится к ограничению распространения лекарственных препаратов из-за границы, особенно если у них пока нет аналогов на отечественном рынке.

По данным аналитиков DSM Group, доля лекарств российского производства на коммерческом рынке в стоимостном выражении составляет всего 23%, в натуральном, по числу проданных упаковок, – 56%. Импорт занимает около 85% от общего объёма лекарственных госзакупок, в госпитальном сегменте – 70% (годовой объём закупок – 115 млрд руб.), в программе дополнительного лекарственного обеспечения – 86% (годовой объём – 65,5 млрд руб.). Но, согласно указу Президента РФ Владимира Путина «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», к 2018 г. рынок медикаментов должен быть обеспечен отечественными препаратами на 90%.

В этой связи деятельность российской фармацевтической промышленности по импортозамещению и контролю за качеством лекарственных препаратов должна быть, безусловно, усилена и не тормозиться о бюрократизм чиновников.

Требования к качеству не меняются

Что же касается требований к качеству лекарств, то они не из-

менятся, хотя приказ Минздрава России «О государственных стандартах качества лекарственных средств» от 2001 г. и утратил силу. Тем не менее это не повлияет на изменение требований к качеству лекарственных средств, заявил пресс-секретарь Минздрава России Олег Салагай.

Контролем качества лекарственных препаратов, попадающих в наши аптеки, занимается Росздравнадзор, за качество БАД отвечает Роспотребнадзор. «Считаю, что в дополнение к контролю этими организациями, не лишним будет и общественный, партийный контроль за наличием в аптеках фальсифицированных лекарств», – считает в связи с этим Н.Герасименко.

«Это вполне укладывается в логику проведения мониторингов партии по контролю цен и наличию в аптеках страны лекарственных препаратов. Лично я считаю целесообразным расширить программу партийного мониторинга лекарственных препаратов ещё и этим пунктом. Таким образом, мы будем иметь комплексный контроль лекарств, – сказал депутат. – Во-первых, это контроль за наличием необходимого ассортимента лекарственных средств, во-вторых, контроль цен на лекарства (а сейчас, замечу, причин для их повышения нет), и наконец, контроль продаж фальсифицированных либо не прошедших государственную регистрацию препаратов, которые поставляются в страну контрабандой».

Добавлю, что на сайте Росздравнадзора появились новые разделы, в том числе поиск информационных писем о незарегистрированных недоброкачественных медицинских изделиях. А председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев дал ряд поручений по развитию отечественных медицинских изделий и медицинской промышленности, в том числе – разработать меры по защите от недоброкачественной и контрафактной медицинской продукции.

Остаётся надеяться, что с фальсификацией и контрафактом лекарств мы, наконец, покончим и начавшееся наступление на них не закончится глухой обороной.

Константин ШЕГЛОВ, обозреватель «МГ».



«Медицинская газета» в течение многих лет предоставляет свои страницы освещению работы конгресса «Человек и лекарство». Это заметное событие, привлекающее к себе внимание врачей самых разных специальностей со всей страны. Конгресс впервые ввёл в практику и идеологию лекарственной терапии понятие и технологию медицины доказательств, формулярную систему и терапевтические стандарты, стал площадкой для обсуждения таких вопросов, как патернализм или партнёрство в отношениях врач – больной, взаимосвязь между народной медициной и академической, и многих других, которые вызвали неизменный интерес врачебной аудитории.

Дыхание кризиса – 2

Конгресс не ограничивался только узкопрофессиональными проблемами. Удачной находкой неизменного президента конгресса академика Александра Чучалина было приглашение выступить перед врачами известных учёных не медиков. Это академики математик Виктор Садовничий, физик Жорес Алфёров, радиотехник Юрий Гуляев, атомщик Михаил Ковальчук. Лейтмотивом их выступлений была связь медицины с фундаментальной наукой. «Фундаментальность образования, в том числе и медицинского, – веление времени, основа научного прогресса» – это слова В.Садовничего. Логичным воплощением этих идей стало учреждение медицинского факультета в МГУ им. М.В.Ломоносова по инициативе его ректора, выдающегося математика.

Интерес к конгрессу был столь велик, что в конце 90-х – начале 2000-х очередь к дверям Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ начиналась едва ли не от станции метро «Юго-Западная». Большой актовый зал учреждения к началу церемонии открытия заполнялся до отказа, и можно было видеть сидящих на ступенях или стоящих вдоль стен. Президиум был полон известными учёными и высокопоставленными представителями власти, имевшими отношение и интерес к вопросам здравоохранения. В программе работы

События

Эпоха конвергенции

Её поступь всё отчётливее в медицине XXI века



Во время церемонии открытия

цветоческих фирм не собирали вокруг себя, как прежде, толпы жаждущих получить буклеты, проспекты и прочую атрибутику. Виною тому стал кризис, сделав-

цена лекарственной терапии. Тогда подчёркивалось, что она обретает новые качества и всё больше приближается к тому времени, когда станет персонализированной. Для этого врачи должны владеть знаниями генных механизмов в развитии болезней, в частности онкологических. Моноклональные антитела обеспечат практически полную победу над раком, заявил докладчик. Было выражено сожаление, что основная заслуга в развитии генной терапии и успешного лечения онкологических болезней принадлежит, увы, не отечественным, а зарубежным учёным.

В этот раз акцент в докладе был сделан на клинических испытаниях (КИ) как действенном механизме по выбору адекватной терапии многих болезней. Большое впечатление произвело количество КИ, проводимых во всём мире, – 187 600. 180 стран участвуют в этой грандиозной работе. Отработан механизм, когда последовательно выполняются этапы: научные исследования, разработка новых лекарственных препаратов, клинические испытания, обобщение результатов путём метаанализа, выполняемого теоретически подготовленными и имеющими опыт в этой работе специалистами, определение уровня доказательств по че-

тырём категориям и венец всех этапов – клинические рекомендации. В этом суть медицины доказательств, самого современного подхода к проведению лекарственной терапии.

«Лидерами» по числу КИ, проводимых в мире, выступают кардиоваскулярные болезни – 17 789. Мерцательные аритмии, инфаркт миокарда находятся в центре внимания исследователей. Вторую позицию занимают онкологические болезни – выполнено 7899 КИ.

палительных процессов, ревматоидного и псориатического артрита, системной красной волчанки.

Большое число КИ при инфекционных болезнях – 15 473 – объясняется высокой заболеваемостью пневмонией во всём мире, большой частотой резистентных к антибиотикам штаммов, вызывающих гнойные процессы в лёгких, и высокой летальностью от этой болезни. Особенно обостряется ситуация с заболеваемостью пневмонией

в период эпидемии гриппа. Грипп H3N2 наиболее часто осложняется воспалительными процессами в лёгких. Не менее часто это осложнение развивается при так называемом птичьим гриппе H5N1. Особое внимание пневмония привлекла в последнее время ещё и тем, что установлена связь между этой болезнью и патологией сердечно-сосудистой системы.

А.Чучалин обратил внимание аудитории и на высокую вероятность развития осложнений от лекарственных препаратов, в том числе и новых, недавно пришедших в терапевтическую практику. Более того, указано, что новые лекарственные препараты стали причиной появления новых, ранее не известных болезней.

К сожалению, в докладе не было отмечено, какое количество испытаний, из 187 600, выполняемых во всём мире, проводится в нашей стране, нашими врачами и учёными. Испытываются ли препараты отечественного производства? В своё время в России было проведено лицензирование клинических баз для получения права проводить КИ. Известно, что в начале нулевых годов иностранные фирмы широко привлекали российских пациентов для проведения КИ. Мы давали до 30% от числа всех больных, задействованных в КИ в Европе. Тогда мы проигрывали зарубежным фирмам, поскольку они платили больше, чем отечественные исследователи. Поэтому наши лекарственные средства реже вовлекались в КИ в наших клинических уч-



Александр Чучалин

конгресса были выступления многих зарубежных учёных.

К сожалению, так было не всегда. Отчёт «МГ» о работе конгресса 2009 г. был озаглавлен «Дыхание кризиса». Не было прежней очереди у входа. Заметно меньше оказалось слушателей в аудиториях и вне их. Поредел президиум. Прилавки фарма-

ший не по карману для многих врачей поездку в далёкую Москву.

Описанная ситуация повторилась в нынешнем году. Всё было один к одному. Тоже кризис. Но, возможно, не только оскудение финансового положения врачей из далёких регионов страны помешало им приехать



В зале заседания

реждениях. Кстати, об этом уже говорилось на конгрессе «Человек и лекарство» (см. «МГ» № 43 от 07.06.2002). Как обстоят дела в нашей стране с КИ сейчас, интересно было бы узнать.

Медицина, основанная на доказательствах (МОД), главным инструментом которой выступают КИ, дело не безупречное. Если не ошибаюсь, это своеобразное движение началось во второй половине 90-х годов. Спустя десяток лет стали раздаваться критические замечания. Естественно, что самыми активными проводниками в жизнь МОД были и продолжают быть производители лекарств. Препараты, имевшие доказательную базу, активно продвигались на рынок. Вскоре возникли проблемы с этикой. Врачи, принимавшие участие в КИ, поощрялись заказчиками материально. Те, в свою очередь, платили активным внедрением новых препаратов в практику. На страницах медицинских изданий, не наших – зарубежных, стали появляться статьи, в которых перечислялись негативные стороны МОД.

Вот лишь некоторые из этих претензий. В журналах печатаются только те отчёты о КИ, в которых были получены положительные результаты. О неудачах не сообщается. Публикации о положительных результатах стали приносить журналам солидный доход. Указывалось на коррупционную зависимость журналов от фармацевтических фирм. Результаты КИ, финансируемые фирмами, преподносились как в высшей степени достоверные и доказательные. Это использовалось для обоснования отказа от других препаратов. Как реакция на эту ситуацию стало требование журналов декларировать свои отношения между производителями лекарств и врачами, участвующими в КИ. Редактор авторитетного британского медицинского журнала BMJ Ф.Годли просила авторов «поручиться за свою интеллектуальную честность и заявить, что они принимают на



Михаил Ковальчук

говорилось в упомянутом докладе. Статистический подход к оценке эффективности препарата исключает индивидуальную реакцию организма на него. Врачи считают, что ориентация на уровень доказательности должна носить не императивный характер и не быть беспрекословным руководством к действию. И последнее. В КИ не предусмотрен сколько-нибудь длительный катамнез. Так, для оценки возможного тератогенного действия внедряемого в практику препарата могут потребоваться многие годы...

Можно полностью согласиться с мнением доктора Бенджамина Друссы из Университета Эмори (штат Атланта, США): «Медицина, основанная на доказательствах, возникшая как средство

сти в вопросах теоретической физики, и некоторым показалось непосильным. Кто-то, стараясь не шуметь, стал покидать аудиторию. Но затем отношение слушателей к теме переменилось, и в середине выступления неожиданно раздался аплодисменты. Реакция академика была мгновенной:

– Возможно два варианта: пора заканчивать или это знак одобрения?

– Второе! – был ответ из зала.

И справедливо. Учёный показал, какие этапы познания окружающего мира проходило человечество. Напомнил, что в древности врач именовался философом, так как в своей профессии объединял всё естествознание той поры. Наука называлась натурфилософией,

как всеобщей науки «отпочковались» астрономия, химия, физика, геология и многие другие. И только в последнее время происходит обратный процесс – объединение наук в одну, дающее целостное представление об окружающем нас мире. Происходит это на основе информационных технологий, нанотехнологий, открытия ранее не известных частиц материи. Происходит конвергенция наук и технологий, создаётся нанобиоинформационная технология. Мы наблюдаем тенденцию возврата к естествознанию как всеобщей науке.

В этой части доклада академик Ковальчук обращается к медицине и говорит, что эта наука должна проделать ту же эволюцию. Как когда-то натурфилософия, она в недалёком прошлом начала распадаться на узкие специализации. Отчётливо выделились две группы узких специальностей: естественные науки (дисциплины) – анатомия, терапия, хирургия и т.д., и гуманитарные – психология, когнитивные (изучение познавательной функции) и др. Большой человек для врача уже не представляет собой единое целое. Не только естественные дисциплины, но и гуманитарные могут изучаться с помощью нанобиотехнологий. Медицине необходима конвергенция медицинских дисциплин, заявляет докладчик. Врач должен лечить не отдельный орган, а больного в целом. (Кажется, в этом месте доклада раздался аплодисменты.) Биофизика становится современной натурфилософией. Это цивилизационный тренд XXI века.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.



Работа выставки

сти в испытания тогда и сейчас являются сердечно-сосудистые и онкологические заболевания. Об этом свидетельствуют данные, приведённые в докладе на конгрессе. «Обладатели» этих

обуздания ненаучной и беспорядочной мировой кинической практики, сама превратилась в ненаучную и беспорядочную мировую практику. Подобно любой технологии медицина доказательств несёт в себе риск и пользу, и её применение может быть оправданным и неоправданным... неконтролируемое использование увеличивает риск злоупотребления.... мы должны подумать не только о том, как её широко использовать, но как делать это с умом».

Вот почему кажется оправданным посвятить один из симпозиумов будущего конгресса рассмотрению всех аспектов применения МОД. Прошло достаточно много времени с тех пор, как она применяется, чтобы объективно судить о достоинствах и недостатках этой практики.

От атомного оружия к нанобиотехнологиям

Таким в докладе академика М.Ковальчука был представлен путь развития науки во втором тысячелетии. Вот его этапы: атомный проект, атомное оружие, атомная электростанция, вычислительные компьютеры. А потом компьютерные томографы и другие аппараты медицинского назначения, разработка которых была бы немыслима без успехов физики. Усвоение излагаемого докладчиком материала требовало от аудитории определённой осведомлённо-

рассматривала мир как единое целое. Потом началась специализация в науке – от математики



Пожалуйста, обратите внимание!

себя полную ответственность за проведённое исследование, доступность данных и контроль над решением о публикации, что авторы раскрывают все финансовые конкурирующие интересы».

Это этические проблемы. Однако МОД не лишена клинических. Больные, включённые в КИ, рассматриваются как имеющие одну болезнь. Лидерами среди лекарств по вовлечённо-

болезней, как правило, – люди пожилого возраста, стало быть, отягощённые «букетом» болезней. Достижение целевого эффекта, скажем, снижение АД от испытываемого препарата, может и нередко сопровождается побочными эффектами, обусловленными этими самыми сопутствующими болезнями. Видимо, именно этим обстоятельством обусловлены побочные эффекты от новых препаратов, о чём



Экзотический момент

По пути в Екатеринбург, на VII Евро-Азиатскую конференцию по офтальмохирургии (ЕАКО), я, естественно, пыталась себе представить: какой она будет? Зная организаторов – Министерство здравоохранения Свердловской области, Общество офтальмологов России и Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза», в высоком уровне не сомневалась. Но такой атмосферы дружелюбия, теплоты, взаимной симпатии и уважения наблюдать ещё не приходилось!

Это ощущалось и во время обсуждения докладов, и в перерывах между научными заседаниями, и при так называемом неформальном общении. В течение 3 дней я побеседовала с несколькими десятками людей из разных регионов страны, с зарубежными медиками. И каждый обязательно подчёркивал: мы не только коллеги, мы – друзья!

Причём было заметно, что не одни уральские медики гордились «звёздным» списком участников, но и самые именитые из гостей посчитали за честь быть приглашёнными сюда.

Семимильные шаги в микромир

Интересно, что идея о подобном обмене опытом между российскими и зарубежными специалистами родилась именно в Екатеринбурге, причём в самое непростое для страны время – в 90-е годы. Центр «Микрохирургия глаза» возглавлял тогда нынешний руководитель Общества офтальмологов России член-корреспондент РАН Христо Тахиди.

– Мы помним, каким был период преобразования страны из СССР в Российскую Федерацию – с непростой экономической ситуацией, проблемами жизнедеятельности, быта, психологии, морального климата, которые стали довлеть над всеми профессиональными составляющими. И офтальмология не была исключением, – говорит он. – Но при этом открылись границы, появилась возможность ездить в другие страны и принимать у себя зарубежных специалистов. В 1996 г. мы с Олегом Шиловских впервые попали на большую международную конференцию, которая проходила в Швеции, и оказались единственными представителями от России.

Было обидно, что огромная страна с таким потенциалом и такая область – офтальмология, с её знаменитой школой Святослава Фёдорова, оказались практически неизвестными. Появилось желание как можно быстрее вписаться в систему мировых ценностей и сделать так, чтобы наше присутствие на профессиональных фору-

Деловые встречи

Объединяя все части света

VII Евро-Азиатская конференция по офтальмохирургии собрала участников из 15 стран



Сеанс «живой хирургии»

Урале, решили использовать такую «метку». Хотелось создать мостик между Азией и Европой, наладить контакты между специалистами.

По словам Олега Шиловских – председателя оргкомитета VII ЕАКО, генерального директора Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза», главного офтальмолога Минздрава Свердловской области, на первой конференции вопросы обсуждались те же, что и сейчас: пациенты, заболевания, методики и технологии.

– Но между технологиями того времени и сегодняшними – колоссальная разница, – подчёркивает он. – Если тогда мы дискутировали по поводу катаракты, и минимальный разрез был где-то 6-7 мм, то сегодня – 1,6-1,8 мм. В витреоретинальной хирургии сейчас мы оперируем через прокол в 0,4 мм. Тогда это было 1,5 мм, то есть в 4 раза больше! Мир медицины

развивается в сторону микромира, и чем глубже мы в него погружаемся, тем это менее травматично и болезненно для человека, а значит, быстрее и эффективнее для его восстановления.

Сегодня тема конференции – дискуссионные вопросы в офтальмохирургии уже гораздо «острее», чем темы 1-й ЕАКО. Например, наша видеосекция была посвящена осложнениям в офтальмохирургии, – добавляет он. – А кто может показать свои осложнения? Только профессионал очень высокого класса.

оборудования, современных технологий, что позволяет «сверить часы» и двигаться дальше. Иначе в офтальмологии нельзя, потому что те методики, по которым работали 20 лет назад, сейчас воспринимаются как исторический факт.

«Сверим часы»

Конференция началась с так называемой «живой хирургии» – проведения показательных операций ведущими офтальмохирургами России и зарубежными гостями. Все действия хирургов

казать последние достижения, которые ещё не распространены в России.

Например, были продемонстрированы технические новинки, такие как система автоматической имплантации искусственных хрусталиков, хирургия катаракты с фемтолазерным сопровождением, а также особенности рефракционной хирургии исправления близорукости с помощью рефракционного фемтосекундного лазера. Этот способ удаления фрагмента роговицы и тем самым достижения коррекции близорукости

транслировались в зрительный зал из операционной Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» в режиме реального времени. Это уникальная возможность не только видеть на большом экране, как именно в эту минуту хирург проводит операцию, но и слышать его комментарии и, более того, обращаться к нему за разъяснениями и уточнениями!

– «Живая хирургия» проводится на наших ЕАКО уже в четвёртый раз, – отмечает модератор секции, заведующий оперблоком центра Борис Лаптев. – Операции выполняли ведущие российские профессора Борис Малюгин, Кирилл Першин, Николай Соболев, приглашённые из-за рубежа коллеги из Германии, Испании, Франции, Италии. А также хирурги нашего центра.

Спектр охвата – хирургия катаракты и глаукомы, рефракционная и витреоретинальная хирургия. Задача секции – по-

через небольшой разрез 4 мм – технология «Смайл» (улыбка) используется уже достаточно широко, но он требует особых навыков и умений.

Даже не будучи специалистом, подтверждаю: сеансы живой хирургии производят потрясающее впечатление. Как подчёркивает Борис Лаптев, это не смонтированный фильм, не специально подобранный случай, выбранный из ряда видеосюжетов. Это действительно происходящие у нас на глазах операции, не исключающие возникновения каких-то проблем, трудностей, что даёт возможность всем присутствующим научиться их избегать в дальнейшем.

– Наблюдать было очень интересно, – говорит Борис Лаптев, – так как у каждого доктора свои нюансы, свой стиль – как в хоккее или футболе. Например, итальянский врач Винченцо Феррара сразу сообщил: «Это известная методика, но я выполняю её по-другому».

Небольшой штрих: после завершения каждой операции, показанной на экране, зал искренне аплодировал коллегам, находящимся в этот момент в операционной...



Олег Шиловских

мах стало само собой разумеющимся. Поэтому возникла идея провести конференцию в России. Мы 2 года над этим работали и организовали её в 1998 г. Она получила название «Евро-Азиатская». Находясь на



Выступает Ингрид Крейсиг

Рождение истины

Вторым интересным решением VII ЕАКО стал сам формат проведения конференции – «круглый стол», предоставляющий возможность обсудить только что прозвучавший доклад, высказать разные мнения.

– Сейчас все большие конференции стараются «взять» количеством докладов, опуская при этом их обсуждение, – комментирует заведующая кафедрой офтальмологии Пермского государственного медицинского университета им. Е.А.Вагнера профессор Татьяна Гаврилова. – А здесь предусмотрено время и на доклады, и на дискуссии, причём эти дискуссии начинают сами выступающие.

В этом Татьяна Валерьевна видит не только огромную пользу для практикующих хирургов, но и для молодёжи, только начинающей осваивать азы профессии.

– Мы не пропускаем ни одной Евро-Азиатской конференции, каждый раз их посещает большое количество офтальмологов из Пермского края. И мне как завкафедрой очень приятно, что в этом году нам удалось привезти практически всех наших ординаторов и интернов. В теории операции, показанные на «живой хирургии», ребята проходили, а сейчас увидели, да ещё и в таком блестящем исполнении!

Она убеждена: Екатеринбургский центр – один из лидеров отечественной офтальмологии. Здесь демонстрируют самый высокий класс операций, но что особенно ценно – ещё и под-

медицинской выставке, проходящей в рамках Евро-Азиатской конференции.

Многие специалисты отмечали: такая разноплановость обычно является привилегией больших съездов. И тем при-

вать, провели такие признанные эксперты, как Франк Ла Франко и Михаэль Гольдбаум из США, Винченцо Феррара из Италии и Ульрих Шпандау из Швеции. Чтения посетило более 80 специалистов.

определяем, какие технологии нужно внедрить на нашей территории. Знать, что делается в профессии и идти в ногу со временем мы просто обязаны ради наших пациентов, которые, я считаю, достойны этого.



В операционной

ятнее встретить подобное в Екатеринбурге.

Особенно следует выделить 110-е Чтения по витреоретинальной хирургии, «душой» которых является необыкновенная женщина – врач из Германии Ингрид Крейссиг. Именно она привезла иностранных медиков

В геометрической прогрессии

Кто-то из моих собеседников говорил, что конференция подарила ему массу открытий; кто-то отмечал, как важно ему было сравнить свои возможности с опытом других участников; для кого-то это мероприятие стало площадкой для демонстрации собственных достижений.

Но главное, что не только каждый находил что-то полезное для себя. Ни один человек не уехал, не обогатившись – знаниями, умениями, новыми знакомствами.

– Чем хороши конференции: собираются из разных регионов и стран, допустим, 500 человек – они набираются опыта у себя, потом делятся им, и этот опыт в геометрической прогрессии расходуется в разные стороны. С помощью этих конференций мы можем объять практически весь мир, – размышляет руководитель сети офтальмологических клиник в Тбилиси Георгий Петриашвили. – Не у всех есть возможность опубликовать что-то новое, а на конференциях происходит такая пилотная апробация новых идей. Лично мне было интересно новое оборудование, с помощью которого проводится фемтосекундная лазерная хирургия. В Грузии есть намерение освоить данную методику. Надеюсь, в следующий раз уже смогу поделиться нашим опытом.

– Для врачей из регионов такие мероприятия являются значимым этапом обучения и познания, – говорит заведующий окружным офтальмологическим центром окружной клинической больницы Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, главный офтальмолог Департамента здравоохранения округа Виталий Копылов. – Важно, что эту конференцию мы можем посетить, практически не выезжая из дома: Ханты-Мансийск и Екатеринбург достаточно близко. Здесь мы намечаем пути дальнейшего развития,

не только делиться опытом, но и перенимать что-то для себя приезжают и специалисты из Латвии, Казахстана, Узбекистана, других стран бывшего Союза.

– Некоторые лазерные технологии мы начинали первыми в Прибалтике, и ребята из Екатеринбурга тогда приезжали учиться к нам. Мы смогли им дать то, чего в России в то время ещё не было. А теперь они в авангарде и отлично владеют этими технологиями, в частности, фемтосекундной хирургией, – рассказывает офтальмохирург из Риги Яна

обнаружить такие объекты, гравитационная сила которых наиболее значима. Одним из них является и Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза».

Из отзывов участников конференции стало понятно, что дают им подобные мероприятия. Но вот зачем они центру?

– Нам это нужно для того, чтобы понимать, на каком уровне мы находимся, – объясняет О.Шиловских. – А если говорить об этой конференции, то мы старались объединить в ней темы, по которым нет единого мнения, и можно поспорить, по diskutieren и, глядишь, родить истину. Ведь не всегда идея приходит напрямую. Очень часто бывает, как в игре в бильярд: толкнул один шарик, он стукнул другой, третий, и в итоге появилась идея, совершенно отличная от первоначальной. Именно это и важно. Свидетельством того, что людям интересно сюда приезжать, является география нашей конференции. Она очень широка – более 700 специалистов из 15 стран, 160 докладов, 44 участника медицинской выставки, – подчёркивает он.

А ещё для директора центра данная конференция (впрочем, как и другие мероприятия) важна тем, что объединяет коллектив. В эти дни все сотрудники Центра «Микрохирургия глаза» были заняты на конференции.

Говоря о ней, невозможно обойти стороной её культурную программу, к которой я бы отнесла ужин, организованный в огромном зале для всех гостей в первый вечер и, конечно, потрясающий концерт в Уральской государственной филармонии, где с уникальной программой, подготовленной специально для участников конференции, выступил молодёжный оркестр. С сияющими от восторга глазами выходили из зала и слушатели, и музыканты.



В филармонии

Гертнер. – Нам здесь очень интересно, потому что достижения российской офтальмологии – абсолютно мирового уровня. Мы только что вернулись со съезда, который проходил в США, где американцы продемонстрировали технологии по хирургическому лечению глаукомы как нечто новое. Но 5 лет назад это уже было представлено доктором Дмитрием Ивановым из Екатеринбурга! То есть удивить чем-то мир могут, скорее, русские врачи.

Центр притяжения

Если рассматривать отечественную офтальмологию как космическую, планетарную структуру, то в ней можно

– Научная программа, это, конечно, замечательно, но мы стараемся создать особенную атмосферу, – подчёркивает Олег Шиловских. – Это бывает не везде. Такое может получиться, только если ты с полным сердцем во всём этом участвуешь.

Собственно, и высокий уровень конференции, и успешная работа центра уже более 25 лет стали возможными только потому, что и его руководитель, и любой сотрудник участвуют в этом действительно «с полным сердцем».

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Екатеринбург.



Общение в кулуарах (слева направо): слушатель Чтений по витреоретинальной хирургии Андрей Егоров, Винченцо Феррара и Франк Ла Франко

робно всё объяснить и предостерегут от ошибок.

– Все специалисты знают, что не бывает хирургии без проблем, – отмечает И.Малов. – И мало докладывать о своих победах и результатах, нужно в первую очередь видеть сложности и уметь найти пути выхода из них, применить определённые технические решения.

Проблемные вопросы обсуждались также и на других секциях ЕАКО, охватывающих абсолютно все направления офтальмохирургии. Важными для врачей были и спонсорские симпозиумы фармацевтических компаний и ведущих производителей оборудования, материалов и инструментария, которые определяют позиции на мировом рынке. Эти же фирмы принимали участие в

на 1-ю ЕАКО и с тех пор является искренним другом Екатеринбургского МНТК.

– Без малого 20 лет назад я провела здесь свои 10-е курсы по витреоретинальной хирургии, а сейчас провожу уже 110-е! Каждый раз, приезжая на Евро-Азиатскую конференцию, я отмечаю, как превосходно всё организовано, – делится она. – Центр идёт в ногу с мировым прогрессом. Те операции, которые я увидела, хорошо подготовлены и проведены. Приятно иметь дело с профессионалами своего дела. Вот почему я с радостью снова и снова приезжаю сюда.

Вместе с И.Крейссиг 110-е курсы по витреоретинальной хирургии, которые представляют большой интерес для врачей, начинающих опериро-

В состав экспедиции вошли с учётом заявки муниципальных учреждений здравоохранения 15 врачей по 14 специальностям, в том числе кардиолог, педиатр, иммунолог, эндокринолог, офтальмолог, детский психолог, логопед. Это опытные специалисты клиник ОАО «Российские железные дороги», Научно-исследовательского детского ортопедического института им. Г.И.Турнера, Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, НИИ детской эндокринологии, добровольческого движения «Даниловцы» и др. Бригада привезла портативный аппарат для проведения УЗИ, набор расходных материалов и медикаментов.

...Нехватка на Курилах узких специалистов – причина хронических недугов у местных жителей, перенесённых на ногах инфарктов, эндокринных и кожных болезней. Нет специалистов узкого профиля – они просто не предусмотрены на ту численность населения, которая имеется в некоторых районах. Выручать тех же больных детей призван педиатр, знающий, в том числе, неврологическую симптоматику, хирургическую патологию... Надежда – на десанты профессионалов из центра. Инициаторами их проведения выступили ЗАО «Гидрострой», ОАО «РЖД», попечительский совет Центра национальной славы и Фонда Андрея Первозванного при поддержке администрации Сахалинской области.

Жизненно необходимые экспедиции организуются регулярно с 2007 г. Весной дальневосточников навещают детские медики. Летом врачи из Москвы, Санкт-Петербурга, Хабаровска, Владивостока ведут приём взрослого населения. Профессионалы высокой квалификации едут за тысячами километров, чтобы оказать медицинскую помощь живущим на Курилах согражданам.

Вот и на этот раз жители Итурупа по традиции встретили долгожданных гостей с континента – участников пятой по счёту детской медико-просветительской экспедиции «Рубежи России» хлебом-солью. Многие специально взяли отпуска, отгулы, чтобы попасть к ним на приём. Это была встреча давних друзей.

Приём пациентов проводился в Курильской ЦРБ, а также в посёлке Горячий ключ. В ходе 2634 посещений зарегистрировано 699 заболеваний у детей, из

В особых условиях

От Москвы до острова Итуруп

На материк вернулась медицинская экспедиция «Рубежи России – 2015», которая неделю проработала на Курильской гряде



И стар и млад – пациенты врачей, регулярно приезжающих на острова Курильской гряды

них 360 – впервые. Так, у кардиолога на осмотре побывало 145 человек, в том числе 122 ребёнка. По результатам УЗИ сердца выявлены пациенты, нуждающиеся в диспансерном наблюдении. На острове оказалось достаточное количество больных с тиреотоксикозом. По мнению иммунолога, все дети нуждаются в дообследовании в областной больнице. Для ранней диагностики эндокринологической патологии рекомендовано, в частности, ввести в практику лабораторное обследование ребятишек. В местной поликлинике пока простаивает оборудование для ультразвуковой диагностики, в которой большая нужда.

Напряжённость пришлось потрудиться неврологу, ортопеду, офтальмологу, детскому психологу... Всем нашлась работа. Логопед провёл десятки индивидуальных консультаций. Родители благодарно встретили уроки врача ЛФК по обучению первичным навыкам массажа. Немало желающих было попасть к лор-врачу. И так по каждой специальности. Детский психолог – координатор добровольческого движения «Даниловцы»

Светлана Перегудова, к примеру, провела 140 индивидуальных приёмов, два групповых просветительских занятия, уроки с шестью классами, занятия с педагогами и медработниками.

– В этом году в состав экспедиции впервые вошли такие специалисты, как иммунолог, эндокринолог и психолог, – отмечает вице-президент Фонда Андрея Первозванного и Центра национальной славы Владимир Мищенко. – Были очень востребованы врачи ультразвуковой диагностики. Пациенты благодарно вспоминали помощь, которую они получили прежде, во время предыдущих приездов врачей. И ещё на этот раз порадовало большое число мам с колясками.

На обратном пути на Сахалине врачи-волонтеры обсудили итоги работы на Итурупе с министром здравоохранения области Александром Зубковым. Констатировали: появилось новое медицинское оборудование, внедряются новые методы исследований, дети объективно стали меньше болеть. Если раньше на Итурупе местная поликлиника и больница размещались во временках, то

теперь пациенты приходят в обновлённое здание, оснащённое современным оборудованием. Однако немало поводов и для тревожных раздумий: дорогие аппараты простаивают, специалистов по-прежнему не хватает. На Итурупе должна обязательно появиться возможность проводить УЗИ тазобедренных суставов и головного мозга детям до года. Нельзя мириться с тем, что на острове не проводится скрининг здоровья малышей, нет детского специалиста УЗИ, детского массажиста, физиотерапевта. В лаборатории трудится всего один лаборант, не хватает реактивов. Ситуация со стоматологической помощью детям была названа катастрофической: «Такое впечатление, что это крепостные дети XVIII века...» Логопедическая помощь на острове практически отсутствует. В детском саду и школе обязательно должны работать логопеды. Хотелось бы иметь также врача-эндоскописта, расширить пренатальную диагностику. В аптеках Курильска нет некоторых необходимых препаратов. Колоссальные бальнеологические возможности не используются, хотя их применение могло бы на 30% заменить медикаментозное лечение.

По оценке специалистов, ребятишки в Сахалинской области выглядят здоровее тех, кто живёт в центральной России. Однако дети порой имеют довольно запущенные стадии заболевания: сказывается отсутствие ранней диагностики...

– Это моя первая поездка на остров Итуруп, – рассказывает Ольга Гольжникова, педиатр Центральной больницы № 4 ОАО «РЖД». – Восемь часов в самолёте, потом теплоход и вот они – вулканы одного из крупнейших островов Большой Курильской гряды. Мы, волонтеры, приехали к дальневосточникам что называется по зову души.

График работы был очень напряжённым. Ко мне в кабинет недавно реконструированной больницы каждый день прихо-

дили 30-35 пациентов. Местные мальчишки, девчонки. Мама приносили малышей. Приходилось принимать и взрослых. Больница неплохо технически оснащена. Всего осмотрела 151 человека. Среди первичных диагнозов аллергический ринит, бронхиальная астма, бронхит, задержка роста... Одного ребёнка пришлось госпитализировать в больницу Курильска. Шести пациентам порекомендовала пройти дообследование у специалистов в Южно-Сахалинске.

Не скрою, было приятно видеть то доверие, уважение к мнению доктора, с которым приходили люди. Здесь уже привыкли к врачевным десантам. Сказывается острая нехватка специалистов. Несмотря на достаточно высокие ставки, медиков явно не хватает. При наличии современного оборудования некому проводить нужные медицинские исследования. Жители отмечают: в местных аптеках не всегда найдёшь нужные лекарства. Приходится ждать, когда их завезут с «материка»...

Пришлось порекомендовать расширить набор реактивов для лабораторной диагностики, обратить особое внимание на работу стоматологического кабинета: большинство юных пациентов нуждались в санации полости рта.

А вот для уролога ЦКБ № 2 им. Н.А.Семашко кандидата медицинских наук Армена Саркисяна это уже вторая экспедиция на Дальний Восток. Признётся: очень согревает сознание, что ты приносишь реальную помощь людям. Многие встречали как давнего друга. Приятно видеть добрые перемены: современное оборудование, обновлённую гостиницу, подготовку к строительству бассейна. Уролог провёл осмотр около 100 человек, в том числе 63 детей. По местному штатному расписанию в ЦРБ не должно быть уролога, хотя потребность в нём большая. Урологическими проблемами занимается местный хирург. Чтобы как-то скомпенсировать нехватку узких специалистов, А.Саркисян порекомендовал организовать обучение на курсах повышения квалификации местных хирургов больницы по специальности «урология».

Важной составляющей экспедиции по традиции стала культурная и духовно-просветительская сторона. В этот раз на Итуруп из Иерусалима прибыл Благодатный огонь, а также выставка, посвящённая «святому хирургу» – святителю Луке (В.Ф.Войно-Ясенецкому).

Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
корр. «МГ».

Перемены

Федеральный бюджет выделил дополнительные деньги на реализацию государственной программы «Развитие здравоохранения Новосибирской области в 2013-2020 гг.» Благодаря этому решению в нынешнем году региональное здравоохранение сможет потратить на 547 млн руб. больше, чем планировалось. Таким образом, общая сумма годовых расходов составит 21,9 млрд руб.

Как пояснил глава Минздрава Новосибирской области Олег Ивановский, за счёт средств федерального бюджета появилась возможность увеличить

Плюс-минус полмиллиарда

ассигнования на такую важную статью, как обеспечение льготников лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, а детей-инвалидов – специализированным лечебным питанием.

Другое направление, где стала возможной финансовая прибавка, – единовременные выплаты медицинским работникам по программе «Земский врач». Теперь число участников программы-2015 увеличится в 2 раза – до 100 человек.

Часть дополнительных федеральных средств решено направлять на софинансирование оказания жителям Новосибирской области высокотехнологичной медицинской помощи, которая не включена в базовую программу ОМС.

Наконец, небольшая часть полученной суммы – менее 4 млн руб. – пойдёт на профилактику ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов у населения региона.

На заседании правительства

Новосибирской области, где был представлен данный финансовый план, принято решение помочь здравоохранению территории и из собственного бюджета тоже. В частности, погасить кредиторскую задолженность перед строителями за ряд уже сданных медицинских объектов – строительство и реконструкция нескольких ЦРБ, поликлиник, амбулаторий – и один «замороженный» – областной перинатальный центр.

Что касается последнего, клинически и политически значимого объекта, срок его сдачи в сентябре 2015 г. безнадежно сорван, а долг региона перед строителями составил 465 млн руб. Губернатор Новосибирской области Владимир Городецкий поддержал предложение рассчитаться со строителями и пообещал ввести центр в эксплуатацию в конце 2016 г.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Двенадцать добровольцев готовятся провести в подземных помещениях немецкого научного центра 2 месяца, не вставая с постели. Эксперимент позволит учёным изучить воздействие длительных космических перелётов на человеческий организм.

Взгляд в будущее

Центр предполётной подготовки астронавтов и космических туристов EnviHab, недавно открытый под Кёльном немецким космическим агентством DLR, выглядит как здание будущего. Внутри возникает ощущение, что это место может находиться в любом уголке Земли. Или космоса. Возможно, вы на борту космической станции, вращающейся вокруг далёкой планеты. Или на съёмочной площадке научно-фантастического фильма. Это ощущение не случайно. EnviHab намеренно спроектирован таким образом, чтобы напоминать изнутри космическую станцию. Учёные, медики и инженеры имитируют здесь условия жизни вне Земли.

«Мы можем регулировать всё – уровень шума и освещения, температуру, даже состав воздуха», – говорит Ульрих Лимпер, кардиолог из Института авиакосмической медицины. – Это даёт нам возможность проводить в контролируемых условиях эксперименты, важные как для космических исследований, так и для земной науки».

Имитация невесомости

В рамках первого масштабного исследования, которое пройдёт в EnviHab этим летом, 12 участников проведут 60 дней в постели, чтобы

Эксперимент

Жизнь под углом 60 дней в постели ради науки



дать учёным возможность изучить воздействие длительных космических перелётов на человеческий организм. Команда медиков сейчас как раз занимается отбором добровольцев.

Понимание того, как организм адаптируется к жизни в невесомости, крайне важно для организации полётов в космос продолжительностью свыше нескольких месяцев. Так, пилотируемая экспедиция на Марс (с приземлением на поверхности Красной планеты) займёт по крайней мере 2 года, причём 18 месяцев экипажу придётся провести в условиях невесомости.

Исследования, проводимые на астронавтах, показывают, что

длительное пребывание в невесомости приводит к потере костной массы и атрофии мышц; кроме того, биологические жидкости приливают к голове, «раздувая» её (действительно, у летавших в космос головы увеличиваются в размерах).

– Чтобы создать условия, напоминающие невесомость, мы опускаем голову испытуемого на шесть градусов по отношению к корпусу, – говорит Лимпер. – Очень важно, чтобы голова находилась ниже туловища.

В таком необычном положении добровольцы будут принимать пищу со строго контролируемым составом питательных веществ. За испытуемыми будет вестись

круглосуточное видеонаблюдение. Даже душ они будут принимать на специальных лежаках – опять же, с головой ниже туловища, как и справлять нужду.

DLR уже провело несколько подобных экспериментов в партнёрстве с Европейским космическим агентством. Результаты этих исследований используются и на Земле – в изучении костных заболеваний и при организации ухода за лежащими пациентами в больницах.

Лёжа головой вниз, добровольцы будут читать, спать, смотреть фильмы или играть в компьютерные игры. Им также предстоит принять участие в ряде экспериментов. В течение 3 недель испытуемые будут постоянно подвергаться медицинским тестам, анализам и исследованиям крови, костной и мышечной ткани.

Впрочем, исследователи намерены внести некоторое разнообразие в монотонную лежачую жизнь своих подопечных. Поскольку одной из целей эксперимента является опробование методов противостояния деструктивному воздействию микрогравитации, участники будут выполнять ряд физических упражнений, которые, как ожидается, благотворно скажутся на их мышечном тонусе и состоянии здоровья.

В дальнейшем подобные эксперименты будут проходить с использованием центрифуги, которая представляет собой горизонтальную крестовину, каждое из четырёх плеч которой достигает примерно 3 м в длину. На одном плече установлена койка. Медики смогут раскручивать добровольцев, варьируя угловую скорость.

Трудности реабилитации

Добровольцы, которые согласятся провести 2 месяца в постели, постоянно подвергаясь различным медицинским процедурам, под конец эксперимента неизбежно будут чувствовать себя дезориентированными. Чтобы помочь им безболезненно вернуться к нормальной жизни, в центре имеется так называемый жилой модуль – в нём испытуемые проведут вместе некоторое время после окончания «лежачего» этапа.

Но даже жилой модуль выглядит почти стерильным. Хотя в нём имеются комфортабельные кресла (можно только догадываться, каким наслаждением станет для добровольцев возможность для разнообразия присесть) и огромный телевизионный экран, в помещении с голыми стенами отсутствуют окна. Единственные две вещи, разнообразящие интерьер, – это эмблема DLR на стене и красный огнетушитель в углу.

Участникам исследования предстоит пережить не самые простые несколько недель. Ничего неделание, как ни странно, весьма трудное занятие. Однако благодаря тщательному отбору мало кто из них сходит с дистанции.

Борис АДАМОВ.

По материалам BBC.

Гипотезы

Кислородный голод

Кровь несёт в мозг кислород, без которого нейроны погибают уже через минуту, поэтому так важно понимать механизмы ишемического воздействия на клетки.

Сотрудники Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова для определения насыщенности кислородом приемыли светящиеся наночастицы и сообщили о полученных результатах в Genome Biology. Известно, что гипоксия ведёт к клеточному стрессу, одним из проявлений которого является резкое повышение активности семейства HIF (Hypoxia Inducible Factor). Его «члены» кодируют синтез протеинов с функцией транскрипционных факторов, стимулирующих считывание генов, белки которых защищают клетки в условиях пониженного содержания кислорода.

Гипоксия отнюдь не благо, однако есть множество животных, которые неплохо живут именно в таких условиях, поскольку кислорода в их подземных ходах явно меньше, чем на поверхности. Один из ярких представителей – голый землекоп (Heteroscephalus glaber) живёт в северной Африке. Голые мыши и крысы давно привлекли внимание учёных, поскольку отсутствие волосяного покрова у этих грызунов вызвано мутацией в гене, без которого нет нормального развития тимуса, клетки которого в виде Т-лимфоцитов отвечают за реакцию отторжения и противораковую иммунную защиту организма (у таких животных без иммунодепрессантов приживаются самые разные ткани).

Голые землекопы восхищают биологов своим отсутствием волос на коже (хотя чувствительные «усы»-вибриссы у них нормально

развиты), а также уникальным долголетием (они живут в 10 раз дольше своих собратьев) и «резистентностью» к раку. Клетки у них не озлокачиваются даже в условиях гипоксии, так как концентрация кислорода в норных ходах не превышает 12% (мы дышим воздухом с 20%-ным уровнем живительного газа). Нехваткой кислорода и возможным отсутствием некоторого вида Т-лимфоцитов объясняют устойчивость к возникновению опухолей. К этому можно прибавить наличие гиалуронана, представляющего собой сахар с большим молекулярным весом (к таким сахарам относятся клетчатка и гликоген, а также крахмал). Гиалуронан входит в состав внеклеточного матрикса, который сдерживает рост и деление нормальных клеток, а также ограничивает их подвижность. Оказалось также, что в гене фермента, отвечающего за синтез этого сахара, присутствуют две уникальные мутации, которые выделяют голых землекопов из ряда 11 подземных сородичей, а также 57 других животных и человека, геномы которых опубликованы. Мутации обнаружили сотрудники университета королевы Марии в Лондоне.

Кислород нужен для разделения водорода глюкозы на протоны и электроны, при этом последние «проносятся» по цепи их переноса к кислороду, а протоны устремляются во внутренний канал грибовидной молекулы фермента АРТазы, отдавая свою энергию на синтез АТФ, главной «энерговалюты» клетки. Димеры АТФазы, образующие угол 86°, как выяснила в 2014 г. Карен Дэвис из Института биофизики во Франкфурте-на-Майне, сидят парно на гребнях крист внутренней

стенки митохондрий. Через год польские исследователи из Института молекулярной и клеточной биологии (Варшава) с коллегами из Фрайбургского университета показали, что для поддержания формы изгиба необходим выделенный ими протеин и ионы меди. Всё это может показаться малозначительным, но этот белок очень важен для правильной ориентации парных АТФаз и выработки ими АТФ. Но вернёмся к открытию, сделанному нашими университетскими учёными и их ирландским коллегой.

Известно, что уже через 20 минут ишемического стресса в клетках существенно меняется синтез протеинов на рибосомах за счёт включения белков HIF (то же происходит и в опухолевых клетках в их состоянии кислородного голодания). Ишемия затрагивает и функцию митохондрий с их белковым ферментом, являющимся сенсором нехватки кислорода. Учёные проводили опыты на клетках феохромоцитомы – опухоли надпочечников, содержащей и клетки нервной системы (neural). Выяснилось, что уже в первые минуты существенно меняется активность сотни генов, а через час синтез 3 тыс. белковых продуктов. Не остаются в стороне и сами рибосомы, плотность которых уменьшается. Авторы «подозревают», что им удалось найти более ранние регуляторные механизмы клеточного и рибосомального ответа на нехватку кислорода и глюкозы, классическая же активация генов белков HIF происходит значительно позже, то есть уже через известные 20 минут.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Genome Biology.

Опросы

Всё начинается с чистого белья

Согласно данным британского социологического опроса, чистые простыни являются одним из наиболее важных предметов, которые помогают человеку чувствовать себя счастливым.

Учёные опросили более 2 тыс. жителей Соединённого Королевства с целью выяснить, какие обстоятельства или предметы повышают уровень счастья. Выяснилось, что на вершине этого списка оказалось свежее постельное бельё. На второй строчке – ощущение лучей солнца на лице, а на третьей – благодарность от людей либо добрый поступок со стороны незнакомого человека. Лишь на четвёртой строчке расположилось желание неожиданно найти деньги, а на пятой – про-

вести какое-то время наедине с самим собой.

Кроме того, в первую десятку также вошли: сильный смех – до такой степени, чтобы от него заболел рот, валяние на диване, свежий хлеб, выполнение каких-то вещей для других людей и ощущение свежести после принятия душа.

Другой социологический опрос показал, что жители Великобритании слишком редко бывают счастливы, а также не часто испытывают положительные эмоции. Лишь каждый восьмой признался в том, что эти приятные чувства посещают его чаще, чем один раз в месяц. А почти 20% не хватает вдохновения.

Марк ВИНТЕР.

По информации Medikforum.

Однако

Сон — источник всего

Учёные из США пришли к выводу, что крепкий сон не только убирает тёмные мешки под глазами и дарит бодрость, но также усиливает сексуальное желание у женщин.

В ходе исследования выяснилось, что женщины, ночной сон которых был дольше, на следующий день имели более выраженное сексуальное желание. Согласно анализу данных, каждый дополнительный час сна увеличивал вероятность сексуального контакта с партнёром на 14%. Сон был также важен для генитального возбужде-

ния. Например, женщины, которые спали больше, в среднем имели меньше проблем с вагинальным возбуждением, чем женщины, регулярно недосыпавшие.

Эксперты полагают, что мало внимания уделяют роли сна в сексуальных вопросах. Однако не стоит думать, что если проспать 20 часов, либидо сильно возрастёт. Человек должен спать столько, сколько требуется на отдых телу и разуму, и делать это регулярно.

Алина КРАУЗЕ.

По информации medicinform.net.

Эстетическая хирургия

Берегись ботокса смолоду

Косметическая отрасль в Британии переживает бум. В 2005 г. она оценивалась в 750 млн фунтов стерлингов, а к 2015-му выросла до 3,6 млрд. Наиболее востребованы нехирургические методы вмешательства – использование искусственных наполнителей для разглаживания морщин, ботулинотерапия и лазерная депиляция.

Культ «замороженного лица»

Согласно данным исследования, всё больше людей младше 25 лет делают себе инъекции для разглаживания морщин. Однако подобная практика может затормозить способность к выражению эмоций, считают учёные. По их словам, мимика лица влияет на наши эмоции в той же степени, в какой и отражает их, поэтому использование ботокса в молодом возрасте может задержать эмоциональное развитие.

По словам автора исследования Хелен Кольтер, реалити-шоу на телевидении и культ знаменитостей из мира шоу-бизнеса приводят к тому, что молодые люди начинают мечтать о «замороженном лице без тени эмоций».

Инъекции ботокса с целью омолаживания и разглаживания кожи являются весьма рискованным делом и должны предоставляться только по рецепту врача. Об этом говорится в независимом расследовании, проведённом по заказу Министерства здравоохранения страны. По мнению авторов доклада, эти косметические процедуры, которые регулируются лишь самыми общими стандартами, чреватые серьёзным риском осложнений.

Тривиализация имплантатов

Призывы к регулированию этой отрасли стали особенно настойчивыми после скандала с силиконовыми имплантатами француз-

ской фирмы PIP, который выявил многочисленные злоупотребления. Никакого учёта женщин, которые подвергались операциям по имплантации этих грудных протезов, не велось.

Но ситуация не ограничивается только этим. В последнее время хирурги научились пересаживать подобные имплантаты в ягодицы и ноги. Они также пока не подлежат регулированию никакими стандартами. Европейский союз принимает меры по ужесточению правил. Однако новые меры вступят в силу не раньше, чем через 5 лет.

Все эти процедуры, как отмечают авторы доклада Британской ассоциации эстетической хирургии, остаются вне сферы закона и никак не регулируются. В докладе отмечается, что происходит тривиализация таких процедур, которые можно получить в салонах по первому требованию. В европейских странах использование грудных имплантатов и ботулинотерапии регулируется специально принятыми стандартами.

Кстати

Малолетка без морщин

Восьмилетняя девочка из Сан-Франциско была взята под опеку органов соцзащиты после того, как её мать призналась, что сделала дочери инъекцию ботокса. Мамаша Керри Кэмпбелл рассказала, что вколола своей дочке Бритни препарат для разглаживания морщин, чтобы та успешнее выступила на детском конкурсе красоты.

Сама 8-летняя девочка рассказала в интервью американскому телеканалу Эй-би-си, что уколы были болезненными, но при этом добавила: «Просто я не думаю, что морщины красивы на маленьких девочках».

Американские законы не запрещают колоть детям ботокс, так как этот препарат может быть использован при определённых медицинских показаниях, в частности при неврологических нарушениях. Однако в случае с Кэмпбеллами медицинских показаний не было.

Керри Кэмпбелл подрабатывает косметологом, поэтому она делала уколы дочери самостоятельно. При этом она отказалась говорить, где взяла ботокс. «У меня есть надёжный источник», – заявила она.

Юрий БОРИСОВ.

По материалам Journal of Aesthetic Nursing.

Исследования

Больше нервничаешь — больше ешь



По мнению швейцарских исследователей из высшей технической школы Цюриха, экстраверты, невротики и неорганизованные люди склонны к перееданию. В свою очередь, открытые для новых впечатлений добросовестные личности гораздо реже злоупотребляют вредными продуктами.

В исследовании приняли участие 1 тыс. человек. Добровольцы заполнили анкеты о питании и опросник, предназначенный для оценки выраженности пяти основных черт личности – откры-

тости, добросовестности, экстраверсии, уступчивости и невротизма.

Анализ данных анкет показал, что недобросовестные люди едят импульсивно и не могут устоять перед вкусной едой. Невротики пытаются заесть негативные эмоции. Экстраверты едят больше жирной пищи и выпивают больше алкоголя, потому что они, как правило, едят с другими людьми. Те, кто открыт для новых впечатлений, употребляют больше фруктов, овощей и салатов, а также реже едят мясо.

Марк ВИНТЕР.

По информации medicinform.net.

Лаборатории

Зарубежная печать не прошла мимо такой даты, как 145-летие со дня рождения всемирно известной личности – Владимира Ленина, и рассказала об «экспериментальной методике бальзамирования для сохранения внешнего вида, тактильных качеств и гибкости тела основателя Советского Союза».

«Работой по сохранению тела Ленина занимается московская организация, которая в постсоветские времена стала называться Научно-исследовательским и учебно-методическим центром биомедицинских технологий. Основная ответственность за обслуживание останков Ленина лежит на так называемой «мавзолейной группе», ядро которой составляют 5-6 патологоанатомов, биохимиков и хирургов», – пишет автор. И далее сообщает, что в период с 50-х по 80-е годы прошлого века, на которые пришёлся апогей исследовательской деятельности лаборатории, в ней трудилось до 200 человек. После распада СССР институт на какое-то время лишился государственного финансирования и до тех пор, пока ему вновь не начали выделять бюджетные средства (уже «куда более скромные»), функционировал за счёт частных пожертвований.

Если бы автор публикации был бы читателем нашей газеты, то мог бы почерпнуть эти и многие другие сведения о «мавзолейной группе» ещё четверть века назад. Так, Научно-исследовательским и учебно-методическим центром на деле зовётся Научно-практическая лаборатория. Помимо пожертвований, довольно скудных – главным

образом от весьма бедных членов униженной и оскорблённой КПСС, центр при Мавзолее принимал сам зарабатывать деньги. Внутренний заказ поступил от душеприказчиков Ким Ир Сена, позже обращались для бальзамирования тела президента Венесуэлы Уго Чавеса. Мизерную по тому времени зарплату сотрудники центра подплатывали частными заказами. Благо, если так позволительно выразиться, в ту пору богачи праведные и не очень гнили как мухи.

«Основная задача российского метода, – читаем дальше, – состоит в консервации физических кондиций тела – его внешнего вида, формы, веса, цвета, гибкости конечностей и упругости кожи». При этом не ставится цель сохранить подлинные биологические ткани, – объясняет автор. – Место настоящих ресниц Ленина, повреждённых во время первоначальных процедур бальзамирования, заняли искусственные. Лаборатории пришлось столкнуться с плесенью и морщинами на отдельных частях тела Ленина, особенно в первые годы.

Когда в 1945 г. пропал кусок кожи с ноги Ленина, исследователи создали заплатки из искусственной кожи. Они воссоздали нос Ленина, его лицо и другие части тела, чтобы вернуть им изначальный внешний вид и тактильные качества.

Чтобы сохранить в первозданном виде «ландшафт» кожи, большую часть подкожного жира заменили пластичным материалом, состоящим из парафина, глицерина и каротина.

«В смысле подлинности биологических тканей у тела остаётся всё меньше и меньше сходства с тем, чем оно было изначально, – говорит профессор социальной антропологии Калифорнийского университета (Беркли) Алекс Юрчак. – В этом кардинальное отличие от всего, что было раньше, например, от мумификации, где во главу угла ставилось сохранение оригинальных тканей, тогда как форма тела менялась».

Юрчак – автор книги «Всё было вечно, пока не перестало существовать» (Everything Was Forever, Until It Was No More). Сейчас он пишет новое исследование об истории тела Ленина, а также того отвержения науки, которое сформировалось вокруг него, и их политической роли в Советском Союзе и на постсоветском пространстве.

Напомним, когда в январе 1924 г. Ленин скончался, большая часть советского руководства выступила против идеи консервации его тела, предлагали похоронить его в закрытой могиле на Красной площади в Москве. Однако благодаря зимним холодам выставленное на всеобщее обозрение тело

оставалось в приличном состоянии почти 2 месяца... Благодаря этому у руководства появилось время ещё раз обдумать идею консервации тела на более долгий срок.

Бальзамирование тела было проведено по методике патологоанатома Владимира Воробьёва и биохимика Бориса Збарского. Процедуру осложнило то обстоятельство, что «врач, проводивший вскрытие Ленина, уже рассёк основные артерии тела и другие кровеносные сосуды. Если бы кровеносная система сохранилась нетронутой, легче было бы распределить по телу бальзамирующие растворы».

По словам Юрчака, «ленинская лаборатория» впоследствии разработала технологию микроинъекций, в соответствии с которой жидкости для бальзамирования доставляются к определённым частям тела через одну и ту же иглу, желательнее введённую в места, где уже существуют разрезы или следы от предыдущих вмешательств. Они также создали двухслойный резиновый костюм, который позволяет поддерживать тонкий слой бальзамирующего раствора вокруг тела Ленина, когда оно выставлено на обозрение; обычный мужской костюм надевается поверх этого резинового костюма.

«Раз в год тело бальзамируют заново – при этом его последовательно погружают в ванны с

раствором глицерола, формальдегидом, уксуснокислым калием, спиртом, перекисью водорода, раствором уксусной кислоты и уксуснокислым натрием. На каждый сеанс уходит примерно полтора месяца, – говорит Сью Блэк, директор Центра анатомии и идентификации человека при Университете Данди (Шотландия). – Эта последовательность операций значительно сложнее традиционных методов бальзамирования при помощи формалина».

Работа «ленинской лаборатории» дала ряд побочных результатов, которые сегодня используются в трансплантологии и других областях медицины, добавляет автор. В частности, придуманная российскими специалистами в конце 1980-х технология неинвазивного измерения уровня холестерина в коже была запатентована в Канаде и использована в наборах для самостоятельного тестирования, которые выпускаются под брендом PreVu.

«Сто лет назад ни в Советском Союзе, ни на Западе и представить не могли, что у Ленина будет и такое наследие», – заключает автор научного журнала.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам
Scientific American.

Модернизация — так во всём! Тело Ленина с годами совершенствуется

Якутскому республиканскому детскому санаторию, названному в честь известного фтизиатра Татьяны Дмитриевой, исполнилось 75 лет. За эти годы здесь пролечилось 33 тыс. детей, из них 4881 больной костно-суставным туберкулёзом, в том числе 77 детей с тяжёлыми формами, из Амурской, Иркутской, Магаданской областей, Хабаровского края и Корякского автономного округа. Юбилей – замечательный повод напомнить заслуги основателя и первого главного врача санатория Т.Дмитриевой, чья деятельность распоряжением Совета министров РСФСР 7 мая 1988 г. была увековечена в присвоении медицинскому учреждению её имени.

Училась охотно и с удовольствием

Будущий фтизиатр родилась 8 января 1906 г. в семье банковского служащего Парфения Феофановича Дмитриева, в знаменитом золотоносном городе Бодайбо Иркутской губернии. В их доме была обширная библиотека, нередко по вечерам устраивали чтение вслух. Дети особенно любили, когда читали отец или мать. Фёкла Никаноровна умела и шить, и вышивать, и плести кружева. Наряды детям придумывала сама, очевидно, она обладала художественным вкусом, что передалось и дочери, ведь Татьяна Парфеньевна и одевалась красиво, и стремилась, чтобы окружающая обстановка была уютна. Женщина деятельная, энергичная, Фёкла Никаноровна по устоявшейся традиции вела хозяйство, занималась воспитанием детей, а их в семье было четверо: две девочки – Таня и Тося, и два мальчика – Коля и Шура.

Воспитанная с детства в атмосфере высокой духовности и культуры, Татьяна обладала тонким художественным чутьём, которое впоследствии сыграло немаловажное значение в её деятельности, через всю жизнь она пронесла этот заряд любви и красоты. Восемилетней девочкой Таня поступила в Бодайбинскую начальную школу в подготовительный класс, а затем – в местную гимназию I ступени (1-4-й классы).

Когда семья в 1919 г. переехала в Якутск, она стала воспитанницей женского реального училища II ступени, обучалась в Якутском фельдшерско-акушерском училище.

Вообще Таня училась охотно и с удовольствием, успешно по всем предметам и могла выбрать любую специальность. Но всё же мечта посвятить себя медицине возобладавала. После окончания фельдшерско-акушерского училища в 1926 г. она поступает в Томское медицинское училище. Преподаватели советуют способной студентке ехать в Ленинград и сдавать вступительные экзамены в один из медицинских вузов.

Началось трудное, но интереснейшее время – годы учёбы в 1-м Ленинградском медицинском институте. Пять лет пролетели быстро, это были годы, оставившие глубокий след в жизни Татьяны. Незабываемы лекции знаменитых учёных-медиков, по учебникам которых и сегодня обучаются студенты-медики. Ей посчастливилось слушать терапевта Г.Ф.Ланга, физиологов И.П.Павлова, Л.А.Орбели, хирурга А.А.Вишневского. Уже получив диплом врача, вплоть до отъезда в ординатуру Татьяна продолжала посещать систематические врачебные приёмы в Петроградском районе, уделяя этому все свободные часы. По



Татьяна Дмитриева

Имена и судьбы

Творя лучистое добро...

Старые традиции не потускнели со временем в Якутском республиканском детском туберкулёзном санатории

сохранившимся свидетельствам, она проявляла при этом много личной инициативы, а также исключительную внимательность и чуткость к пациентам.

Ординатуру Татьяна проходила в Москве, там её приняла семья Серго Орджоникидзе. Весь период учёбы в столице она жила в доме человека, которого позднее справедливо назовут «тараном революции», поднявшего промышленность СССР до невиданных высот. Сегодня не все знают, что во время якутской ссылки выпускник церковно-приходской и фельдшерской школ С.Орджоникидзе с большим тщанием «пользовал» местных жителей, выполняя добровольно возложенную на себя врачебную миссию в полном соответствии с клятвой Гиппократова. Разновозрастные Серго и Татьяна духовно и по трепетному отношению к своему профессиональному долгу были близки...

В Якутию Татьяна возвращалась зимой, долгим и трудным путём: по «железке», на попутной грузовой машине, на оленях и лошадях. По дороге домой чувства переполняли молодого врача. Её ждала не только дорогая её сердцу земля Олонхо, но и интереснейшая самостоятельная работа...

Врачебная сумка всегда наготове

И вот – назначение заведующей районной больницей Мегино-Кангаласского района в селе Майя, где в это время открылся первый врачебный участок. В эти годы число жителей района достигало 21 тыс. человек, которые проживали в 31 наслеге. Позднее Татьяна Парфеньевна вспоминала, с каким неуёмным энтузиазмом она приступила к делу. Врачебная сумка у неё всегда была наготове. Днём и ночью, зимой и летом, в слякоть, дождь и снег она шла к пациентам, душой страдая за каждого из них. Молодой доктор возглавила

борьбу с антисанитарией, обучая премудростям этой важной работы «зелёных» сестёр и санитарок. Она развернула большую деятельность по подготовке открытий яслей и детских площадок на период посевной и уборочной компаний на селе. Результат не заставил себя долго ждать – показатель детской смертности среди организованных детей резко снизился.

В 1934 г. Дмитриеву переводят в Таттинский (Алексеевский) район, ставят заведующей Черкехской больницей. В командировочном удостоверении указано: «Просьба всем партийным, советским и общественным организациям оказывать всемерное содействие в продвижении, снабжении и т.д.». На новом месте работы Татьяна Парфеньевна

якутского резко континентального климата (продолжительная зима и сухое жаркое лето), Татьяна Парфеньевна вскоре доказала, что излечение от болезни, при условии благоприятного ухода, возможно. Санаторно-ортопедический метод, применяемый ею, представлял собой комплекс мероприятий: режим дня, аэротерапия, рациональное питание, медикаментозное лечение с основой разгрузки и мобилизации поражённого сустава, постельный режим, все виды гипсовых повязок, лечебная гимнастика с использованием условий внешней среды, занятость детей полноценным досугом при помощи педагогов и воспитателей.

Необходимости пребывания детей на свежем воздухе, особенно весной, летом и осе-

ганизовавший его врач прошёл в своё время хорошую школу по костному туберкулёзу и даёт хорошие результаты».

В 1950-е годы Дмитриева планировала подготовить диссертацию по материалам своей личной работы, а также на опыте санатория, даже тема была определена конкретно: «Ближайшие и отдалённые результаты лечения детей, больных костно-суставным туберкулёзом, в условиях Якутии». Но активная общественно-политическая деятельность Татьяны Парфеньевны не позволила ей закончить диссертацию. Санаторий определяется учебной базой. В нём стали проходить подготовку врачи различных специальностей: педиатры, фтизиатры, хирурги из Якутска и районов. Многие врачи санатория

ню, придавалась немалая роль. В качестве ещё одного условия выздоровления была определена атмосфера доброты и сердечности со стороны персонала, «узкаконенная» в санатории главным врачом.

Коллектив санатория состоял из очень молодых и без преувеличения красивых девушек. Выполняли они тяжёлую работу: водопровод и канализация отсутствовали, печь топили сами, воду, привезённую на лошадях в деревянных бочках, грели на плите. По утрам младшему медицинскому персоналу надлежало обслужить около 200 детей, среди них находились и юноши 17-18 лет. Очень непросто выдавался утренний туалет и банный день. Ведь нужно было всех лежащих детей перенести на руках, перемыть, перестелить постель. Этот труд требовал как немалой физической силы, так и моральной выносливости. Однако каждая из этих хорошеньких девушек в накрахмаленных белоснежных халатах, по воспоминаниям старых сотрудников, любила свою работу, понимала её значимость и потому буквально излучала собой добро.

В санатории был организован образцовый порядок, в нём всегда хозяйничал почти домашний уют. Только один факт: во время войны, в 1943 г., на основании отдельного приказа наркома здравоохранения Якутской АССР, санаторий приобретает фортепиано...

Суровый климат выздоровлению не помеха!

На I пленуме Совета по борьбе с туберкулёзом НКЗ СССР в РСФСР, состоявшемся в 1944 г., академик Краснобаев заявил: «Я недавно получил сведения из Якутска, там есть санаторное отделение общей больницы, в котором прекрасно организовано лечение детей, больных костно-суставным туберкулёзом. Ор-

вели серьёзную научно-исследовательскую деятельность, доказывая на практике, обосновывая научно то, чему была посвящена вся трудовая деятельность Татьяны Парфеньевны, – костно-суставной туберкулёз в условиях сурового климата излечим. Доклады о результатах лечения и постановке работы в северной здравнице не раз ставились в повестку дня научных конференций и сессий, проходивших в Якутске, Москве, Ленинграде, Риге и других городах. Плодотворное сотрудничество завязалось на многие годы с коллегами из Магаданской области и Чукотского национального округа.

В 1954 г. в Якутскую республику прибыла большая делегация, в составе которой находилось 12 академиков и профессоров для проведения совместной научной сессии бюро клинической медицины АМН СССР, Центрального института туберкулёза АМН СССР и ЯФИТ, при этом базой для работы служил детский костно-туберкулёзный санаторий.

Пожалуй, с тех пор санаторий становится центром лечения костно-суставного туберкулёза не только в Якутии, но и для целого ряда регионов Сибири и Дальнего Востока.

Видный государственный и общественный деятель Якутской АССР, заслуженный врач РСФСР и ЯАССР, отличник здравоохранения СССР, кавалер орденов Ленина, Трудового Красного Знамени и «Знак Почёта» Татьяна Дмитриева стояла у руля детского туберкулёзного санатория главным врачом 41 год. Дело, которому она посвятила жизнь, продолжается. Осенью этого года санаторий, многие десятилетия обретавшийся в деревянных зданиях, переезжает в каменные хоромы, специально построенные для него. Вот бы обрадовалась Татьяна Парфеньевна!..

Клара ЕВСЕЕВА,
врач-фтизиатр.

Якутск.

Однажды ночью я проводил операцию. Вся больница спала, за окном темень, и только над операционным столом пучок яркого света. Кругом тишина, лишь щёлкают инструменты. Вдруг, в разгар операции, раздалось жалобное: «Мяу-у...».

Я поднял на операционную сестру глаза.

– Что это?
Сестра оглянулась вокруг и пожала плечами.

– Но вы слышали?
– Слышала.

Я покачал головой, нагнулся над больным и продолжал работать. И вдруг снова: «Мяу-у...». И еще, и снова...

Отложив инструменты, я пошёл к двери, толкнул её ногой и позвал санитарку.

– Тётя Дуся, посмотрите, где-то в автоклавной котёнок кричит.

По жалкому писку бы ясно, что это именно котёнок, а не взрослая кошка.

Когда операция закончилась и больного увезли, включили все светильники, обошли и осмотрели все помещения, примыкавшие к операционной, но никого не нашли. Да и где кому быть – кругом голые стены.

Происшествие с котёнком осталось неразгаданным.

На следующий день готовились к плановой операции. Сёстры раскладывали инструменты, анестезиологи хлопотали у аппаратов, хирурги и студенты, как белые мушкетеры, застыли вокруг.

И вдруг: «Мяу-у...». Через короткий интервал – снова, непрерывно, настойчиво, требовательно: «Мяу, мяу, мяу-у...».

Операционная резонировала звук, отчего казалось, будто котёнок кричал посреди неё. Все изумлённо завертели головами. Однако скоро стало ясно, что звуки исходили от северной глухой стены. В ней шёл вентиляционный ход, куда, очевидно, и попал котёнок.

Работать в такой обстановке было невозможно, и операцию отложили.

Как быть в этой ситуации? Хирурги потребовали разломать стену и вытащить котёнка. Заведующий замахап руками:

– Да вы что! Ломать стену... Выберется сам. Залез же он как-то туда.

В последующие дни опериро-

А ещё был случай

Кошка Катька



вали только срочных больных. Котёнок продолжал кричать, причём именно тогда, когда шла операция. Кончалась работа, и он умолкал. Очевидно, он слышал шум и движение и в эти моменты вызвал о помощи.

Мы требовали от заведующего каких-то действий, но он отвечал:

– Да ему недолго осталось кричать, – с намёком на то, что котёнок с каждым днём кричал всё слабее.

Именно этот намёк и взбудоражил врачей. В операционную был вызван мастер. Он выбил кирпичи в намеченном месте, засунул туда руку, и извлёк на свет божий маленькое жалкое существо.

Котёнок был с ладонь величиной, из-за пыли цвет его невозможно было определить. От истощения он не мог ни стоять, ни ползать. Яркий свет слепил его, и он не мог разомкнуть веки.

Сбежалась вся больница. Большинство смотрело с состраданием. Но что же с ним делать? Заведующий сказал просто: «За задние лапы и на мусорку...» Операционная сестра жалобно произнесла: «Бедненький...» Конечно, испол-

нить распоряжение заведующего не взялся никто.

Котёнка отмыли тёплой водой. Получился маленький скелетик, обтянутый кожей с редкими волосёчками. Поставили ему блюдце с молоком, макнули мордочку, но он попытался, зафыркал и повалился набок – он был так слаб, что не мог есть. Тогда воспользовались спринцовкой. Насосали в неё молока и вприснули в разжатый ложкой ротик. Котёнок закашлялся, заперхал, но проглотил.

Так кормили первые дни, а потом он стал есть сам. В коридоре под лестницей соорудили ему постельку. Там он и стал жить.

Вся больница принимала участие в его судьбе – и персонал и больные. Котёнку несли такое количество еды, которым можно было прокормить тигра. Обступив лестницу, больные часами наблюдали, как на тряпичной постели ползал серый комочек.

Общими усилиями котёнок был поставлен на ноги. Через две недели это уже был весёлый игрун и проказник. Спрятавшись под лестницей, он сверкал оттуда глазёнками и вдруг выскакивал

из засады к ногам проходившей санитарки. Испугав её до смерти, прятался в укрытие.

Ребятишки из детского отделения целый день играли с ним, заставляя бегать за бумажкой, привязанной к нитке.

Со временем наш котёнок превратился в пушистую жирную кошку и её назвали Катькой.

Ранним утром, когда больные ещё спали, она выходила в вестибюль, где в креслах дремали родственники, приехавшие проведать больных. Остановившись посреди вестибюля, Катька поднимала вверх хвост, поворачивала во все стороны усатую мордочку и с важным видом осматривала людей. Казалось, она вот-вот раскроет зубастый ротик и скажет: «Ну, где тут болящий?»

В шесть утра она ходила по палатам. Протиснется в дверь, открывая её своим телом, обойдёт комнату, обнюхает тапочки, поднимется на задние лапки, осматривает тумбочки – будто проверяет, везде ли порядок, в дверях ещё раз оглянется и идёт в другую палату.

«Катька обход делает...», – говорили больные.

Днём она грелась на ступеньках подъезда у самой двери, так что входящие и выходящие вынуждены были переступать через неё.

Если подъезжала «скорая», Катька сейчас же вскакивала и бежала к машине, на своём кошачьем языке спрашивая у фельдшера: «Кого привёз?»

Когда Катька стала совсем взрослой, у неё появилась любовь. Однажды тётя Дуся, принесла под лестницу завтрак, обнаружила, что из её миски ест лохматый грязный кот. Катька лежала рядом и делала вид, что это её не касается, что всё нормально, что так и должно быть.

Новость сейчас же облетела больницу. Некоторые возмутились: «Это безобразие, этого нельзя допускать!..» Но, как известно, люди склонны прощать и оправдывать тех, кого они любят, и вскоре стали говорить: «Что ж тут такого? Катька тоже человек...»

К тому же кот никому не досаждал, его мало кто видел. При появлении людей он немедленно прятался под лестницу, а если его пытались рассмотреть там, опрометью выскакивал и исчезал за дверью. Он словно бы понимал, что находится здесь вне закона, что он здесь не прописан. Никому доподлинно даже не было известно, живёт ли он с Катькой под лестницей постоянно или только навещает её. К его существованию привыкли и не считали его «персоналом нон грата».

Однако больничное начальство забеспокоилось. Одно дело – кошка, и другое – кошки. Пошли разговоры: «Где это видано, чтобы кошки жили в больнице? Кто это придумал?» И постановили: кошек из больницы – вон!

Кстати подвернулся кладовщик из торгового, который жаловался: «Мыши заели...» Кошек сейчас же изловили, посадили в мешок, и кладовщик унёс их.

Однако в вестибюле толпа больных преградила ему дорогу: «Только через наш труп!»

Мешок отобрали, кошек выпустили, и они до сих пор живут у нас под лестницей, скрашивая больным вынужденное заточение. К тому же не зря говорят, что кошка тоже врачеватель. Стало быть, коллега.

Яков КРАВЧЕНКО,
хирург.

г. Острогожск,
Воронежская область.

Мягкая кожа					Архи- тектор ... Бланк		Прядь волос	СКАНВОРД										Холоп					Ураган	Порода кошек															
	Тропич. дерево	Гребная шлюпка		Пасто- раль Корнеля					Скань						Зрачок		Пустыня, Африка	Камба- ла		Греции		Зло (устар.)																	
				Мало- кровие	Покры- вало, лошадь	Водо- плав. птица	Турге- нев, роман		Экват. соз- вездие		Аромат. угле- водород	Напро- тив зенита		Город, Сахалин			Рисовая водка																						
	Мили- ционер	Параце- тамо					Неб. якорь					Лева- мизол							Жир (стар.)																				
				Гете, Шиллер, журнал			... за боль- ным	Детский сад						Богиня време- ни года			День недели																						
	Плодо- вая травя	Ручное с/х орудие			Карлик. анти- лопа				Актю- бинск, река		Фами- лия		Свети- льник	Фейхоа					Уста																				
			Силь- ный слог		Сторона топора			Англ. живо- писец			Преис- подняя																												
	Член "Могу- чей кучки"				Фран- сиско ... де Гойя				Рак																														
Автор Валерий Шаршуков			Метро- нидазол		Ишкур			Слав. мифол. персо- наж																															
																Д Е Л О						С У Ф Ф И К С																	
																Х	О	С	Т	А	О	П	М			П	А	Н	Ц	Е	Ф		Л	С	Ф				
																А	Т	Н	А	Н	Т	А	Р	И	Д		А	О		И	С	А	Р	И	Е				
																Л	Ж	Е	Ц		Ж	Ш		Г	У	Д	Р	О	Н		А	Н	Т	И	К	Л	Ю	Д	
																А	Л		П	И	А	Л	А		Д		А	Б	О	В		К	Т	О	Н	И	Н	О	
																В	У	Л	К	А	Н		О		Д	Ж	У	Т		Е	И	К	С	И	О	Н	Т	О	Т
																Е	Е	Р	Л	Я	М	К	А		А	К	И		Р	О	Д								
																Н	Е	Р	К	А	А	В	Р	А	Л		Б	И	О	К	О								
																	А	С	А	Л	А	Т		У	Х	О		Н	А	Р									
Ответы на сканворд, опубликованный в № 38 от 27.05.2015.																																							

Ответы на сканворд,
опубликованный
в № 38 от 27.05.2015.

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 – В.ЕВЛАНОВА.

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 № 15-04-00499
Тираж 31 140 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; С.-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.