

# Медицинская

17 июня 2015 г.  
среда  
№ 43 (7565)

# Газета®

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

События

## Державный подход к гемодиализу

Нефрологи Кузбасса лечат болезни почек на мировом уровне



В Кемерово после завершения капитального ремонта и полного переоснащения открылся современный центр гемодиализа. Он стал третьим объектом, введённым в эксплуатацию в рамках реализации проекта государственно-частного партнёрства в медицине Кузбасса.

Новый центр гемодиализа базируется на площади Кемеровской областной клинической больницы, оснащён 40 современными аппаратами «искусственная почка» и рассчитан на оказание помощи 240 пациентам. Каждое диализное место оборудовано компьютерным моноблоком и подключено к автоматизированной интеллектуальной системе помощи врачу. Компьютер сам подбирает

И пациенты, и медперсонал в новом центре чувствуют себя комфортно

режим фильтрации крови и контролирует качество процедуры. Все данные автоматически заносятся в историю болезни. Система реагирует на развитие любых осложнений и сообщает об этом лечащему врачу. В случае необходимости прямо во время лечения пациент и его доктор с помощью телемедицины могут в режиме онлайн получить консультацию ведущих специалистов-нефрологов России. Каждый компьютер оснащён ещё и опцией выбора каналов телевидения и кинокартин из фильмотеки «Мосфильма» – приятный бонус для пациентов, вынужденных лежать 4-5 часов, пока длится гемодиализ.

В 2013 г. аналогичный центр был

открыт в Новокузнецке, на базе горбольницы № 1, и в Белове, на базе горбольницы № 2. По сравнению с 2012 г., когда в Кузбассе имелось всего 52 диализных места, общий «парк» аппаратов увеличился почти вдвое – до 95. А общее количество пациентов, получающих эту специализированную помощь, – до 610.

Чтобы работать на современном оборудовании, 34 специалиста (врачи и средний медперсонал) прошли дополнительное обучение в Кемеровской медакадемии. А старшие медицинские сёстры диализных центров – ещё и стажировку в клиниках Швейцарии.

(Окончание на стр. 2.)

Татьяна СЕМЁНОВА,  
директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России:

Целевой приём является единственным действенным механизмом, который при правильном использовании может заменить государственное распределение.

Стр. 6



Александр ГРОМОВ,  
главный нарколог Управления здравоохранения Рузского муниципального района Московской области:

Сущность поведения любого наркологического больного, будь то заядлый курильщик табака, горький пьяница или наркоман, можно выразить одним словом – самоубийство.

Стр. 7



Илья ТИМОФЕЕВ,  
директор Российского общества клинической онкологии:

В нашей стране произошла подмена терминов: под «диспансеризацией» у нас понимают «раннюю диагностику», что совершенно неправильно.

Стр. 10



Перспективы

## Лекарства – на Чукотку

Департамент социальной политики Чукотского автономного округа разработал механизм финансовой поддержки аптечных организаций региона в части возмещения транспортных расходов, связанных с доставкой лекарственных препаратов по территории Чукотки.

Новый вид государственной помощи будет предоставляться фармацевтическим предприятиям в виде субсидии из окружного бюджета. Причём, по информации департамента, транспортными расходами будут считаться не только средства, затраченные на авиационную доставку лекарственных препаратов до населённых пунктов Чукотки, но и затраты, связанные с транспортировкой лекарств посредством почтовой связи.

По мнению первого заместителя губернатора, начальника Департамента социальной политики Анастасии Жуковой, введение данной меры государственной помощи является необходимым и важным действием правительства Чукотки, поскольку с доступностью лекарственных

средств на этой территории очень непросто.

– В отдалённых и труднодоступных сёлах, а в округе таких – более половины от общего числа населённых пунктов – проживают представители малочисленных народов, преимущественно ведущих традиционный образ жизни. Затратное транспортное обеспечение, низкая укомплектованность фармацевтическими кадрами и ряд других факторов приводят к известным проблемам, в том числе и к нерентабельности ведения аптечного бизнеса, – поделилась А.Жукова.

Новая мера государственной помощи включена в качестве мероприятия в государственную программу «Развитие здравоохранения Чукотского автономного округа на 2014-2020 гг.» Его реализация будет способствовать обеспечению населения оптимальным ассортиментом лекарственных препаратов, в том числе с учётом эпидемиологической ситуации и сезонности.

Николай РУДКОВСКИЙ,  
собр. корр. «МГ».

Анадырь.

Профилактика

## Школьники знакомятся с врачами

В Алтайском крае успешно прошла декада борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, задача которой – улучшение доступности кардиологической помощи жителям региона.

В эти дни специалисты центра здоровья городской больницы № 6 Барнаула провели выездные осмотры работников ряда барнаульских предприятий, а врачи городской больницы № 4 побывали у студентов Алтайского государственного университета им. И.И.Ползунова, Алтайского архитектурно-строительного колледжа. Автопоезд «Здоровье» совершил те-

матические выезды в Ребрихинский, Калманский и Петропавловский районы.

День открытых дверей прошёл в краевом кардиологическом диспансере. Поскольку он совпал с Международным днём защиты детей, главными гостями стали школьники. Ребята посмотрели фильмы о профессии врача, познакомились с работой кардиолога, кардиохирурга, медицинской сестры-анестезиста и др., прослушали лекцию о здоровом образе жизни, побывали на экскурсии по подразделениям диспансера. Цель акции – профессиональная ориентация, расширение знаний

о медицинских профессиях, а также пропаганда здорового образа жизни среди несовершеннолетних.

Жители региона смогли принять активное участие в акции «Все на борьбу с гипертонией!», которая прошла на нескольких площадках краевой столицы. Также в этот день все медицинские организации Алтайского края, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, провели день открытых дверей для населения.

Алёна ЖУКОВА,  
спец. корр. «МГ».

Барнаул.

Поздравляем с Днём  
Медицинского  
работника!

Примите самые искренние  
пожелания здоровья,  
счастья и удачи!



Stormoff®  
group of companies

(495) 956 05 57, 780 07 90  
[www.stormoff.com](http://www.stormoff.com)

**Новости**
**Неврологи — решительно  
против инсульта**

Юбилейная научно-практическая конференция неврологов Центрального федерального округа «Актуальные проблемы неврологии», посвящённая 125-летию со дня рождения профессора Николая Иценко, прошла в Воронеже.

В ходе конференции состоялось обсуждение ряда актуальных проблем хронической неврологии на современном этапе, в том числе социально значимой проблемы инсульта. Главным достижением Воронежской области является создание 10 первичных и одного регионально-сосудистого центра, что позволяет госпитализировать 98% больных с острым нарушением мозгового кровообращения в профильные отделения и снизить госпитальную летальность до 18%. В области также имеется трёхуровневая система реабилитации: от коек и отделений ранней реабилитации до амбулаторной реабилитации.

«Программа помощи таким пациентам находится под контролем Президента и Правительства РФ, благодаря этому нам удалось снизить смертность от инсультов в регионах на 40%, а в сельских районах — на 70%», — пояснил главный невролог ЦФО М.Луцкий.

**Оксана КОЗЛОВА.**

Воронежская область.

**...И 70 новых рабочих мест**

На территории Смоленской областной клинической больницы открылся мощный диализный центр. Центр имеет 40 аппаратов «искусственная почка» нового поколения, его мощность — 37 тыс. процедур в год.

Как сообщил корреспонденту «МГ» главный врач больницы, депутат Смоленской областной думы Евгений Каманин, сдача в эксплуатацию центра полностью решает вопрос дефицита диализных мест в регионе и в значительной степени удовлетворяет потребности территории на перспективу. Пока по направлению Департамента по здравоохранению процедуру гемодиализа в центре проходят 100 пациентов и 10 обеспечиваются процедурой перитонеального диализа, в то же время мощность учреждения позволяет эти показатели доводить до обслуживания 240 и 100 пациентов соответственно.

Обеспечивать высококачественной медицинской помощью больных с хронической почечной недостаточностью будут врачи-нефрологи, диализные сёстры и операторы-лаборанты — смоленские медики получили 70 новых рабочих мест.

**Владимир КОРОЛЁВ.**

Смоленск.

**Электронное прикрепление**

Столичные жители смогут подать заявление на прикрепление к любой московской поликлинике в режиме онлайн. Об этом заявил заместитель руководителя Департамента информационных технологий Владимир Макаров. По его словам, функция дистанционного прикрепления к поликлинике будет доступна на московском портале госуслуг уже в июле — августе 2015 г.

«Жители столицы смогут подать онлайн-заявление, которое в течение 30 дней будет рассматриваться главным врачом медучреждения. Форма заявления уже утверждена Минздравом, — отметил В.Макаров. — При этом онлайн-сервис не будет гарантировать прикрепление к любой поликлинике. Желание пациентов не всегда совпадает с возможностями медицинских учреждений. Поликлиника может быть перегружена, и тогда пациенту могут отказать. Кроме того, согласно законодательству, медицинское учреждение можно выбрать не чаще раза в год, если это не связано со сменой места жительства. Эти ограничения также будут учитываться на портале», — подчеркнул он.

Идею дистанционного прикрепления к поликлинике поддержала заместитель директора Московского фонда ОМС Юлия Булавская. «Это очень удобно. Жители Москвы активно пользуются государственными услугами в электронном виде. Считаю, что этот сервис будет пользоваться спросом», — сказала она.

**Яков ЯНОВСКИЙ.**

Москва.

**Операции почти без крови**

Технический парк Омской клинической больницы скорой медицинской помощи № 2 пополнился современным цифровым рентгенологическим комплексом. Он оснащён усилителем изображения, системами регистрации и отслеживания больных и несколькими мониторами, а его применение возможно при любых оперативных вмешательствах в таких направлениях хирургии, как травматология, ортопедия, урология.

Это оборудование сокращает длительность операций и значительно снижает лучевое воздействие на пациентов и медиков. Вместе с установкой С-дуги в нужной проекции длительность выполнения одного снимка занимает не более минуты, а его увеличенное изображение отображается на мониторе. Как отметил заместитель главного врача больницы Анатолий Калиниченко, это уже вторая по счету современная рентгеновская установка в ЛПУ, а до их появления проводить малоинвазивные операции по прогрессивным методикам было просто невыполнимо. Теперь число почти бескровных операций через минимальные разрезы увеличится минимум вдвое, а значит, на столько же уменьшится и срок пребывания прооперированных пациентов на больничной койке.

Новый цифровой рентгенологический комплекс, на приобретение которого из бюджета Омской области была выделена субсидия в 13,8 млн руб., уже установлен в специальном операционном блоке, и первые операции с его применением завершились успешно.

**Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.**

Омск.

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

**События**

# Державный подход к гемодиализу



(Окончание. Начало на стр. 1.)

А толчком к развитию диализной службы в Кузбассе послужила реализация проекта государственно-частного партнёрства в медицине региона. Партнёром государственного сектора здравоохранения выступило медицинское частное учреждение. В безвозмездную аренду на длительный срок ему передали около 5 тыс. м<sup>2</sup> больничных площадей, и частный инвестор вложил в их ремонт, реконструкцию и переоснащение около полумиллиарда рублей. То есть, по сути, за свой счёт провёл модернизацию службы, сохранившей государственный характер.

Выступая на открытии нового центра, временно исполняющий обязанности губернатора Кемеровской области Аман Тулеев назвал это примером социально-ориентированного бизнеса. И поблагодарил за державный подход к медицине региона руководство

**Медицинский директор частного медучреждения В.Лотц показывает новый центр гемодиализа врио губернатора Кемеровской области А.Тулееву, его заместителю по вопросам здравоохранения А.Сергееву и другим гостям клиники.**

частного учреждения. Сегодня это учреждение выступает в роли управляющей компании: поддерживает в рабочем состоянии медицинское оборудование, закупает одноразовые расходные материалы для каждого сеанса гемодиализа, платит зарплату медперсоналу... А территориальный фонд ОМС Кемеровской области рассчитывается с ним по утверждённому тарифам.

Работа по совершенствованию помощи пациентам с заболеванием почек в Кузбассе будет продолжена. До конца текущего года запланировано открыть ещё один центр гемодиализа на 24 места — в Прокопьевске, на базе городской больницы № 1. Чтобы таким образом приблизить специ-

ализированную помощь к жителям центральной части области.

Очередь на гемодиализ формируется из пациентов, которые уже попали в поле зрения врачей. Но чтобы своевременно выявлять их, нужна соответствующая служба. Поэтому на базе всех центров гемодиализа организован консультативный приём нефрологов и созданы мощные лаборатории. А кроме того, врачи первичного звена государственного и муниципального сектора здравоохранения Кемеровской области прошли обучение по оценке стадий хронической болезни почек.

**Валентина АКИМОВА,**  
соб. корр. «МГ».

Кемеровская область.

**Фото Фёдора БАРАНОВА.**

**Идеи**

# Прямо и уверенно!

**Сибирские учёные-неврологи предложили альтернативу дорогостоящему комплексу компьютерной стабилометрии, который используется для коррекции нарушений равновесия и ходьбы в результате синдромов гемипареза и нижнего парапареза, а также у больных с мозжечковыми и вестибулярными атактическими синдромами.**

В Красноярском государственном медицинском университете разработали устройство для нейрореабилитации — «Стабилизирующие платформы». Действие оборудования, которое помогает неврологическим пациентам заново учиться ходить прямо и держать равновесие, основано на изменении эффективной площади опоры и использования голенистой и тазобедренной постуральных синергий. Эффективность стабилизирующих платформ доказана в ходе научных и клинических исследований, причём простота конструкции позволяет использовать её как в лечебных учреждениях, так и в домашних условиях.

Разработкой красноярских учёных заинтересовались производители медицинского оборудования, и уже в ближайшее время начнётся изготовление столь важного нейрореабилитационного устройства в промышленных масштабах.

**Елена БУШ,**  
соб. корр. «МГ».

Красноярск.



**Фото автора.**

**Вот так выглядит это полезное устройство: никаких компьютеров, дешево и сердито**

Официально

## Младенческая смертность от врождённых аномалий снижается

Показатель младенческой смертности от врождённых аномалий с 2010 по 2014 г. снизился на 11,5% (с 18,2 до 16,1 на 10 тыс. родившихся). Об этом сообщается на правительственном портале, где опубликованы данные о результатах контроля за проведением пренатальной диагностики беременных.

За 3 месяца 2015 г. показатель младенческой смертности от врождённых аномалий составил 13,6 на 10 тыс. родившихся, что на 16,6% меньше, чем за аналогичный период 2014 г., отмечает кабинет министров, говоря о ходе работы по выполнению поручения Президента РФ № Пр-1165 от 26.05.2014 (подпункт «г» пункта 4) об усилении контроля за проведением пренатальной диагностики беременных.

Мероприятия по внедрению комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребёнка (далее – пренатальная диагностика) проводятся с 2010 г.

Финансовое обеспечение пренатальной диагностики за счёт

средств федерального бюджета в 2014 г. составило 850 млн руб., которые распределены 77 субъектам Федерации и направлены на закупку оборудования и расходных материалов. Обследовано 1,2 млн беременных женщин, или 83% от числа вставших на учёт по беременности до 14 недель (плановый показатель в соответствии с государственной программой «Развитие здравоохранения» – 45%).

В субъектах Федерации проведение пренатальной диагностики регламентировано нормативными правовыми актами, определён порядок её проведения, закуплено необходимое медицинское оборудование и расходные материалы, проведена подготовка и осуществляется плановая переподготовка врачей-специалистов.

Росздравнадзором в 2014 г. проведено 96 проверок в медицинских организациях системы родовспоможения, из них 83 – внеплановых. В ходе проверок в ряде регионов отмечена недостаточная обеспеченность врачами-специалистами, участвующими в проведении пренатальной диагностики.

В отдельных регионах при сроке беременности 11-14 недель не назначалось ультразвуковое скрининговое обследование и определение материнских сывороточных маркеров, иногда установленные сроки нарушались. Не проводился также программный комплексный расчёт индивидуального риска рождения ребёнка с хромосомной патологией, отмечены факты позднего выявления врождённых пороков развития при обследовании в медико-генетической консультации.

По всем фактам выявленных нарушений проведён анализ и приняты необходимые меры для исправления ситуации.

Минздрав России осуществляет ежемесячный мониторинг мероприятий по пренатальной диагностике, включающий анализ охвата ею беременных женщин и оценку результатов исследований. Вопрос находится на постоянном контроле Минздрава, Росздравнадзора и органов исполнительной власти субъектов Федерации.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Демография

## Как движется население?

Всероссийское селекционное совещание, посвящённое показателям естественного движения населения (изменение его численности в результате рождений и смертей), прошло под председательством вице-преьера Ольги Голодец в Доме Правительства РФ.

Как сообщила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, по результатам февраля – апреля этого года положительной динамики удалось добиться в

показателе младенческой смертности: «За первые 4 месяца этого года он снизился на 13%. Снижение младенческой смертности наблюдается в 56 субъектах Российской Федерации». Наиболее неблагополучными регионами по количеству младенческих смертей на сегодняшний день являются Чукотский автономный округ, республика Марий Эл и Тыва, Камчатский край, Дагестан.

По словам главы Минздрава, по результатам 2014 г. удалось снизить и материнскую смерт-

ность – до 10,8 на 100 тыс. родов: «Это очень хороший показатель. За последние 3 года нам удалось снизить материнскую смертность более чем на треть», – подчеркнула В.Скворцова.

По итогам селекционного совещания с регионами О.Голодец поручила взять под особый контроль вопрос о показателях проведения тромболитизиса пациентам с острым коронарным синдромом.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сити!

Проекты

## В Сколково создаётся международный медкластер

Госдума РФ приняла во втором и третьем, окончательном, чтениях Федеральный закон «О Международном медицинском кластере и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

Кластер разместится на территории инновационного центра «Сколково» на площади 185 тыс. м<sup>2</sup>. Здесь возведут клинично-диагностический многопрофильный центр со стационаром и центром онкологии, детским стационаром и перинатальным центром, а также клиниками нейрохирургии, ортопедии и кардиологии.

Закон о международном медкластере разработан во исполнение пункта 12 перечня поручений Президента РФ № Пр-930 от

12.04.2012, которым предусматривается создание на территории Москвы такого кластера, структурно включающего лечебные, образовательные и научные направления деятельности и введение специального правового режима функционирования.

Кластер создаётся в целях развития медицинской деятельности по оказанию медпомощи, совершенствования её качества, проведения научных исследований, организации образовательной деятельности в области охраны здоровья граждан, содействия созданию новых лекарственных препаратов, медицинских технологий и медицинских изделий, а также развития международного сотрудничества в указанных сферах.

«Основные задачи кластера – привлечение в Россию прогрессивных медицинских технологий,

совершенствование медицинской помощи, разработка новых лекарственных препаратов, проведение научных исследований, ведение медицинской образовательной деятельности», – пояснил глава Комитета Госдумы РФ по экономической политике, инновационному развитию и предпринимательству Анатолий Аксаков.

Принятие данного закона, говорится в пояснительной записке к нему, позволит уменьшить количество административных барьеров, препятствующих в настоящее время привлечению в Российскую Федерацию передовых медицинских технологий и стандартов, а также объединить усилия государства и частного бизнеса для интенсивного развития медицины, научных исследований и образования в области охраны здоровья.

Игорь МАЛОВ.

Начало

## В Хабаровске будет «Академия здоровья»

Строительство первой для Хабаровского края инновационной клиники «Академия здоровья» может начаться в дальневосточной столице. Об этом в ходе расширенного заседания краевого правительства рассказал министр здравоохранения Александр Витько.

Это очень актуальный проект, так как блок стационарной реабилитации пациентов, в первую очередь перенёсших сосудистые катастрофы, в структуре краевого здравоохранения отсутствует.

Предполагаемый объём частных инвестиций составит более 1 млрд руб., – доложил Александр Витько.

Кроме того, как отметил министр, в Комсомольске-на-Амуре ведётся строительство такого же диализного центра, как тот, что был возведён в Хабаровске в 2014 г. Работы ведутся полным ходом, ввод в эксплуатацию планируется в I квартале 2016 г.

Николай ИГНАТОВ.

МИА Сити!

Хабаровск.

Здоровая жизнь

## «Я счастлив – я бросил курить!»

В подмосковном Сергеевом Посаде состоялась акция, посвящённая борьбе с курением, которая собрала более 400 учащихся школ и колледжей города. Проходила она под лозунгом: «Мы за здоровый образ жизни!»

Главный акцент акции был сделан на формирование позитивной мотивации молодёжи на здоровый образ жизни. «Это модно и престижно», «Здоровая, трезвая молодёжь – будущее России!» – звучало рефреном всех выступлений.

В рамках праздника зрители уви-

дели показательные выступления спортсменов и представителей молодёжных творческих коллективов, прослушали доклад о вреде курения, который подготовили учащиеся местного медицинского училища. Итог прекрасно организованному мероприятию подвёл зажигательный танец, поставленный на тему стихов Владимира Маяковского «Я счастлив – я бросил курить!»

Юрий ШАЛЯГИН,

заведующий отделом

Московского областного центра медицинской профилактики.

Санитарная зона

## Клещи отреагировали на потепление



По данным оперативного еженедельного мониторинга Роспотребнадзора, на начало июня в 79 субъектах РФ в медицинские организации обратились 177 584 пострадавших от укусов клещей, в том числе 45 629 детей.

Количество обратившихся остаётся примерно на уровне аналогичного периода прошлого года, отмечает ведомство. Вместе с тем в связи с потеплением на территории России жизнедеятельность клещей – этих переносчиков опасных инфекционных заболеваний, в том числе и клещевого вирусного энцефалита, иксодового клещевого боррелиоза, Крымской геморрагической лихорадки и других заболеваний, передающихся при их укусе, активизировалась.

Наибольшее количество обратившихся по поводу укусов клещей регистрируется в Кемеровской, Свердловской, Томской, Вологодской, Тюменской, Новосибирской, Иркутской областях, Красноярском, Алтайской, Пермском краях и в Санкт-Петербурге.

Роспотребнадзор напоминает, что одним из важнейших направлений неспецифической профилактики инфекций, передаваемых клещами, остаётся индивидуальная защита людей, в том числе соблюдение правил поведения на опасной в отношении клещей территории, ношение специальной защитной одежды, применение современных акарицидных и акарицидно-репеллентных средств для обработки верхней одежды и снаряжения.

Ведомством осуществляется мониторинг за заболеваниями, передающимися при укусе клещами, обращаемостью населения в медицинские организации по поводу их укусов, а также проведением комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Ситуация остаётся на контроле Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Иван КОВРОВ.

МИА Сити!

Как известно, одним из важнейших критериев оказания медицинской помощи является её доступность. Если рассматривать чисто «географический», если хотите, логистический аспект понятия доступности, то в этом смысле одному из уголков сельской глубинки Краснодарского края – Отрадненскому району – повезло: на эту идею «работает» и компактность, и относительно хорошие дороги.

– Самый удалённый населённый пункт – станция Передовая, находится всего в 40 км, так что пресловутое правило золотого часа у нас выполняется неукоснительно, – рассказывает и.о. главного врача Отрадненской ЦРБ Сергей Татарченко. – 4 участковые больницы и 18 ФАПов удачно вписываются в карту района, другое дело, что сказывается нехватка врачей, и в первую очередь врачей первичного звена.

Что ж, кадровая проблема российского здравоохранения далеко не нова и для глубинки, и для мегаполисов. Другое дело, что в разных местах её и решают по-разному. Сегодня в Отрадненском районе с населением 64 300 человек работает 100 врачей и 453 медработника среднего звена, что даже по нормативам 90-х годов (40 врачей на 100 тыс. населения) явно недостаточно. Несколько улучшить ситуацию помогает реализация двух, органично дополняющих одна другую программ – модернизации здравоохранения и «Земский доктор». В идеале это выглядит так: появился материальный стимул пригласить специалиста для работы в новом (или же отремонтированном) ЛПУ да к тому же оснащённом по последнему слову медицинской техники.

За 2 года в здравоохранение Отрадненского района пришли 12 врачей-«миллионеров». Один из них – хирург Михаил Решетов, и.о. заведующего детской поликлиникой. Михаил рассказал, что вышеназванная программа помогла ему значительно улучшить жилищные условия. К слову сказать, в жизни этого врача был удивительный период, когда он работал хирургом в родильном доме, где однажды и появился на свет. Было это в станице Северной – тоже глубинке, и тоже Краснодарского края.

На пути к решению кадровой проблемы в Отрадненской ЦРБ встречаются и более прозаические истории.



Детская поликлиника в станице Отрадной – здание приметное

## Наша коллегия

# Отрадные вести из станицы Отрадной

## Перемены в глубинке Краснодарского края говорят о многом

– Буквально на днях пришла врач общей практики, хочет переехать из Кабардино-Балкарии к нам на жительство, имеет красный диплом медвуза, стаж 2 года. Предложили ей место в станице Попутной, где у нас, по сути, простаивает участковая больница из-за отсутствия терапевта. Но в данном случае пока не решён вопрос специализации, видимо, придётся ей доучиваться, – продолжает описывать будни глубинки Сергей Татарченко. – В этом вопросе руководство Краснодарского края, да и администрации района идёт нам на встречу и всячески поддерживает, и в вопросах специализации, и в обучении студентов-медиков. Сразу 5 выпускников из школ нашего района в этом году целевым направлением поступают в Кубанский медуниверситет, кроме того, там уже обучаются на разных курсах ещё несколько наших студентов, с которыми заключены договоры; и ещё мы постоянно участвуем в ярмарках вакансий – недавно рассмотрели



Приём ведёт Михаил Решетов

себе там двух перспективных молодых специалистов.

Понятно, что эти самые молодые специалисты сегодня не пойдут абы куда, и совершенно

правильно: им подавай хорошие, нет, отличные условия работы. В этом смысле модернизация здравоохранения тоже пришлось «ко двору»: в рамках этой программы через капитальный ремонт прошёл корпус поликлиники. Более того, своими силами удалось отремонтировать инфекционное отделение детской поликлиники. И новое оборудование не простаивает: 2 рентгеновских аппарата, маммограф, 2 УЗИ-аппарата, гистероскоп, лаборатория биохимических исследований, 5 автомобилей скорой помощи, в том числе реанимобили – всё это получено в рамках программы модернизации здравоохранения.

бралось несколько больше, чем в обычные дни, что само по себе уже неплохо: по логике здоровых людей и должно быть больше.

Под занавес нашего визита удалось узнать что-то невероятное, по мнению же самих врачей – вполне обыденное: в больнице готовят стенд, главными героями которого будут спасённые дети, и те, кто вернул их к жизни, причём в самом буквальном смысле слова. Три истории объединяет место действия, да, пожалуй, и фабула чуть не ставшего трагическим сюжетом. В разное время здесь тонули дети разного возраста – от полутора до 3 лет. Случай с самым маленьким мальчиком приключил-

ся не в водоёме, а в квартире, где мальчик, оставленный без присмотра на несколько минут, едва не утонул в стиральной машине (!) открытого типа. Фельдшер скорой помощи приехал уже, по сути, к трупу, но, несмотря на это, он принялся энергично проводить весь комплекс реанимационных мероприятий, ребёнок ожил и был доставлен в больницу, затем снова остановка сердца и снова реанимационные действия. Когда его опять удалось оживить, транспортом санавиации его отправили в Краснодар, где благополучно завершилось лечение. Сейчас мальчик здоров и ему уже 7 лет. Непосредственное участие именно в этом спасении принимал нынешний руководитель ЦРБ Сергей Татарченко: в то время он работал врачом-реаниматологом.

Одним словом, вот такие отрадные новости из станицы Отрадной.

**Рубен КАЗАРЯН,**  
собр. корр. «МГ».

Краснодарский край.

Фото автора.

## Проекты

Правительство РФ рассматривает варианты внесения изменений в ежегодный календарь прививок из-за высокой смертности от ОРЗ и гриппа минувшей зимой, сообщила на форуме им. Татьяны Заславской «Социальные вызовы экономическому развитию» в Калининграде, участвуя в дискуссии в режиме онлайн-конференции, вице-премьер РФ Ольга Голодец.

«Сейчас проходит серия совещаний, нацеленных на решение проблемы резкого роста смертности в течение зимы, – сказала заместитель председателя Правительства РФ, отметив, что это предмет исследования специалистов, в том числе Минздрава России.

Мы в течение года потеряли от ОРЗ, пневмонии и осложнений, связанных с этим заболеванием 70 тыс. человек – это очень большая цифра. Сегодня мы говорим об изменении Национального календаря прививок, об изменении уровня профессиональной подготовки врачей первичного звена, об усилении их ответственности за поставленные диа-

# График прививок будет изменён

## Ольга ГОЛОДЕЦ: «Люди умирают от тех болезней, с которыми мы способны справиться»

гнозы и обязанности пациентов отвечать за своё здоровье».

Вице-премьер обратила внимание на усиление разъяснительной работы о необходимости профилактических прививок и внимания к своему здоровью со стороны граждан. «Очень много смертей было, то, что мы называем, случайных, когда человек продолжает ходить на работу, будучи больным, и смерть наступает на той стадии, когда уже ничего врачи не могут сделать, – заметила О.Голодец. – Это огромная проблема, когда люди

в наше время умирают от тех болезней, с которыми мы способны справиться».

Вице-премьер полагает, что к концу года ситуация выровняется, а в течение лета будет проходить серьёзная, масштабная кампания вакцинации населения и по предупреждению повторения такой же ситуации в будущем году.

По словам О.Голодец, сейчас возможность внесения изменений в календарь прививок обсуждается в Минздраве России, проходит серия совещаний, на-

целенных на решение проблемы «резкого роста смертности в течение зимы». Вице-премьер заметила, что это – предмет исследования специалистов, в том числе Минздрава.

В то же время глава Роспотребнадзора Анна Попова отмечает, что уровень заболеваемости ОРВИ и гриппом в России в период сезонной эпидемии не превысил показателей двух предыдущих лет. «Население России в этом году достаточно спокойно пережило сезонный

эпидемический подъём заболеваемости гриппом и ОРВИ. Уровень заболеваемости не превысил цифр предыдущих 2 лет», – сказала она.

А.Попова подчеркнула, что в ведомстве связывают это с высоким уровнем иммунизации. «Удельный вес привитых против гриппа в общем количестве заболевших и лабораторно подтверждённых не превышает 8%. Это очень низкий показатель, и он говорит о том, что вакцина работает, все заболевшие перенесли заболевание в лёгкой форме», – пояснила глава Роспотребнадзора. Иммунизация против гриппа в России успешна, и её необходимо продолжать, убеждена глава Роспотребнадзора.

При этом в НИИ гриппа ещё в марте заявили, что в этом сезоне произошёл резкий рост заболеваемости, который связан с изменениями в структуре вируса А(Н3N2). Из-за них начали болеть даже привитые россияне, отметили в институте.

**Иван МЕЖГИРСКИЙ.**

МИА Сити!

Минздрав России готов к внедрению с 1 сентября дополнительной образовательной опции: сертификат поможет врачам найти работу и проблем с трудоустройством медиков станет меньше. Об этом заявила журналистам по итогам расширенного заседания Комитета Совета Федерации по социальной политике вице-спикер СФ Галина Карелова.

### В Минздраве – полная готовность

Полная готовность Минздрава к внедрению этой системы свидетельствует, что теперь создана целостная сеть переподготовки и повышения квалификации врачей, которая даёт возможность нового выбора и получения дополнительной компетенции, подчеркнула заместитель председателя Совета Федерации. «У системы много плюсов, – заметила сенатор, – поскольку она позволяет медикам выбирать для стажировки ведущие научные центры и перенимать опыт лучших специалистов. Такая комплексная подготовка очень важна сегодня в связи с оптимизацией работы медицинских учреждений, которая нацелена на подбор высококвалифицированных кадров».

Вице-спикер отметила, что в этом году объём медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий, несмотря на сложности в экономике, не уменьшится. По словам Г.Кареловой, бюджетные расходы здравоохранения в 2015 г. на 18% выше, чем в прошлом году. «Мы надеемся, что это увеличение даст возможность повысить и качество медицинских услуг», – добавила сенатор.

В конце прошлого года Президент РФ поручил внедрить образовательный сертификат для профессиональной переподготовки и повышения квалификации врачей, обеспечивающий им право выбора образовательных организаций и технологий, дополнительных профессиональных программ и форм обучения, включая стажировку.

Как сообщила министр здраво-

### Перспективы

# Расширить и углубить!

## Сертификаты и аккредитация предоставят медикам возможность нового выбора и повышения квалификации



Подтверждение квалификации врачей будет проходить в течение 5 лет

охранения РФ Вероника Скворцова, для врача образование будет бесплатно, оплату сертификата произведёт территориальный фонд обязательного медицинского страхования. Средства на это формируются из штрафов, налагаемых на медицинские организации.

### Аккредитация пойдёт поэтапно

Одновременно Минздрав готовит законопроект о порядке проведения поэтапной аккредитации медицинских работников. Согласно его концепции, в 2016 г. первичная аккредитация затронет только выпускников медвузов по специальностям «стоматология» и «фармация», в 2017 г. – по всем остальным. А вообще, подтверждение квалификации действующих врачей будет происходить в течение 5 лет. Организуется оно на базе вузов системы Минздрава, а не

общественных медорганизаций, как предполагалось ранее.

Напомню, что введение обязательной аккредитации медработников предусмотрено принятым в 2011 г. Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Согласно ему, осуществлять медицинскую деятельность могут только лица, получившие медицинское или иное образование в РФ в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста.

Соответствующий закон планируется принять до конца 2015 г. Как считают в Минздраве, он создаст «качественно новую, объективную и гибкую процедуру оценки знаний, навыков и умений медработников». Аккредитация даст возможность каждому врачу, овладев клиническими протоколами лечения, получить перечень личных допусков к

конкретным видам медпомощи.

Как уже говорилось, право на проведение аккредитации решено передать медицинским вузам – при ведущей роли Национального центра аккредитации, создаваемого при Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова. Один из аргументов в пользу такого выбора – финансовый. Для запуска системы аккредитации силами медвузов понадобится 2 млрд руб., при участии общественных организаций – в 6 раз больше.

Подготовленная в Первом МГМУ концепция перехода на систему аккредитации была поддержана в конце 2014 г. Минздравом России и стала основой готовящегося законопроекта. Она предусматривает, что первичная аккредитация (выпускников) остаётся за всеми 46 профильными вузами системы Минздрава.

Пятилетняя аккредитация действующих специалистов будет проводиться по мере истечения срока действия их сертификатов и после подтверждения квалификации. На этот переходный период будут действовать оба вида допуска медработников к профессиональной деятельности. «Результат аккредитации складывается из оценки профессионального портфолио, профессиональных знаний и навыков. Последнее возможно только в условиях симуляционного аттестационного центра, лучшие из которых созданы в вузах нашего министерства», – говорит ректор Первого МГМУ Пётр Глыбочко. По его словам, в состав окружных центров будут входить экспертный и наблюдательный

советы, именно на них будет возложен контроль независимости и объективности аккредитации.

### Не потерять бы знания...

В связи с внедрением системы эксперты ожидают трудности финансового, кадрового и организационного характера и надеются на помощь общественных медорганизаций в их преодолении. Однако уже сейчас не может не вызывать недоумения позиция Госдумы РФ, отклонившей законопроект, предлагающий предоставлять отсрочку от призыва в армию сельских учителей и медиков.

Он был внесён депутатом Ольгой Красильниковой, которая считает, что отсутствие перерыва в работе по специальности положительно сказывается на профессиональном росте учителей и врачей. В случае их призыва на годичную срочную службу часть навыков и знаний, полученных в университетах, будет безвозвратно потеряна.

«Вводимые законопроектом новеллы несут важнейшую социальную и экономическую функцию как по развитию села, его заселению, так и по устройству молодых специалистов в сельскую местность и посёлки городского типа, одновременно поддерживая общую направленность военной доктрины Российской Федерации, утверждённой Президентом РФ, направленной на увеличение доли лиц, проходящих службу в армии по контракту и уменьшению количества солдат-срочников», – напоминает пояснительная записка к законопроекту...

Иван ВЕТЛУГИН.  
МИА Сити!

### Ситуация

# Борьба за жизни или за цифры?

## Фтизиатры Новосибирской области настроены решительно снизить случаи гибели людей от туберкулёза

На очередном собрании Новосибирского научно-практического общества фтизиатров обсудили планы, которые стоят перед службой в этом году.

По информации главного фтизиатра Минздрава области Валерия Изупова, по итогам 2014 г. смертность от туберкулёза составила 22,5 на 100 тыс. населения области. Задача – к концу 2015 г. снизить показатель до уровня 18,5.

Один из способов решения этой задачи – арифметический. Есть официальный приказ, на который ссылается главный специалист, о контроле регистрации случаев смерти от туберкулёза на территории Новосибирской области. В соответствии с этим приказом диагноз «туберкулёз» как причина смерти человека ставится только по согласованию с фти-

зиатром. Отныне все медицинские учреждения территории должны предоставлять в областной противотуберкулёзный диспансер медицинскую документацию каждого умершего пациента с предположительным диагнозом «туберкулёз». Эти документы рассматривает экспертная группа, в составе которой главный патологоанатом, главный фтизиатр Минздрава области, главный врач областной больницы, заместитель директора НИИ туберкулёза и другие специалисты.

Как сообщил В.Изупов, уже по результатам первой проверки диагноз «туберкулёз» как причина смерти человека снят у 6 из 10 умерших. Таким образом, столь простая организационная мера может оказаться очень важной для корректировки статистических данных.

Разумеется, руководители и врачи противотуберкулёзных

учреждений заинтересованы не столько в искусственном снижении негативного показателя, которое скорее можно назвать «игрой в статистику», сколько в реальных совместных усилиях общелечебной сети и фтизиатрической службы по предотвращению случаев гибели людей от туберкулёза. Именно поэтому на заседании общества уделили особое внимание проблеме сочетанной инфекции ВИЧ-туберкулёз.

В Новосибирской области стремительно растёт число ВИЧ-инфицированных, а также доля больных с ВИЧ и МЛУ-туберкулёзом одновременно. Такой микст значительно затрудняет лечение обеих инфекций и уменьшает количество благоприятных исходов. Повлиять на ситуацию может своевременное проведение химиопрофилактики туберкулёза у больных ВИЧ-инфекцией. В помощь коллегам

из общелечебной сети и Центра по профилактике и борьбе со СПИДом специалисты Новосибирского НИИ туберкулёза Минздрава России разработали соответствующее методическое пособие. И сдвиги в этом направлении уже есть: на средства областного бюджета закуплены препараты для проведения химиопрофилактики туберкулёза у ВИЧ-инфицированных больных, а на базе одной из муниципальных поликлиник открыт кабинет для оказания данного вида медицинской помощи. К концу 2015 г. новосибирские фтизиатры надеются увидеть результаты этой работы, которые также отразятся на показателе смертности от туберкулёза.

Справедливости ради надо отметить и очевидный позитив того, что теперь коллегиально расследуется каждый случай предположительной смерти от туберкулёза. В далёкие

советские времена подобные разборы случаев запущенного туберкулёза и смерти от этого заболевания были обязательными. «С распадом страны исчезла и эта работа. Только сейчас она стала возрождаться. Если её проводить, врачи будут соблюдать стандарты обследования и лечения. Кроме того, фтизиатры всегда должны были заниматься профилактикой запущенности туберкулёза, а именно взаимодействовать с ФЛГ-кабинетами, с терапевтами общей лечебной сети. Кажется, теперь это всё возвращается. После стольких лет здоровье людей – снова в приоритете!», – считает заместитель директора Новосибирского НИИ туберкулёза Татьяна Петренко.

Елена БУШ,  
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

«Люди, которые за госсчёт учатся, – это как бы госзаказ, поэтому в целом такой подход имеет право на существование, но спешить здесь нельзя», – считает Президент РФ Владимир Путин, полагая, что на проблему необходимо посмотреть со всех сторон.

### Что думают врачи?

Это заявление глава государства сделал во время посещения Научно-исследовательского института неотложной детской хирургии и травматологии, который возглавляет профессор Леонид Рошаль. По его словам, на недавнем съезде Национальной медицинской палаты 90% врачей высказались за введение распределения выпускников, обучающихся за государственный счёт. Профессор вспомнил, как по окончании института он сам был распределён на работу. «И я благодарен тому времени. Я столькому научился тогда», – сказал он.

В. Путин согласился с тем, что кадровая проблема весьма остро стоит сегодня в сфере медицины. «Это я знаю. У нас, к сожалению, есть населённые пункты, где нет ни одного врача, есть населённые пункты, жители которых даже не знают, к каким медицинским учреждениям они прикреплены и прикреплены ли вообще», – заметил Президент.

Объём подготовки специалистов в системе здравоохранения составляет в среднем в год (бакалавриат, специалитет, магистратура) 35 тыс. человек, из них 22,6 тыс. человек – за счёт федерального бюджета. Всего за бюджетные деньги по образовательным программам: среднего профессионального образования обучается в среднем в год 11 386 человек; высшего образования (бакалавриат, специалитет, магистратура) – 126 915 студентов. В интернатуре, ординатуре, аспирантуре, докторантуре – 36 680 человек, по программам дополнительного профессионального образования – более 200 тыс. слушателей.

### Проблемы и решения

# Спешить с целевым распределением нельзя

## Есть эффективный приём по устранению кадрового дефицита



Владимир Путин: «На проблему необходимо посмотреть со всех сторон»

Эти цифры привела на видеоселекторном совещании «Целевая подготовка специалистов в реализации региональных кадровых программ» в прошлом году директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Татьяна Семёнова. По её мнению, «сеть образовательных учреждений, подведомственных Минздраву России, выполняет ключевую роль в подготовке медицинских кадров».

Комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения медицинскими кадрами включает три

компонента, сказала Т. Семёнова. Это – совершенствование планирования и использования кадровых ресурсов, совершенствование системы подготовки специалистов, формирование и расширение системы моральных и материальных стимулов медицинских работников. Для реализации этих мер проводится регулярный мониторинг кадрового состава системы здравоохранения, сформирован федеральный регистр медицинских работников, что позволяет в режиме реального времени проводить анализ обеспеченности отрасли специалистами, созда-

вать кадровые группы в каждом регионе.

«В результате мы можем выходить на конкретное мотивированное государственное задание по подготовке кадров в сфере здравоохранения. В настоящее время Федеральный регистр медицинских работников включает порядка 2 млн актуальных записей о медицинских и фармацевтических работниках», – подчеркнула Т. Семёнова.

### Дефицит кадров устраним целевой приём

Кроме того, разработан порядок заполнения регистра, который позволяет в режиме реального времени анализировать ситуацию в отрасли и возможности притока медицинских кадров. Директор департамента убеждена, что целевой приём учащихся на обучение является «эффективным инструментом по устранению кадрового дефицита в регионах по отдельным профилям медицинской деятельности».

Право на обучение на условиях целевого приёма для получения высшего медицинского образования предоставляется на основе заключения договора о целевом обучении. Приём на целевые места проводится по конкурсу, в рамках квот на целевой приём. Важным условием для обучения в его рамках является обязательство о последующем трудоустройстве

выпускника, заключившего такой договор.

«Министерство определяет объём квот для целевого набора в вузы, исходя из сложившегося дефицита кадров в регионах», – пояснила директор департамента. По её словам, квота целевого приёма растёт год от года. Но в связи со сложившимся кадровым дисбалансом в регионах в Минздрав нередко поступают предложения о возврате к системе обязательного государственного распределения. Однако, по мнению Т. Семёновой, «этот возврат, к сожалению, уже невозможен». «Целевой приём является единственным действенным механизмом, который при правильном использовании может заменить государственное распределение», – пояснила представитель Минздрава России.

«Сегодня под новое законодательство, под актуальные потребности отрасли мы фактически переработали привычную схему и выделяем места по тем специальностям, по которым действительно нужны специалисты в каждом конкретном регионе. Да, это сложно, требует структурной перестройки, и мы продолжим взаимодействие в этом направлении с руководителями образовательных организаций в сфере здравоохранения», – сообщила Т. Семёнова.

Константин ЩЕГЛОВ,  
обозреватель «МГ».

### Пресс-конференции

В Москве прошла пресс-конференция, посвящённая старту всероссийского провакцинального марафона в рамках компании «Вакцинация – здоровая нация» под эгидой Минздрава России.

Директор Центра социальной экономики, член общественного совета при Минздраве России Давид Мелик-Гусейнов рассказал собравшимся журналистам, что провакцинальный марафон предназначен для того, чтобы выработать объективную картину, как подходить к проблеме вакцинации. Проект «Вакцинация – здоровая нация» будет реализован во всех округах России в течение мая – сентября месяцев этого года и должен привлечь ведущих специалистов в этой области. Информационная кампания подобного масштаба проводится в стране впервые. По данным ВОЗ, ежегодно вакцинация спасает жизни более 3 млн человек в мире и защищает миллионы людей от болезней и пожизненной инвалидности.

Заместитель министра здравоохранения Московской области Константин Герцев напомнил, что вакцинация населения – огромный пласт работы системы здравоохранения, который ежегодно реализуется в России. Каждый год прививается более миллиона детей и более полутора миллионов взрослых. Тема вакцинации обсуждается веками, но её плюсы очевидны, и здесь необходимо формирование правильного отношения к ней. Московская область была одним из пионеров по применению пневмококковой вакцинации, прививанию папилломавирусной инфекции, а с прошлого года повсеместно прививается ротавирусная инфекция.

# Вакцинация – основа здорового образа жизни

## Она позволяет предотвратить огромное число случаев детской смертности

Главный эпидемиолог Минздрава России, заведующий кафедрой эпидемиологии и доказательной медицины Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова Николай Брико отметил, что, к сожалению, информация, связанная с вакцинопрофилактикой, у нас в стране не всегда полная. А ведь вакцинация и чистая вода – реальные меры, которые оказывают влияние на общественное здравоохранение. Благодаря вакцинации за последние 100 лет продолжительность жизни людей увеличилась на 35 лет. А по расчётам экспертов, дети, которые родились сегодня, могут жить до 100 лет. Но возможности вакцинопрофилактики как в мире, так и у нас в стране далеко не реализованы. Была задача снизить детскую смертность до 2015 г. на две трети, но у нас удалось снизить её только в 2 раза. В 2015 г. в мире умерло 6,3 млн детей до 5 лет, из них 1,5 млн – от тех инфекций, вакцины против которых существуют.

Этот век ВОЗ объявила веком вакцин. Конечно, наличие вакцин очень важно – в Индии уже год как нет полиомиелита, благо помогло мировое сообщество. В Нигерии этой болезни нет уже несколько месяцев. Но важна и мотивированность медицинских работников и ознакомленность на-

селения, которое недостаточно информировано. Это неудивительно, поскольку множество источников информации противоречивы. Только 26% граждан положительно относятся к вакцинации, 35% – против, остальные не определились. А ведь взрослые также нуждаются в вакцинации, поскольку в не меньшей мере, чем дети, умирают от гриппа и пневмонии. Специально был создан портал (япривит.рф), охватывающий все вопросы, связанные с вакцинациями, где есть возможность задать вопросы экспертам. Ведь вакцинация – элемент здорового образа жизни, общей культуры человека.

Главный специалист по инфекционным заболеваниям у детей Минздрава России, директор Научно-исследовательского института детских инфекций ФМБА России Юрий Лобзин заметил, что микробы появились на Земле раньше нас на миллиарды лет и микробы многократно превосходят людей по своей массе, скорости размножения, и даже едят предположительно, что они обладают элементами интеллекта. Эпидемии выкашивали до половины населения планеты. С появлением антибиотиков человечество вздохнуло свободно, но из-за их бесконтрольного применения микробы выработали к ним резистентность. За последние 5 лет не появилось ни одного но-

вого антибиотика. Единственное, что у нас есть, – защитные силы организма, которые можно усилить за счёт применения вакцинации.

Если говорить об осложнениях при вакцинациях, то случается одно на миллион, скажем, при гепатите В. Но если не проводить вакцинацию, гепатитом В заболеют 200 тыс. детей из этого миллиона, а 3% умрут от карциномы печени. Для этого и существует Национальный календарь прививок – чёткий документ, который подписан министром здравоохранения РФ, создан на основе федерального закона и отвечает на вопросы: где можно прививать? – только в лицензированных учреждениях; кто может прививать? – только специалист; чем можно прививать? – только сертифицированными иммунобиологическими препаратами. Вот инфекции, от которых мы можем сегодня спасти: вирусный гепатит В, туберкулёз, дифтерия, столбняк, коклюш, гемофильная инфекция, корь, краснуха, эпидемический паротит, полиомиелит, грипп, а с 2014 г. – пневмококковая инфекция.

Советник министра здравоохранения РФ Игорь Ланской заверил собравшихся, что «если профессиональное медицинское сообщество рекомендует нам включать в Национальный календарь прививок различные вакцины, мы идём ему

навстречу, но здесь надо учитывать экономические параметры. Но, несмотря на последние 2 года трудностей в экономике, Правительство РФ выполняет свои обязательства и выделяет дополнительные средства на вакцинацию. Если в прошлом году затраты на календарь составляли 6,5 млрд руб., то после закупки вакцины против пневмококковой инфекции сумма соответствовала 10,251 млрд руб. Количество доз пневмококковой вакцины составило 3 млн 380 тыс.

Вакцина против пневмококковой инфекции уже попала в регионы, и некоторое количество детей вакцинировано. По итогам 2014 г. количество вакцинированных детей первого года жизни составило 130 937 человек. Тут следует отметить, что далеко не все граждане в мире имеют право на бесплатную вакцинацию, как в России. Так же министерством рекомендовано провести вакцинацию в регионах 1 млн 200 тыс. человек, находящихся в группе риска, от болезней дыхательных путей. Предполагается, что компания «Вакцинация – здоровая нация» охватит не менее 58 млн граждан РФ».

Согласно данным фармако-экономических исследований Санкт-Петербургского института детских инфекций, в России благодаря массовой вакцинации, проводимой в рамках программы ОМС, в 2015 г. удастся предотвратить более 2 тыс. случаев детской смертности. В то же время более 700 тыс. детей в РФ заболевают пневмококковыми отитами, около 39 тыс. детей переносят пневмококковую пневмонию и более 3 тыс. детей страдают от пневмококковой бактериемии.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,  
корр. «МГ».

Москва.

– В 33 года умер, – рассказывает убитая горем мать про своего единственного сына, с 6 лет пристрастившегося к курению под влиянием своего отца, горького пьяницы. – Тот даже подхвалявал его, мол, настоящий мужик растёт. А сын и рад стараться, до 3 пачек сигарет в день выкуривал. Ещё в школьные годы начал кашлять, слабнуть, худеть и задыхаться. А потом у него ноги стали мёрзнуть. Сколько ни предупреждали хирурги, что от никотина сосуды зарастают и дело может гангреной закончиться, он так и не бросил курить. И к наркологу идти наотрез отказался: если захочу, то и сам брошу... Потом начали чернеть стопы. Сначала ампутировали одну ногу, потом вторую, а затем и обе руки. Лежит бедный, уже без рук и ног и всё равно каждые 5 минут умоляет дать закурить. Так и умер с сигаретой во рту, хоронили одно туловище.

Женщина вытерла слёзы и грустно добавила:  
– Совсем одна осталась. Муж спился, замёрз на снегу, а сына табак сгубил...

больного от патологической зависимости, вывести из состояния психоза, как правило, вызывает с его стороны упорное сопротивление. Все ультимативные требования, предъявляемые к нему, чаще всего решаются в пользу продолжения хронического отравления. Всё это ещё и ещё раз подтверждает глубокое помрачение сознания у наркологических больных.

### Глубокое помрачение

Можно лишь удивляться, с каким упорством больные с никотиновой зависимостью продолжают вдыхать в себя ядовитый табач-

беременность, тем самым инвадизируя не только себя, но и своё потомство, формируя у своего ещё не родившегося ребёнка смертельно опасную зависимость от яда. А потом ещё удивляются, почему ребёнок родился таким хилым и немощным, отказывается от кормления, и день и ночь без умолку кричит. На самом деле он требует от мамы не еды и заботы, а яда. Естественно, такой ребёнок будет резко отставать в физическом и умственном развитии, иметь тяжёлый характер, рано закурит, а никотиновая зависимость с первой же сигареты

– Муж дымит как паровоз, уже по ночам не перестаёт кашлять, гипертонию у него признали, за сердце хватается.

– Что же вы тянете, срочно ведите его ко мне в наркологический кабинет.

– Так его к наркологу на аркане не затащишь. Считает, что сигареты к его болячкам не имеют никакого отношения – наоборот, табачный дым помогает ему успокоиться, расслабиться, снять стресс и даже избавиться от кашля. На все сто уверен, что от курения только одна польза и уж тем более никакого вреда. А в качестве доказательства ссылается на деда, который курил

### Эликсир смерти

Сущность поведения любого наркологического больного, страдающего патологической зависимостью, будь то заядлый курильщик табака, горький пьяница или наркоман, сидящий на героиновой игле, можно выразить одним словом – самоубийство. Правда, в отличие от обычного, осознанного суицида данная разновидность аутоагрессивного поведения реализуется на низшем, животном, инстинктивном, точнее, бессознательном уровне. То есть при полном отсутствии суицидальных мыслей и явном помрачении сознания, которое выражается в поразительной неспособности больного замечать вред, наносимый собственному организму, отдавать отчёт своим нелепым аутоагрессивным поступкам и руководить ими.

В психиатрии данный феномен описывается под названием «анозогнозия» – отрицание болезни. Он напоминает отрицательную зрительную галлюцинацию, её можно легко внушить человеку, введя его в гипноз (разновидность помрачённого сознания). При этом все видят объективно существующий предмет (объект), а загипнотизированный смотрит на него в упор и, хоть убей, не замечает. Анозогнозия, или бредовая убеждённость отсутствия реально существующей болезни, – один из самых тяжёлых признаков психического расстройства здоровья, ярко проявляющийся среди наркологических больных.

Мало того, все злостные потребители психоактивных веществ (ПАВ), в том числе и заядлые курильщики, не только слепы и не видят наносимый ими вред собственному здоровью, а ещё и твёрдо убеждены, что ароматный табачный дым, пиво и водочка, героиновый рай – полезны для организма. Больные рассматривают их не иначе как эликсир здоровья, счастья и долголетия. По их твёрдому убеждению, как раз вредно прекращать курение, раз и навсегда отказаться от запоев, окутанных для них ореолом романтики и приключений и тем более распрощаться с героиновой иглой. Для каждого из них отравляющая такая же, если не большая, ценность, как воздух, вода или пища, за которую они готовы биться насмерть. То есть это не просто анозогнозия, отрицание вреда, а бредовая убеждённость в его пользе. Она представляет собой

### Профилактика

# Хоронили одно туловище...

Оказывается, есть вид самоубийства, охраняемый законом

ещё более глубокое помрачение сознания, которое закономерно формируется у всех наркологических больных под влиянием патологического влечения к яду, точнее, к ядовитым концентрациям того или иного химического вещества в организме. Иными словами, все наркологические больные, страдающие патологической зависимостью, включая и заядлых курильщиков табака, являются душевнобольными, проще говоря, сумасшедшими или умалишёнными. По существу, каждый из них находится в хроническом психозе, зомбирован и запрограммирован ПАВ на самоуничтожение и активно реализует эту программу подобно роботу или собаке, натасканной с гранатами бросаться под вражеский танк. И, что самое трагичное, наркоман даже не подозревает, что медленно убивает себя.

Как подчёркивают ведущие отечественные наркологи, это нелепое хроническое самоотравление, или хронический психоз имеет тенденцию к утяжелению. Однако нередко он может и изначально протекать злокачественно, например, в случае тяжёлого врождённого наркологического заболевания.

Если при обычном суициде затраты на уход из жизни (верёвка, бритва, яд и т.д.) составляют копейки, то наркологические больные, особенно страдающие алкогольной или героиновой зависимостью, тратят на него чуть ли не все свои средства. А оставшись без работы, пускают в расход всё своё – и не только своё – движимое и недвижимое имущество.

Все попытки родных и близких оборвать этот процесс, избавить

ный дым и самым нещадным образом отравлять свой организм, даже несмотря на явное появление хронической обструктивной болезни лёгких, представляющей собой тотальное разложение (гниение) лёгочной ткани с надсадным кашлем, хрипами, свистами и одышкой, отхаркиванием чёрно-зелёной вонючей мокроты. Курильщика не останавливает появление в лёгких туберкулёзного процесса, раковой опухоли, гангрены нижних конечностей, а также множества тяжелейших сердечно-сосудистых заболеваний: гипертонии и стенокардии («грудной жабы»), ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда, инсульта и т.д. Эти заболевания закономерно возникают у всех заядлых курильщиков в связи со спазмом мелких артериальных сосудов и их ранним, уже в школьные годы, склерозированием, а также полным зарастанием, что и ведёт к омертвлению соответствующих участков тканей и органов.

Некоторые женщины продолжают курить, даже невзирая на



примет злокачественный характер течения.

### Картинка из практики нарколога

...На профосмотре в Рузской поликлинике с улыбкой представляется одна из учительниц:

– Не пью, не курю, не колюсь и матом не ругаюсь.  
– А близкие?

и сто лет прожил. Ещё один профессор сбил его с толку, вроде бы, с таким стажем курильщика бросать опасно...

– Ну, знаете ли, всё это бред и профессорское дилетанство. Поставьте мужу ультиматум, чтобы он к вам и близко не подходил – в его наполовину сгнивших лёгких в огромных количествах накапливается радиоактивный изотоп полония, который облучает не только его самого, но и создаёт мощный очаг радиоактивного поражения вокруг. С курильщиками не только спать, но и стоять рядом опасно...

Практика показывает, что в случае отсутствия адекватного принуждения наркологических больных к лечению со стороны родных и близких, администрации, правоохранительных органов и других заинтересованных служб и лиц эта разновидность аутоагрессивного поведения с фатальной неизбежностью заканчивается инвалидизацией и гибелью человека – завершённым хроническим суицидом. А наше правовое поле фактически охраняет эту разновидность самоубийства, провозгласив основным принципом невмешательства в личную жизнь наркологического больного и свободу его выбора.

А он таков: в 2014 г. в кабинет по отказу от курения в Рузской поликлинике было направлено 1020 злостных курильщиков. Из них лишь 44 (4,3%) согласились пройти курс лечения от никотиновой зависимости. Остальные 95,7% (!) отказались...

**Александр ГРОМОВ,**  
главный нарколог  
Управления здравоохранения  
Рузского муниципального района  
Московской области.

### Статистика

По официальным данным, опубликованным Росстатом, заработная плата в здравоохранении неуклонно растёт.

Так, в 2014 г. в целом по Российской Федерации среднемесячная заработная плата медицинских работников составила: у врачей – 46 231 руб. (141,8% от средней заработной платы по РФ); у среднего медицинского персонала – 26 310 руб. (80,7%); у младшего медицинского персонала – 16 130 руб. (49,5%). Это выше уровня 2013 г., когда, по официальным данным, зарплата врачей составляла 42 253 руб., медицинских сестёр – 24 102

# Так поют ли финансы романсы

руб., младшего медперсонала – 14 313 руб.

Однако в реальности ситуация несколько иная. «Данные мониторинга, проведённого фондом «Здоровье», показывают, что 23,6% врачей в государственных клиниках имеют ставку менее 10 тыс. руб., 24% врачей сообщили о заработной плате от 10 до 15 тыс. руб., ещё 14% получают от 15 до 20 тыс. руб. И только 4,1% врачей ответи-

ли, что получают 50 тыс. и более. В коммерческих организациях этот показатель составляет 13,2%», – рассказывает директор Фонда «Здоровье» Эдуард Гаврилов.

Результаты мониторинга, проведённого недавно фондом, показывают, что у средних медицинских работников менее 10 тыс. зарабатывают 24,7% опрошенных, от 10 до 15 тыс. – 31% опрошенных, от 15 до 20 тыс. – 17,7%. Более

40 тыс. руб. получают лишь 2,9%.

В связи с этим заявляемый рост заработной платы медицинских работников обусловлен зачастую увеличением продолжительности рабочей недели, а не увеличением оплаты труда по основному месту работы. «Существующие методики расчёта уровня средней заработной платы необходимо пересмотреть, а также ужесточить контроль над соблюдением режима труда и

отдыха медицинских работников», – говорит Э.Гаврилов.

В опросе приняли участие 6700 человек, из них 5826 (87%) врачей-специалистов и 871 (13%) средних медицинских работников в 46 регионах РФ. Отчёт по региону формировался, если группа респондентов превышала 50 человек.

**Алина КРАУЗЕ,**  
МИА Сити!

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 38 (1890)

(Окончание. Начало в № 42 от 10.06.2015.)

**Оперативное лечение** включает несколько видов хирургической коррекции. **Радикальная комбинированная флебэктомия** предусматривает не только ликвидацию угрозы развития глубокого венозного тромбоза и лёгочной эмболии, но и удаление всех варикозно расширенных (тромбированных и нетромбированных) вен с обязательной перевязкой несостоятельных перфорантов. Преимуществом такой операции является ускорение сроков медицинской реабилитации за счёт радикального устранения патологического очага.

Целесообразно её выполнение у соматически неотягощённых пациентов в первые 2 недели заболевания. В более поздние сроки плотный воспалительный инфильтрат в зоне варикотромбофлебита препятствует малотравматичному удалению поражённых вен. К ограниченной стволовой флебэктомии на бедре целесообразно прибегнуть в случаях длительного (более 2 недель) течения тромбофлебита на голени, который в дальнейшем принял восходящий характер и распространился на бедро.

В таких условиях разумно не выполнять травматичного вмешательства ниже уровня коленного сустава на голени. Высокая перевязка большой (или малой) подкожной вены с обязательным лигированием всех приустьевых притоков и иссечением ствола подкожной вены в пределах операционной раны является минимально необходимым вмешательством при остром варикотромбофлебите. Данное оперативное вмешательство – **кроссэктомия** (операция Троянова – Тренделенбурга) осуществима у любой категории пациентов. Обычно её проводят под местной анестезией.

**Тромбэктомия из магистральных вен** выполняется при распространении тромбоза за пределы сафенофemorального или сафеноподвздошного соустья. Операция может быть выполнена под регионарной анестезией либо с помощью интубационного эндотрахеального наркоза. Выбор доступа и метода тромбэктомии определяется уровнем расположения проксимальной части тромба.

**Тромбэктомия из перфорантной вены** выполняется при её тромбозе. Показанием для перевязки поверхностной бедренной вены является симультанный эмболоопасный тромбоз бедренно-подколенного сегмента. **Имплантиция кава-фильтра** – **пликация нижней полой вены** показана при эмболоопасном (симультанный или развившийся в результате прогрессирования восходящего варикотромбофлебита) илиокавальном тромбозе.

Основой профилактики варикотромбофлебита является своевременное и адекватное лечение хронических заболеваний вен, а также отказ от лечебной катетеризации вен нижних конечностей с целью инфузионной терапии.

## Диагностика тромбоза глубоких вен

Формирование тромба может начаться на любом участке венозной системы, но чаще всего – в глубоких венах голени. Нередко тромботический процесс из подкожных вен может переходить через перфоранты в глубокую венозную систему нижних конечностей. Выделяют окклюзивный и неокклюзивный (флотирующий, пристеночный) тромбоз. Флотирующий тромб считают эмболоопасным, так как он имеет единственную точку фиксации в дистальном отделе, а проксимальная его часть располагается свободно в потоке крови.

**Клинические проявления** тромбоза глубоких вен зависят от его локализации, распространённости и характера поражения венозного русла, а также длительности заболевания. В начальный период при неокклюзивных формах клиническая симптоматика не выражена или вообще может отсутствовать. Типичный спектр симптоматики включает: отёк всей конечности или её части; цианоз кожных покровов с усилением рисунка подкожных вен; распирающую боль в конечности; боль по ходу сосудисто-нервного пучка.

Для диагностики может быть использован индекс Wells, позволяющий оценить вероятность наличия у пациента тромбоза глубоких вен нижних конечностей по клиническим данным.

Учитываются следующие признаки: активный рак (в настоящее время или в предшествующие 6 месяцев); плегия или глубокий парез, а также недавняя иммобилизация нижней(их) конечности(ей) с помощью гипса; постельный режим не менее 3 суток или «крупная» операция в анамнезе не более 4 месяцев назад; болезненность при пальпации по ходу глубоких вен; отёк всей нижней конечности; разница в отёке икроножной области более 3 см на уровне 10 см ниже tibial tuberosity; отёк с ямкой на поражённой конечности; расширенные (не варикоз) коллатеральные поверхностные вены; тромбоз глубоких вен или тромбоз эмболия лёгочных артерий в анамнезе. Каждому из перечис-

# Венозные тромбозэмболические осложнения

ленных признаков присваивается +1 балл.

Если другой диагноз как минимум столь же вероятен, то – 2 балла. По сумме набранных баллов пациентов разделяют на группы с низкой ( $\approx 3\%$ , 0 баллов), средней ( $\approx 17\%$ , 1-2 балла) и высокой ( $\approx 75\%$ , 3 и более баллов) вероятностью наличия венозного тромбоза.

Тромбоз глубоких вен в системе верхней полой вены характеризуется: отёком верхней конечности; отёком лица и шеи; цианозом кожных покровов и усилением рисунка подкожных вен; распирающей болью в верхней конечности.

Поскольку клинические данные не позволяют с уверенностью судить о наличии или отсутствии тромбоза глубоких вен, диагностический поиск должен включать последующее лабораторное и инструментальное обследование.

**Лабораторная диагностика** включает определение уровня **D-димера** в крови. Его повышенный уровень свидетельствует об активно протекающих процессах тромбообразования, но не позволяет судить о локализации тромба. Наибольшую чувствительность (более 90%) обеспечивают количественные методы, основанные на иммуноферментном (ELISA) или иммунофлюоресцентном (ELFA) анализе.

Высокой чувствительностью обладают также количественные экспресс-методы, основанные на фотометрическом определении агглютиниции частиц латекса. Качественные и полуколичественные методы, основанные на визуальном определении агглютинации частиц латекса или эритроцитов, обладают меньшей чувствительностью (85-90%). Наряду с высокой чувствительностью тест имеет низкую специфичность.

Образование фибрина и соответственно высокий уровень D-димера возможны при многих состояниях, в том числе при опухолях, воспалении, инфекционном процессе, некрозе, после перенесённых оперативных вмешательств и во время беременности, а также у пожилых людей и пациентов, уже находящихся в стационаре.

Поэтому рекомендуется следующий алгоритм использования данного показателя: пациентам без каких-либо клинических признаков, позволяющих предположить наличие тромбоза глубоких вен, проводить определение уровня D-димера с целью скрининга не следует; пациентам с клинической симптоматикой и анамнезом, не оставляющими сомнений в наличии тромбоза глубоких вен, проводить определение уровня D-димера также не следует; пациентам с клиническими признаками, позволяющими заподозрить тромбоз глубоких вен, при отсутствии возможности выполнить в ближайшие часы компрессионное ультразвуковое ангиосканирование следует определить уровень D-димера.

Повышение показателя свидетельствует о необходимости проведения ультразвукового исследования. В наблюдениях, когда уровень D-димера в крови не повышен, диагноз тромбоза глубоких вен может быть отвергнут с высокой степенью вероятности.

Основным методом **инструментальной диагностики** при подозрении на венозный тромбоз является **ультразвуковое компрессионное дуплексное ангиосканирование**. Учитывая вероятность протекающего бессимптомно контрлатерального тромбоза,

в обязательный объём исследования входит осмотр подкожных и глубоких вен обеих нижних конечностей. При наличии у пациента симптоматики тромбозэмболии лёгочных артерий и отсутствии ультразвуковых признаков тромбоза глубоких магистральных вен конечностей, таза и нижней полой вены следует осмотреть гонадные, печёночные и почечные вены.

Признаками тромбоза являются: невозможность сжать вену при давлении ультразвуковым датчиком на ткани в проекции сосуда до полного исчезновения просвета; наличие в просвете вены однородных, дающих ровные контуры структур (плотные тромботические массы); отсутствие кровотока по сосуду при проведении исследования в доплеровском или цветовом режиме (окклюзивный тромб); сохранение просвета сосуда между тромботическими массами и венозной стенкой, что хорошо визуализируется в поперечной проекции при проведении функциональных проб в цветовом режиме (неокклюзивный тромб); наличие в просвете вены однородных структур, не связанных со стенкой вены, фиксированных только у

основания и располагающихся свободно в кровотоке (флотирующий тромб); усиление кровотока по подкожным венам в сравнении с другой конечностью (коллатеральный кровоток).

Активный поиск тромбоза глубоких вен с помощью ультразвукового ангиосканирования необходим при повышении уровня D-димера в предоперационном периоде у пациентов группы высокого риска, а также при онкологической патологии и при подтверждённой тромбофилии. У этой группы пациентов целесообразно провести ультразвуковое ангиосканирование со скрининговой целью и после оперативного вмешательства.

При распространении тромбоза на илиокавальный сегмент в случае невозможности определения его проксимальной границы и характера посредством ультразвукового дуплексного ангиосканирования показано выполнение **рентгеноконтрастной ретроградной илиокавографии**. Во время ангиографии возможен ряд лечебных манипуляций: имплантация кава-фильтра, катетерная тромбэктомия и др.

**Лечебная тактика при тромбозе глубоких вен** имеет общие подходы. Доказана необходимость адекватной **антикоагулянтной** терапии как основы лечения пациентов с тромбозом глубоких вен. При обоснованном подозрении на тромбоз глубоких вен она должна быть начата до инструментальной верификации диагноза. Подходы к использованию антикоагулянтов при поражении нижних и верхних конечностей одинаковы.

Всем пациентам с тромбозом глубоких вен нижних конечностей показана эластическая компрессия. Неоправданно рутинное использование мер хирургической профилактики тромбозэмболии лёгочных артерий, в том числе имплантация кава-фильтра. Они могут быть рассмотрены при невозможности применения адекватных доз антикоагулянтов из-за высокого риска геморрагических осложнений, распространённом эмболоопасном тромбозе бедренного и (или) илиокавального сегментов, рецидивирующей массивной тромбозэмболии лёгочных артерий со значительным остаточным перфузионным дефицитом. Также не рекомендуется широкое использование регионарной тромболитической терапии. Исключением является её проведение при первичном тромбозе подключичной вены (болезнь Педжета – Шреттера).

**Консервативное лечение** включает предписание строгого постельного режима данной группе пациентов до инструментального обследования с целью снижения риска тромбозэмболии. Затем пациенты с окклюзивными и пристеночными формами венозного тромбоза сразу могут быть активизированы. Необходимо ношение специализированного компрессионного трикотажа 2-3-го класса. При нестабильном отёке, когда объём конечности имеет значительную суточную динамику, допустимо использование эластичных бинтов длиной растяжимости.

Эластическая компрессия противопоказана при хронических облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей, когда регионарное систолическое давление на задней большеберцовой артерии ниже 80 мм рт.ст., дерматите и экземе различной

этиологии. Антикоагулянтная терапия показана всем пациентам с тромбозом глубоких вен при отсутствии общепринятых противопоказаний. Лечение следует начинать с парентерального введения лечебных доз антикоагулянтов (доказанной эффективностью обладают нефракционированный гепарин, низкомолекулярные гепарины и фондапаринукс).

Предпочтительно использование низкомолекулярных гепаринов или фондапаринукса. Продолжительность терапии парентеральными антикоагулянтами должна составлять не менее 5 суток. В тех наблюдениях, когда антагонисты витамина К назначают не с первых суток лечения, длительность совместного применения варфарина и парентерального введения лечебных доз антикоагулянтов должна составлять как минимум 5 дней. Парентеральное введение лечебных доз антикоагулянтов может быть прекращено при достижении терапевтических значений МНО (2,0 и выше) в двух последовательных определениях с интервалом 1 сутки.

Дозы антикоагулянтов для парентерального введения и алгоритм перехода на дли-

тельный пероральный приём антагонистов витамина К в настоящее время отработаны и изложены в клинических рекомендациях и рекомендациях производителей. Существует мнение экспертов о целесообразности продления терапии низкомолекулярными гепаринами у некоторых категорий пациентов. В первую очередь это необходимо у беременных в связи с невозможностью применения антикоагулянтов непрямого действия и онкологических пациентов на срок от 3 до 6 месяцев.

Общая продолжительность лечения антикоагулянтами зависит от наличия и характера факторов, предрасполагающих к рецидиву заболевания, наличия венозных тромбозэмболических осложнений в анамнезе, распространённости поражения и должна составлять не менее 3-6 месяцев. Нецелесообразно использование в комплексном лечении пациентов с тромбозом глубоких вен антибактериальных препаратов при отсутствии признаков системной воспалительной реакции.

Задачами **оперативного лечения** при тромбозе глубоких вен являются предотвращение тромбозэмболии лёгочных артерий и восстановление проходимости венозного русла. Выбор объёма и способа хирургической коррекции зависит от локализации тромбоза, его распространённости, длительности заболевания, наличия сопутствующей патологии, тяжести состояния пациента, имеющегося в распоряжении технического и инструментального обеспечения.

Показаниями к **имплантации кава-фильтра** являются невозможность проведения или неэффективность адекватной антикоагулянтной терапии, протяжённый (более 4 см) флотирующий тромб с узким основанием и угрозой фатальной лёгочной эмболии, рецидивирующая тромбозэмболия лёгочных артерий у пациентов с высокой лёгочной гипертензией. У пациентов молодого возраста при устранении факторов риска и причинах тромбоза глубоких вен необходимо имплантировать съёмные модели. Они удаляются в срок до 30 суток после установки при устранении угрозы тромбозэмболии.

**Эндоваскулярная катетерная тромбэктомия из нижней полой и подвздошных вен** показана при эмболоопасных тромбах интра- и супраренального отделов нижней полой вены.

**Пликация нижней полой вены** выполняется: при распространении флотирующего тромба на супраренальный отдел нижней полой вены и отсутствии возможности выполнить эндоваскулярную тромбэктомию (пликация выполняется после прямой тромбэктомии); при сочетании оперебельных опухолей брюшной полости и забрюшинного пространства, требующих оперативного лечения при наличии эмболоопасных венозных тромбов; при окклюзии верхней полой вены и её притоков, а также бедренных вен, препятствующей имплантации кава-фильтра; при неправильной позиции установленного ранее кава-фильтра, исключающей возможность повторной имплантации (пликация производится после его удаления); при сочетании эмболоопасного тромбоза с беременностью поздних сроков, когда невозможно (или рискованно) имплантировать кава-фильтр в сдавленную беременной маткой нижнюю полую вену.

В таких наблюдениях родоразрешение осуществляют путём кесарева сечения, а вторым этапом выполняют пликацию. Через 2-3 года более чем у 2/3 пациентов после операции полностью восстанавливается проходимость нижней полой вены. Паллиативная тромбэктомия показана при протяжённом (более 4 см) флотирующем тромбозе бедренных или подвздошных вен при нецелесообразности или невозможности выполнить установку временного или постоянного кава-фильтра. Она, как правило, дополняется перевязкой или пликацией магистральной вены.

**Радикальная тромбэктомия** применяется лишь в случаях рано диагностированных сегментарных венозных тромбозов в течение первых 5 суток заболевания. Учитывая сложность установления точных сроков, прошедших с момента развития тромбоза, так как клинические проявления запаздывают на несколько дней, отбор пациентов для радикальной тромбэктомии должен быть очень тщательным. С целью уменьшения частоты послеоперационных ретромбозов и улучшения результатов тромбэктомии целесообразно после освобождения магистральной вены конечности от тромбов накладывать временную артериовенозную фистулу.

При проведении **регионарной тромболитической терапии** предпочтительным является введение соответствующих препаратов непосредственно в тромботические массы. В качестве тромболитических препаратов используют стрептокиназу, урокиназу и тканевой активатор плазминогена. Проведение тромболитика может рассматриваться лишь у пациентов с длительностью заболевания не более 5 суток и окклюзией 1-2 анатомических сегментов. В связи с высоким риском геморрагических

осложнений необходим очень тщательный отбор пациентов для тромболитической при тромбозе глубоких вен.

### Профилактика последствий венозных тромбозомболических осложнений

Отдалёнными последствиями тромбоза глубоких вен являются морфологические и функциональные изменения венозной системы нижних конечностей, заключающиеся в разрушении клапанных структур в глубоких венах, утолщении и ригидности их стенок, формировании внутрисосудистых включений в результате реканализации или полной хронической облитерации тромбированной вены. Это приводит к затруднению оттока крови из нижней конечности.

Формирование коллатеральных путей венозного оттока по поверхностным венам приводит к их расширению и вторичной варикозной трансформации. Развившиеся патологические изменения служат основой формирования посттромбофлебитической болезни нижних конечностей. Её ведущим клиническим признаком является, как правило, постоянный отёк поражённой нижней конечности.

Несколько реже наблюдается варикозное расширение подкожных вен. Характерны жалобы на боли, чувство тяжести и утомляемость в нижней конечности. Отсутствие адекватного лечения приводит к прогрессированию патологических изменений венозной системы, развитию выраженных трофических расстройств, длительно не эпителизирующихся трофических язв, развитию артрогенного конгестивного и, реже, компартмент-синдрома с выраженной функциональной недостаточностью нижних

конечностей и резким снижением качества жизни.

Всем пациентам, перенёвшим тромбоз глубоких вен нижних конечностей, показано постоянное ношение компрессионного трикотажа 2-3-го компрессионного класса, начиная с первых дней заболевания. Продолжительность его использования составляет не менее 3 лет. Решение о необходимости дальнейшего применения компрессии или изменении её режима принимают индивидуально с учётом особенностей поражения венозной системы, имеющейся клинической симптоматики, наличия сопутствующих заболеваний, факторов риска венозных тромбозомболических осложнений и приверженности пациента врачебным рекомендациям.

Полная отмена компрессии целесообразна только при незначительных по протяжённости изменениях в глубоком венозном русле и отсутствии клинических признаков заболевания. Одновременно с компрессионным лечением возможно проведение фармакотерапии с использованием микроинъекционной фракции флавоноидов по 1000 мг в сутки на протяжении 2-3 месяцев 2 раза в год. Все пациенты с посттромбофлебитической болезнью, вне зависимости от характера патологических изменений в венозной системе, клинического статуса и получаемого лечения должны ежегодно проходить диспансерное обследование. Профилактика и лечение посттромбофлебитической болезни верхних конечностей могут осуществляться по аналогичным принципам.

Современные возможности Клиник Самарского государственного медицинского университета позволяют проводить индивидуальное, комплексное консервативное

и оперативное лечение, адекватный послеоперационный восстановительный период, а также осуществлять профилактические мероприятия.

В полный цикл медицинской реабилитации пациентов с венозными тромбозами включена работа консультативной поликлиники, клинико-диагностической лаборатории, отделения ультразвуковой и функциональной диагностики, лаборатории клинической биомеханики, стационарных флебологического (клиника и кафедра госпитальной хирургии), гематологического и реабилитационных отделений. Большинству пациентов после стационарного лечения рекомендуется необходимое санаторно-курортное лечение. Главными принципами медицинской реабилитации пациентов с венозными тромбозомболическими осложнениями являются дифференцированный подход с учётом выраженности заболевания, комплексность с использованием всех специфических и неспецифических вариантов лечебных воздействий.

Осуществление системы этапной реабилитации должно базироваться на строгом соблюдении определённых принципов. К ним в первую очередь относятся максимально раннее начало и комплексное проведение всех видов восстановительной терапии, мультидисциплинарный подход с привлечением специалистов различного профиля и индивидуальный характер лечебных мероприятий.

**Сергей КАТОРКИН,**  
доцент кафедры и клиники  
госпитальной хирургии,  
кандидат медицинских наук.

Самарский государственный  
медицинский университет.

# Синдром Титце

**Синдром Титце (рёберный хондрит, рёберно-хрящевой синдром, перихондрит, синдром идиопатической рёберно-хрящевой боли, синдром передней грудной стенки, псевдоопухоль рёберных хрящей) - заболевание из группы хондропатий, сопровождающееся асептическим воспалением одного или нескольких верхних рёберных хрящей в области их сочленения с грудиной. Процесс чаще всего локализуется в области 1-2-го рёбер, реже – 3-4-го рёбер, остальные рёбра поражаются редко. В 80% случаев отмечается одностороннее поражение.**

**Возрастные и гендерные данные.** Синдром Титце встречается у взрослых в любом возрасте, чаще всего в третьем десятилетии жизни, хотя зафиксировано и более раннее начало – в возрасте 12-14 лет. По данным большинства авторов, мужчины и женщины страдают одинаково часто, однако некоторые исследователи отмечают, что среди взрослых синдром Титце чаще выявляется у женщин.

## Этиология

Причины возникновения синдрома Титце в настоящий момент до конца не выяснены. Имеется несколько гипотез, объясняющих механизм развития этого заболевания.

**Гипотеза травматического развития болезни.** Многие пациенты, страдающие синдромом Титце, являющиеся спортсменами, занимаются тяжёлым физическим трудом, страдают острыми или хроническими заболеваниями, сопровождающимися тяжёлым надсадным кашлем, или имеют травму рёбер в анамнезе.

Странники этой гипотезы считают, что из-за прямой травмы, постоянных микро-травм или перегрузки плечевого пояса повреждаются хрящи. Эти повреждения локализуются на границе костной и хрящевой части суставов. В результате возникает раздражение надхрящницы, пролиферация её клеток и образуется новая хрящевая ткань, несколько отличающаяся от нормальной. Избыточная хрящевая ткань сдавливает нервные волокна и становится причиной возникновения болевой синдрома. В настоящее время травматическая гипотеза наиболее признана в научном мире и имеет больше всего подтверждений.

**Инфекционно-аллергическая гипотеза.** Последователи этой гипотезы находят связь между развитием синдрома Титце и имеющимися место незадолго до этого заболеваниями респираторными заболеваниями. Длительный кашель приводит к перенапряжению дыхательных мышц, грудного скелета, рёбер, к раздражению суставов плечевого пояса, особенно грудинно-ключичного, где возникают дегенеративно-дистрофические изменения, и развивается синдром.

**Алиментарно-дистрофическая гипотеза.** Предполагается, что дегенеративные нарушения хряща возникают вследствие на-

рушения обмена кальция, витаминов группы С и В. Сам А.Титце также связывал возникновение хондродистрофии в голодное время 1919-1921 гг. с плохим питанием населения и перенесёнными острыми заболеваниями верхних дыхательных путей, сопровождающимися сильным надрывным кашлем. И действительно, у ряда больных эта связь с сильным кашлем подтверждается. Однако нередко болезнь встречается и без этого анамнестического фактора, а чаще всего после непривычных и новых для больных чрезмерных физических занятий или спортивных упражнений.

## Клиника

Как правило, болезнь развивается постепенно. Больные предъявляют жалобы на острые или постепенно нарастающие боли, которые локализуются в верхне-передних отделах грудной клетки, рядом с грудиной.

Боли могут быть различной степени – от небольших до довольно интенсивных. При любом движении тела, при кашле, чихании, глубоком вдохе они усиливаются, в состоянии покоя и при лёгком дыхании – ослабевают. При надавливании на грудную клетку, отдельные рёбра они также усиливаются. Боли могут отдавать в плечо, руку или грудную клетку на стороне поражения. Чаще они бывают односторонними, хотя в ряде случаев может наблюдаться двухсторонний болевой синдром. Иногда болевой синдром кратковременный, однако чаще бывает постоянным, длительным и беспокоит пациента годами. При этом отмечается чередование обострений и ремиссий. Общее состояние в период обострения не страдает.

При осмотре выявляется плотная, чёткая припухлость веретенообразной формы размером ~3-4 см. Пальпаторно определяется выраженная локальная болезненность. Кожные покровы над припухлостью свободно подвижны, не изменены. Нормальна и температура тела. В целом вполне удовлетворительным остаётся и самочувствие пациентов, хотя в зависимости от типа нервной системы, реактивности могут встречаться пациенты с нарушенным общим самочувствием.

## Диагностика

Как правило, такие пациенты в первую очередь направляются на рентгенологическое исследование. Но, к сожалению, оно не всегда позволяет верифицировать это заболевание. Рентгенологическая картина как при различной локализации болезни, так и в разных возрастных группах в отдалённых своих деталях и тонкостях крайне разнообразна. Поэтому в литературе на этот счёт можно найти немало противоречивых

сведений. Поскольку дело касается именно хрящевой части рёбер, в ряде случаев при однократном исследовании обнаруживается вообще нормальная рентгенологическая картина.

Всё же, по данным С.А.Рейнберга, при тщательном дальнейшем динамическом наблюдении удаётся установить нарушения обызвествления поражённого хрящевого ребра, его преждевременное местное неправильное обызвествление, появление известковых и костных глыбок по краям ребра, его утолщение. Затем через несколько недель картина меняется, и эта переменчивость вносит уверенность в правильности толкования рентгенологической картины и в исключении нормального анатомического варианта обызвествления и остеонекроза хрящевого ребра. Нарушается также структурный рисунок переднего конца костного ребра, и возникают незначительные периостальные наслоения, ребро умеренно утолщается. Межрёберное пространство в связи с этим суживается.

В дальнейшем структура костного и хрящевого отростков ребра сливаются воедино, и весь процесс патологической перестройки заканчивается повышением интенсивности всего переднего рёберного массива. Может развиваться своеобразный деформирующий остеоартроз в рёберно-грудном суставе с довольно значительными костными разрастаниями, с неправильной зигзагообразной суставной линией, окаймлённой склеротическими полосками. Иногда на боковых снимках могут выявляться лёгкие костные разрастания, локализованные соответственно клинически определяемой припухлости. Выявлению деталей помогают и послойные снимки.

Тем не менее рентгенологическое исследование имеет, прежде всего, уже то большое практическое значение, что даёт основание исключить другие серьёзные заболевания.

В современной диагностике болезни часто используются МРТ, КТ, УЗИ и другие исследования. Они помогают врачу получить более верифицированные данные об изменениях в грудинно-ключичном суставе, хрящевых и костных образованиях поражённого сустава. Из вышесказанного можно видеть, что при синдроме Титце удаётся выявить некоторые рентгенологические изменения. Однако они теряют свою практическую значимость, поскольку появляются в поздних стадиях и мало помогают ранней диагностике и, следовательно, лечению этой болезни.

При биопсии также выявляется пёстрая картина от нормального строения и хряща и кости, до небольших морфологических их изменений и даже фиброзных разрастаний.

Иногда наблюдается небольшой отёк или неспецифическое хроническое воспаление в окружающих хрящ тканях. Воспалительные явления, как правило, не выявляются.

Нормальны также все показатели общего анализа крови, биохимические лабораторные тесты на острофазовые реакции, иммунологические показатели.

Таким образом, в случае синдрома Титце, как и при многих других случаях клинической патологии, важнейшим диагностическим приёмом остаётся клиника и информированность врача – знание, что такая болезнь существует.

## Дифференциальная диагностика

В общей дифференциальной диагностике необходимо иметь в виду перелом, надлом, трещину, ложный сустав, периостит любой природы, группу воспалительных заболеваний (остеомиелит и его разновидности, особенно остеомиелит склерозирующий и опухолевидный, туберкулёз, сифилис), злокачественные опухоли костей – остеогенную саркому и опухоль Юинга, артриты, фиброциты. К сожалению, особенно в тех случаях, где врач не имеет сведений о синдроме Титце, эти диагнозы выставляются достаточно часто и пациентам настойчиво предлагается соответствующее лечение. Тщательный анамнез, целенаправленное обследование, вдумчивый анализ полученных данных, оценка общего состояния, динамическое наблюдение позволяют отвести вышеуказанные болезни и выставить правильный диагноз. Но для этого, прежде всего, нужно знать о существовании такой патологии, как синдром Титце, и что ни при одном другом заболевании, когда поражаются костно-хондральные сочленения, не обнаруживается вышеуказанной плотной припухлости рёберного хряща.

В случаях, когда опухание рёберно-грудного сустава ярко не выражено, возникает необходимость дифференциальной диагностики и с рядом сердечно-сосудистых заболеваний. В частности, известно, что в области грудинно-ключичного сустава, особенно слева, могут локализоваться боли при стенокардии и инфаркте миокарда, как в классических случаях, так и при атипичном их течении. Для опытного врача эта дифференциальная диагностика не вызывает больших затруднений – боль при стенокардии непостоянная, приступообразная, проходящая самостоятельно или при приёме нитратов в ближайшие минуты.

(Окончание следует.)

**Ибрагим ШАМОВ,**  
заведующий кафедрой пропедевтики  
внутренних болезней,  
доктор медицинских наук,  
профессор.

Дагестанская государственная  
медицинская академия.

В последнее время, на фоне ряда трагических событий, активно обсуждаются вопросы улучшения доступа к эффективным препаратам для лечения онкологических больных в целом и переход к таргетной терапии в частности. Что можно сделать в данной ситуации? Каковы перспективы решения проблемы доступности диагностики и лечения онкозаболеваний? Об этом мы попросили рассказать директора Российского общества клинической онкологии Илью ТИМОФЕЕВА.

— Илья Валерьевич, мы постоянно говорим о необходимости ранней диагностики онкозаболеваний. Но насколько это реально? Насколько доступно в нашей стране? Как обстоит дело в других странах?

— Ранняя диагностика, а именно программы скрининга, существенно влияют на снижение показателей смертности от некоторых злокачественных новообразований и внедряются в различных странах. К сожалению, в нашей стране произошла подмена терминов: под «диспансеризацией» у нас понимают «раннюю диагностику», что совершенно неправильно. Диспансеризация не является ранней диагностикой (скринингом) рака!

Должен признать, что настоящих программ скрининга рака в стране нет.

Кстати, у нас активно обсуждается ранняя диагностика, но совсем не обсуждается такая проблема: что мы будем делать с пациентами, которые выявлены в ходе этой диагностики, чем и как мы будем их лечить?

Если же говорить о современном лекарственном лечении — так называемой таргетной терапии, то она малодоступна.

— Что же нового появилось в онкотерапии, в частности, редких видов этого заболевания? И какие возможности открывает таргетная терапия?

— Этот вопрос требует отдельного интервью. Потому что за последнее время появилось много нового. Если кратко — терапия в онкологии становится молекулярно-обоснованной, целенаправленной, персонализированной. Создаваемые таргетные препараты направлены на конкретную мишень в опухолевой клетке. Например, рецептор или белок внутри клетки. Блокируя эту значимую мишень, препарат останавливает развитие опухоли.

Эффективность такого лечения повышается в разы по сравнению с химиотерапией. Больше того:

для некоторых опухолей таргетная терапия является единственно возможным вариантом. Например, рак почки, при котором эффективными оказались только таргетные препараты.

Персонализация лекарственного лечения в онкологии заключается в выборе определённого препарата для определённого больного.

Возьмём для примера рак лёгкого. Сегодня мы уже можем изучить структуру опухоли лёгкого на предмет наличия определённых мишеней, мутаций, транслокаций и назначить одному пациенту с мутацией рецептора EGFR — один препарат, ингибирующий именно этот рецептор, а другому больному, с перестройкой ALK, — другой препарат, который целенаправленно ингибирует ALK.

Таргетная терапия очень дорогостоящая и поэтому малодоступная. Поскольку финансирования на государственном уровне явно недостаточно, возможен ли такой вариант, как участие спонсорских средств для проведения диагностики? Как может выглядеть такая схема?

— Скрининг требует колоссальных затрат. Я не думаю, что какие-то спонсоры смогут взять их на себя. Программы ранней диагностики всегда проводятся государством.

— Вы являетесь руководителем Российского общества клинической онкологии (RUSSCO). Какие задачи стоят перед обществом, как они реализуются?



Илья Тимофеев

рил, любому пациенту, которому планируется назначение таргетной терапии.

В рамках нашей программы тестирование проводится бесплатно. Общество считает крайне важным оказание подобной помощи врачам и пациентам.

Как уже было сказано, оценка молекулярных изменений существенно повышает эффективность терапии. К сожалению, в большинстве регионов тестирование не входит в стандарты помощи и не финансируется государством. Более того, далеко не все онкологические учреждения имеют сертифицированные по стандартам качества лаборатории молекулярно-генетической диагностики.

В рамках нашей программы мы создали сеть лабораторий при онкологических учреждениях, сотруд-

## Акценты

# Диспансеризация — это не скрининг

Для проведения серьёзной онкодиагностики нужны оборудование и кадры

Следовательно, у пациентов с, казалось бы, одним и тем же диагнозом на основе молекулярно-генетических изменений в опухоли мы имеем возможность подобрать препарат индивидуально. Эффективность использования персонализированной терапии рака лёгкого возрастает до 60-70% по сравнению с 20-30% при химиотерапии. Разве это не революция в лекарственном лечении метастатического рака лёгкого и других опухолей?

Ещё одним новым направлением является появление нескольких линий терапии. Раньше выбор лечения был ограничен, как правило, одной эффективной линией. Другими словами, если пациент получил лечение и не ответил на него, что делать дальше, мы не знали. Сейчас для большинства опухолей появилась возможность последующего эффективного лечения. Всё это приводит к значимому улучшению продолжительности жизни онкологических пациентов.

— Но вы сказали, что тар-

— Общество онкологов-химиотерапевтов было создано 5 лет назад десятью врачами-онкологами. Сегодня общество химиотерапевтов, к которому присоединились онкологи других направлений, носит название Российского общества клинической онкологии и является крупнейшей профессиональной онкологической организацией в России. Оно включает более 1100 членов, базируется на 46 региональных отделениях. Совет правления RUSSCO представлен ведущими специалистами в своей области, являющимися экспертами международных организаций.

Основной целью правления считается внедрение в клиническую практику современных мультидисциплинарных подходов диагностики и лечения злокачественных новообразований для того, чтобы повлиять на продолжительность и качество жизни онкологических больных.

Для осуществления этой цели общество ведёт активную образовательную деятельность (в 2014 г. у нас состоялось 59

мероприятий); разрабатывает клинические рекомендации лечения различных опухолей, которыми в настоящее время пользуются практически все онкологи; выпускает газету и журнал; стимулирует проведение клинических исследований; взаимодействует с Минздравом, фондом «Сколково», международными профессиональными сообществами, такими как ASCO, ESMO, MASCC, ESGO и др.

— Вы — один из создателей проекта «Совершенствование системы молекулярно-генетической диагностики онкологических заболеваний в Российской Федерации». В чём его суть? Кто участвует в проекте и каким образом он может помочь нашим медикам?

— Да, действительно, RUSSCO является организатором этой программы. Её смысл: предоставить возможность любому врачу из любого региона провести молекулярно-генетическое тестирование для выявления тех самых изменений в опухоли, о которых я гово-

ники которых прошли обучение и сертификацию за рубежом. За каждой лабораторией закреплены свои регионы. Материал для диагностики доставляется курьерской службой, и уже через 7 дней врач имеет заключение.

За 2 года реализации программы 1180 врачей из 76 регионов РФ провели тестирование 20 тыс. своих пациентов. Эти цифры свидетельствуют уже о национальном масштабе работы.

Возвращаясь к вашему вопросу о спонсорстве диагностики, хочу отметить, что мы смогли привлечь различные компании, которые оказывают благотворительную поддержку, без каких-либо требований. Мы очень признательны этим спонсорам. Надеемся, что в ближайшем будущем государство сможет включить молекулярное тестирование онкологических больных в стандарты помощи.

Беседу вел  
Алёна ЖУКОВА,  
корр. «МГ».

Москва.

## Острая тема

Проанализировав показатели профессиональной заболеваемости работников сельского хозяйства, специалисты Управления Роспотребнадзора по Омской области выяснили, что наиболее уязвимой профессией среди тех, кто трудится на земле, является работа механизатора/тракториста.

За минувшие годы в Прииртышье зарегистрировано более 70 случаев профессиональных заболеваний различной этиологии. И на первое место вышли вибрация, шум. На втором — спровоцированные тяжёлым трудом радикулиты, грыжи, геморрой. Кроме того, зарегистрировано профзаболевание органов дыхания — брукцеллёз у механизатора, обслуживающего животноводческую ферму в ЗАО «Яснополянское» Павлоградского района.

К слову, о брукцеллёзе. Случаи этой хронической инфекции, передающейся от больных животных человеку брукцеллами — микробами, которые обнаружил ещё в 1886 г. английский учёный Дэвид

# На бедные головы крестьян... Сельские механизаторы очень нуждаются в заботе

Брюс, по данным ведомства, постоянно выявляются у ветеринаров и работников ферм. Только в минувшем году было отмечено 5 таких случаев, в том числе у ветврачей СПК «Заря» Омского района и станции по борьбе с болезнями животных по Муромцевскому району.

Что же касается профзаболеваний у сельских механизаторов, возникающих из-за постоянной тяжёлой физической работы, то этот тренд, по мнению врачей-профпатологов, на совести руководителей крестьянско-фермерских хозяйств, сельских кооперативов и акционерных обществ, где работают по старинке: здесь низкий уровень механизации и автоматизации. Трактористы, собирая по частям своих «железных коней» перед

посевной, тягают вручную такие тяжёлые агрегаты и запчасти, что не всякому титулованному силачу-штангисту они поддадутся. В частности, заболевания от взаимодействия с непомерными тяжестями диагностированы у трактористов двух предприятий.

К сожалению, это далеко не все напасти, которые «сваливаются» на бедные головы крестьян. При плановых проверках специалистами Управления Роспотребнадзора по Омской области выявлено множество нарушений условий труда на предприятиях сельскохозяйственного назначения. Стоит ли удивляться увеличению числа заболеваний органов дыхания среди сельчан, если в помещениях нет элементарной вентиляции. Без притока чистого воздуха приходит-

ся трудиться работникам многих предприятий.

Казалось бы, уж к представителям слабого пола, занятым в сельском хозяйстве, у руководителей предприятий должно быть более заботливое отношение. Но, увы, и сегодня некоторые из них не утруждают себя этими проблемами. В их хозяйствах не организована стирка спецодежды, у работниц ферм совершенно нет условий для личной гигиены. Впрочем, о какой личной гигиене можно говорить, если при непростой эпидемиологической и ветеринарной ситуации не везде проводятся осмотры на брукцеллёз? Не всем, а если точнее — крайне редко, налажены прививки против гепатита В, кори, дифтерии. Персонал, работающий в контакте с

вредно-действующими факторами, не проходит медицинский осмотр. Такая ситуация сложилась в более десятка хозяйств.

Разумеется, уровень профессиональной заболеваемости работников сельского хозяйства зависит от многих факторов, но далеко не в последнюю очередь — от неудовлетворительных условий труда. Кто-то может сказать, что прежде крестьяне работали и в худших условиях. Отрицать не будем, но тем не менее можно допустить предположение, что при таком отношении к людям крестьянского труда в поле и на ферме скоро будет некому работать.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Омск.

Открыты для общения

С Центром Сербского, как мы привыкли называть ныне действующий Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского, связана деятельность многих выдающихся и известных психиатров – И.Введенского, О.Кербикова, Е.Краснушкина, Н.Фелинской, А.Халецкого и других. С 1990 по 2010 г. возглавляла центр известный учёный, академик РАН Татьяна Дмитриева.

Можно с уверенностью утверждать, что никогда, как сейчас, центр не был открыт для сотрудничества. Наряду с усовершенствованием системы судебно-психиатрической экспертизы, разработкой теоретических и клинических вопросов судебной психиатрии, решением проблем социальной, биологической психиатрии здесь стали проводиться дни открытых дверей и конференции такого высокого уровня, как нынешняя – «Психиатрия и наркология на современном этапе развития». Директор центра Зураб Кекелидзе дал возможность поприветствовать собравшихся на конференцию специалистов со всей страны представителям Минздрава России, Российского общества психиатров и Российской академии наук. И конечно, участники получили полную информацию обо всём наболевшем и приняли к сведению новые разработки в этой весьма непростой сфере медицины.

Директор Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева профессор Николай Незнанов дал исчерпывающую характеристику кризиса психиатрии в ракурсе современного здравоохранения в обще-глобальном смысле. Опираясь на классическое определение глобализации Международного валютного фонда как «свободное передвижение потоков, идей, людей, благ, услуг и капиталов, ведущих к всё более возрастающей интеграции экономик и обществ», Николай Григорьевич посетовал, что глобализация вынуждает психиатрию решать социально-психологические и социологические задачи, которые обращены не к индивиду, а к группам здоровых и больных людей для регуляции их взаимоотношений на основе новых возможностей, предоставляемых новыми информационными технологиями. Н.Незнановым была обозначена основная гуманитарная проблема будущего, которая видится ему в дезадаптации, обусловленной запаздыванием адаптивных процессов относительно стрессорных факторов глобализации – новизны, сложности и количества событий.

Конечно, Николай Григорьевич как опытный клиницист не мог не остановиться на основных мотивах уклонения пациентов с психическими расстройствами от сотрудничества с психиатрами. Это, во-первых, опасения постановки на учёт в психоневрологическом диспансере и возможные ограничения в профессиональной

Деловые встречи

# Психиатрическая служба в новых реалиях

Их ярко высветила недавняя представительная встреча психиатров и наркологов со всей страны



**За 90 лет существования официальное название и подчинённость этого учреждения неоднократно менялись, но суть всегда оставалась неизменной – высокая квалификация его персонала. Сегодня оно носит название – федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» (ФМИЦПН), и его возглавляет доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, главный внештатный специалист психиатр Минздрава России Зураб Кекелидзе.**

**Надо отметить, именно в последнее время значительно расширились исследования центра в области социальной, биологической психиатрии, существенно обновились методологические основы судебной психиатрии. По всем направлениям своей деятельности, и прежде всего по оказанию психиатрической помощи населению, центр проводит, как никогда, большую организационно-методическую работу на всей территории Российской Федерации и, конечно же, поддерживает широкие научно-практические контакты со многими странами ближнего и дальнего зарубежья. Особенно ярко это продемонстрировала недавно прошедшая Всероссийская научно-практическая конференция «Психиатрия и наркология на современном этапе развития здравоохранения», собравшая главных специалистов психиатров и наркологов со всех регионов Российской Федерации.**

и социальной сферах; во-вторых, боязнь того, что контакты с психиатрической службой станут известны окружающим, отрицательно повлияют на межличностные отношения на работе и дома; в-третьих, недостаток информации о психопрофилактической помощи, неверие в то, что специалист может оказать помощь в преодолении причин, приведших к дезадаптации; в-четвёртых, страх зависимости от психотропных средств, необратимости их действия на психическую деятельность и, в-пятых, отсутствие установок на получение помощи.

Развивая новые формы

Директор филиала ФМИЦПН им. В.П.Сербского – Московского НИИ психиатрии, доктор медицинских наук, профессор Валерий Краснов высказал свои опасения в связи с угрожающими, по его мнению, изменениями в психиатрии. В первую очередь он назвал сокращение числа психиатрических кабинетов при ЦРБ. Если в сельских районах в 2000 г. их насчитывалось 2331, то в 2013-м – только 1978. Число врачей-психиатров в РФ также пошло на убыль: в 2011 г. – 14 117, а в 2013-м – 13 709. В.Краснов обратил внимание на ускоренное сокращение коечного фонда без стационарозамещающих альтернативных форм помощи, а также на радикальное сокращение кабинетов психиатров и психотерапевтов в территориальных поликлиниках и соматических стационарах. Тем не менее, как сказал В.Краснов, на сегодняшний день есть попытки отдельных коллективов развивать новые формы помощи, под кото-

рыми подразумеваются программы психосоциальной терапии и реабилитации, мобильные бригады по оказанию неотложной помощи на дому, когнитивные и коммуникативные тренинги, организация «жилья под защитой».

Кадровая проблема, как известно, всегда идёт под руку с образованием. Надо отдать должное, кадрам и образованию З.Кекелидзе уделяет особое внимание, да и сам центр располагает мощной образовательной базой.

Образовательная деятельность ФМИЦПН им. В.П.Сербского, надо сказать, регионам просто необходима. Как отметила в своём докладе «Структурно-динамический анализ деятельности психиатрической службы Южного федерального округа (2010-2014 гг.) и перспективы её развития» главный психиатр Минздрава России в ЮФО, главный врач Краснодарской краевой психиатрической больницы, доктор медицинских наук Елена Бойко, на базе центра только в марте этого года на цикле тематического усовершенствования по профилактике суицидоопасного поведения у жертв насилия, прошли обучение 18 краевых специалистов. В результате в крае организована трёхуровневая система профилактики кризисных состояний и медицинской помощи у лиц с суицидальным поведением. Специалисты, прошедшие подготовку в центре, самостоятельно проводят межрайонные обучающие семинары для работников первичного звена здравоохранения, педагогов, школьных психологов, родителей по вопросам раннего распознавания и купирования кри-

зисных состояний. Кроме того, сотрудниками центра в соответствии с планом краевого Минздрава на днях в Краснодаре будет проводиться очно-заочный цикл тематического усовершенствования «Клиническая суицидология».

Сравнительно недавно, в конце прошлого года, были назначены главные специалисты-психиатры федеральных округов, как уже активно заявляет о себе Южный федеральный округ, в котором, по данным Росстата, в сравнении с 2010 г. показатель общей заболеваемости в 2014 г. снизился на 8%, что на 3,6% ниже среднероссийского показателя, а количество суицидов в округе уменьшилось на 29%, что на 30% ниже показателя по России.

Подводя итоги секционных заседаний, главный детский психиатр Минздрава России, заместитель генерального директора по науке ФМИЦПН им. В.П.Сербского, профессор Евгений Макушкин отметил: «На данном этапе обсуждается подготовка клинических рекомендаций о тенденциях развития полипрофессиональной помощи детям на региональном уровне, поставленных задачах меведомственного сотрудничества в области профилактики девиантного поведения и суицида в подростковом возрасте».

Ориентиры на будущее

В области судебной психиатрии обсуждалась перспектива федерализации экспертных учреждений, а также актуальные вопросы изменений законодательства, значимые для вынесения экспертных заключений в уголовном и гражд-

данском процессах, проблемы роста экспертиз наркозависимых. Отдельно был представлен мониторинг показателей профилактики общественно опасных действий, а также рассматривались вопросы организации принудительных мер медицинского характера.

Говоря о модернизации наркологической службы, главный психиатр Минздрава Московской области Александр Козлов сообщил: «В последние годы, как в стране, так и в Московской области проводится работа по реорганизации, реструктуризации и модернизации наркологической помощи, предпринимаются шаги по оптимизации финансирования и нормативно-правовой сферы».

Секцию главных наркологов – специалистов Минздрава России и министерств субъектов Российской Федерации «Клиническая наркология и модернизация наркологической службы» провела в рамках этой же конференции и.о. директора обособленного структурного подразделения ФМИЦПН им. В.П.Сербского Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Галина Корчагина.

Выступление известного учёного, директора НИИ психического здоровья Томского научного центра СО РАН, члена-корреспондента РАН Николая Бохана «Проблема коморбидности и ранней профилактики аддитивных состояний в различных социальных группах» было настолько академически стильным, что «МГ» намерена раскрыть названную тему в ближайшем выпуске в разделе «Конспект врача».

Всего же на конференции с докладами выступили более 90 специалистов, включая представителей субъектов Российской Федерации, на мероприятии присутствовало более 300 человек.

На совещании главных психиатров Минздрава России и субъектов Российской Федерации, состоявшемся в рамках данной конференции, Зураб Кекелидзе очень ёмко обозначил ориентиры на ближайшие несколько лет: «В сложившейся социально-экономической ситуации первоочередной задачей повышения качества оказания психиатрической помощи является перенос центра тяжести её оказания во внебольничную сеть, а также улучшение профессиональной подготовки кадров и специалистов различного профиля, участвующих в оказании психиатрической помощи на полипрофессиональной основе».

Наиля САФИНА,  
корр. «МГ».

Москва.

Особый случай

**В благодарность за спасённую жизнь 63-летний житель Новосибирска Виктор Е. называет кардиохирурга Игоря Балабанова отцом, который родил его заново, выполнив сложнейшую операцию.**

У пациента Новосибирского областного клинического кардиологического диспансера была патология из разряда крайне редких – опухоль сердца. На момент поступления больного в диспансер размер новообразования достигал

# Хирург стал «отцом» пациенту

10 x 12 см. Как пояснили специалисты диспансера, опухоль имела как наружный, так и внутрисердечный рост и занимала 2/3 объёма правого предсердия, практически блокируя кровоток. Кроме того, в ходе обследования у мужчины было выявлено серьёзное атеросклеротическое поражение сосудов сердца.

Операция, которую провели врачи кардиологического диспансера, длилась более 9 часов и состояла из нескольких этапов: аортокоронарное шунтирование, удаление опухоли вместе со стенкой правого предсердия и частью межпредсердной перегородки, реконструкция правого предсердия.

– Опухоль занимала практически весь объём правого предсердия, и после того, как мы её удалили, от предсердия осталась лишь узкая полоска мышечной ткани. При помощи специальной заплаты из ксеноперикарда была фактически смоделирована полость правого предсердия, – говорит И.Балабанов.

Хирургическое вмешательство завершилось успешно. Пациент выписан из стационара, и теперь ему предстоит этап реабилитации.

Елена БУШ,  
собр. корр. «МГ».

Новосибирск.

На фармацевтическом рынке постоянно происходят правовые коллизии, в том числе связанные с патентами. О «подводных камнях» патентования лекарственных средств рассказал заведующий отделом фармацевтики Федерального института промышленной собственности (ФИПС) Роспатента Владимир Семёнов в ходе конференции, состоявшейся в Москве.

### Просто и сложно

Получение патента на лекарственное средство предоставляет исключительное право его обладателю, и защита интеллектуальной собственности является определяющим условием перед выводом препарата на рынок. Вместе с тем, как показывает анализ правоприменительной практики, до сих пор в области патентования ЛС существует большое число сложностей и нерешённых вопросов.

Самый простой вариант, по словам эксперта, когда патентообладатель сам регистрирует своё изобретение и получает регистрационное удостоверение (РУ) на субстанцию или композицию, указанную в формуле изобретения. В данном случае исключительное право, предоставляемое патентом, принадлежит патентообладателю и объём этих прав включает характеристики композиции ЛС, указанные в РУ.

Второй вариант – сложный. Что будет, если РУ получило лицо, не являющееся патентообладателем и не имеющее исключительных прав на лекарственное средство? Прежде всего, это касается производителей дженериков. Одно из предложений, вынесенное для обсуждения на исполнительный комитет Консультативного совета по иностранным инвестициям в России, который курируется Минэкономразвития России, было «не осуществлять государственную регистрацию воспроизведённого ЛС до истечения срока действия патента на оригинальный препарат».

Роспатент исходит из содержания действующих норм российского законодательства. Со-

### Ситуация

# Охранная грамота

О некоторых особенностях патентования лекарственных препаратов в России



гласно положениям статьи 1359 Гражданского кодекса РФ, одним из действий, нарушающих патент, является «применение, предложение о продаже, продажа, иное введение в гражданский оборот или хранение для этих целей продукта, в котором использовано изобретение...». Данная позиция подтверждена постановлением президиума ВАС РФ № 2578/09 от 16.06.2009, в соответствии с которым «действия с целью подготовки к государственной регистрации и регистрации воспроизведённого ЛП не являются нарушением патента».

Таким образом, упомянутое выше предложение на установление запрета на введение в гражданский оборот воспроизведённого ЛС до прекращения действия исключительных прав на

оригинальный препарат не согласуется с положениями статей 1229 и 1358 ГК РФ, определяющих содержание исключительных прав и порядок использования запатентованного продукта, подчеркнул эксперт.

В 2014 г. ГК РФ дополнен статьёй, в которой дано определение понятия «зависимый патент», а также установлен запрет на использование такого патента без разрешения обладателя другого патента на изобрете-

ние, по отношению к которому он является зависимым.

– В качестве превентивных мер при регистрации воспроизведённых лекарственных средств может быть введение требования проверки заявителем патентной чистоты регистрируемого препарата. Иными словами, проверки того, могут ли быть нарушены чьи-либо права при выходе препарата на рынок, – пояснил В.Семёнов. – Существует мнение, что если патент был выдан на фармкомпозицию (таблетку, капли, мазь и т.д.), то он не нарушает прав обладателя патента на вещество. Ничего подобного. Изобретатель, как правило, получает несколько соединений и по мере их исследования определяет среди них наиболее активное. Хотя, возможно, «соседнее» окажется и более активным, и он до него просто не дошёл, но патентные права

он получает на весь «комплект» соединений. Таким образом, все активные вещества находятся в правовом поле и защищаются значительно шире, нежели используются.

### Вопросы без ответов

Патент даёт создателям нового лекарства исключительное право производить и продавать его в течение 20 лет. Однако на практике от патентования молекулы и создания готовой лекарственной формы до выхода препарата на рынок проходит от 5 до 10 лет. На продаже нового препарата, то есть на возможность окупить все издержки и получить прибыль, времени остаётся гораздо меньше, чем у изобретателей из других областей науки и техники. Поэтому предусмотрена процедура продления срока действия патента на лекарственное средство сроком до 5 лет.

– Может ли об этом знать лицо, ожидающее окончания 20-летнего срока действия патента и готовящееся к этому, в том числе проходя процедуру регистрации? Вполне вероятен случай, когда организация, получив регистрационное удостоверение и подготовив к производству лекарственное средство, узнает, что препятствующий патент продлён на 5 лет. Является ли таким образом получение регистрационного удостоверения напрасным? Не приведёт ли такая ситуация к вольному или невольному нарушению патентных прав? – рассуждает эксперт.

В европейских странах продлевается не патент, а выдаётся свидетельство дополнительной охраны.

В России, несмотря на то, что наше законодательство по охране интеллектуальной собственности в значительной степени гармонизировано с европейским, пошли другим путём. Дополнительному патенту присваивается новый номер государственной регистрации. Какие поиски в данном случае должен провести добросовестный производитель, который готовит к выходу на рынок дженериковый препарат? Чёткого ответа на этот вопрос на сегодняшний день также нет.

Другой «подводный камень» связан с наличием оснований для оспаривания патента. В случае признания патента недействительным выдаётся новый патент на изобретение с уточнённой формулой и изменённым объёмом прав. Этот патент тоже имеет новый номер государственной регистрации, и это необходимо учитывать при проведении поиска, так как объём прав на ЛС, определяемый новым патентом, сохраняется, хотя и в ограниченном виде.

Ещё одним «подводным камнем» является ситуация, связанная со сроком действия патента, поддержанием его в силе путём оплаты пошлин. Согласно статье 1399 ГК РФ, действие патента на изобретение, полезную модель или промышленный образец прекращается досрочно при неуплате в установленный срок патентной пошлины. Однако в данном случае патентообладатель может восстановить действие патента в течение 3 лет со дня истечения срока уплаты патентной пошлины.

Ирина СТЕПАНОВА,  
корр. «МГ».

### Исследования

# Право выбора

Чем руководствуются посетители аптек, покупая лекарства?

**Современные условия фармацевтического рынка позволяют населению самостоятельно выбирать и приобретать безрецептурные лекарственные препараты. В связи с этим производителям для успешного функционирования и обоснованного распределения ресурсов важно понимать, каким образом происходит выбор лекарственных препаратов потребителем, а также процесс взаимодействия аптечных работников с покупателями.**

Данные вопросы были изучены в рамках всероссийского исследования HealthIndex, проведённого компанией Synovate Comcon Healthcare. В нём приняли участие 6 тыс. респондентов в возрасте 16–75 лет из 48 городов России. Более половины опрошенных (51,2%) отметили личный предшествующий опыт как фактор, чаще всего влияющий на их выбор ОТС-препарата. На втором месте – рекомендации врача, их отметили чуть меньше трети респондентов (30,9%).

Далее в рейтинге факторов, оказывающих воздействие на принятие решения о покупке ОТС-препаратов, – советы друзей, родственников, знакомых (19,9%), инструкции по препарату (15,5%), рекомендации фармацевта (14,6%).

Наименее популярными из предложенных оказались следующие варианты ответов: рекомендательные статьи в журналах, газетах (1,9%), реклама препарата (2,8%), медицинская литература, справочники (5,3%), а также отзывы в Интернете (5,8%).

Распределение ответов отличается в зависимости от возраста респондентов. Так, молодые люди (16–19 лет) при принятии решения о покупке безрецептурных препаратов больше подвержены влиянию рекламы (7%) по сравнению с людьми старшего возраста. А в возрастной группе 20–24 года выше доля людей, советуемых с друзьями, родственниками или знакомыми (29%).

В процессе анализа полученных в ходе исследования данных аналитики обнаружили интересный факт: с возраст-

ном уменьшается количество респондентов, отмечающих советы друзей и инструкции по препаратам как драйверы, чаще всего влияющие на выбор безрецептурных брендов. В то же время от более молодых групп к более старшим наблюдается тенденция увеличения доли людей, выбирающих препараты на основе личного опыта. Наиболее характерна она для группы 45–54 года. Более трети респондентов из группы 55–64 года и более половины из самой старшей возрастной группы принимает решение о покупке безрецептурного средства по рекомендации врача. Роль врача как фактор выбора ОТС-препарата растёт, начиная с группы 25–34 года.

Между тем, несмотря на наличие сформированного решения по покупке препарата, уже в аптеке потребитель может изменить свой выбор. Так, по данным исследования, среди возможных причин отказа от покупки более половины (54,4%) респондентов отмечают отсутствие препарата в нужной дозировке/форме в аптеке. В этом случае боль-

шинство (59%) покупателей продолжают поиски лекарства в других аптеках, треть (34%) обращаются за рекомендацией к фармацевту и только 7% выбирают другой препарат самостоятельно. Эти данные в очередной раз показывают, с одной стороны, важность наличия препарата в ассортименте аптек и необходимости контроля дефектуры, а с другой – значимую роль провизора при выборе препарата, делают вывод аналитики компании.

Среди возможных причин отказа от покупки половина респондентов (49,9%) указывают также неприемлемую стоимость выбранного препарата. Для женщин фактор цены играет более важную роль, чем для мужчин – 53% и 45,2% соответственно. 14,6% респондентов отмечают рекомендацию провизора в качестве причины изменения первоначального запроса, что ещё раз подчёркивает важность роли этого специалиста и, как следствие, работы представителей фармацевтических компаний в аптеке.

Анна КРАСАВКИНА.

### Однако

Росздравнадзор опубликовал традиционный антирейтинг производителей лекарственных средств – перечень компаний, на продукцию которых в I квартале 2015 г. поступило наибольшее количество рекламаций.

## Обновили антирейтинг

В «чёрный список» попали 10 российских и 3 зарубежные компании. Безусловным лидером по объёму забракованной продукции среди отечественных производителей стало ОАО «Тверская фармацевтическая фабрика»: 11 серий 4 торговых наименований лекарственных средств, произведённых на этом предприятии, были отозваны с рынка. На втором и третьем месте – ЗАО «Вифитех» и ОАО «Эском НПК» (5 серий 2 торговых наименований и 4 серии 2 торговых наименований соответственно).

Тройку импортёров, поставляющих некачественные препараты, возглавила Северная китайская фармацевтическая корпорация Лтд (ранее «Шаньдун Шэнлу Фармасьютикал Ко. Лтд»). К сожалению, изменение названия компании не сказалось на качестве её продукции. В предыдущие годы она не раз возглавляла антирейтинг среди зарубежных производителей. На этот раз проверку на качество не прошли 6 серий 2 торговых наименований. Замыкают список «Такеда Фарма Сп. 3 о.о.» (Польша) – 5 серий 1 торгового наименования и «Джлдас Эксплоим Пвт. Лтд.» (Индия) – 2 серии 1 торгового наименования.

Основной причиной выбраковки лекарственных средств является несоответствие известной триаде требований: описание, упаковка, маркировка. Среди других показателей – масса содержимого упаковки, механические включения, количественное определение, описание, цветность, растворимость, прозрачность и содержание активного вещества.

Валентина САВИНОВА.

Перспективы

# Вскрытие показало

Гален Пергамский, известный греко-римский врач из Пергама, руины которого лежат недалеко от турецкого Бергама, помимо всего прочего прославился тем, что вскрывал жертвенных и других животных, в частности берберийскую макаку. Считается, что он проследил, как черепные и спинномозговые «струны»-nervi идут к мышцам, и полагал, что последние контролируются нервами подобно тому, как всадник управляет лошадью с помощью узды и поводьев. Много позже барон Ж.Кювье заложил основы сравнительной анатомии, утверждая, что может восстановить облик вымершего животного по его кости.

ВИЧ опасен тем, что приводит к слиянию иммунных клеток, образующих губительный для них «единый» синцитий (syncytium). Такой же синцитий представляют нормальные мышцы, сохраняющие лишь отдельные клетки-сателлиты, являющиеся стволовыми и включающиеся при мышечных травмах. Синцитий подразумевает множество ядер в единой клеточной оболочке, но у той же парамеции, или туфельки, изучаемой в школе, ядра сливаются в единый гигантский комплекс из тысячи геномов, за что он и называется «макронуклеус». Дрозофила пошла иным путём, «слив» в клетках слюнных желёз вместе не ядра, а их хромосомы, в результате чего они становятся многоядерными. Приведённые примеры свидетельствуют о «многоядерности» природы в плане организации геномов.

Одним из производных эволюции стали мы сами, и путь от предков хорошо прослежен благодаря многочисленным костным остаткам, найденным более чем за век, прошедший с рождения антропологии. Однако Адриана Зильман и Дебра Болтер из Калифорнийского университета не вполне удовлетворены подобным классическим подходом. Много лет они собирали сравнительный анатомический материал, представив миру анализ распределения мышечной массы и жировой ткани у 13 шимпанзе бонобо, считающихся нашими ближайшими родствен-

никами среди приматов. Сравнение показало, что в результате прямохождения наших предков мышечная масса «стекла» в ноги и у людей «наросла» жировая ткань, запасы которой необходимы для вскармливания потомства молоком с высоким содержанием жира.

Подобная динамика мягких тканей привела у современных людей к необходимости применять статины, или лекарства для понижения уровня холестерина в крови. На встрече американских онкологов, проходившей в Чикаго, были доложены результаты другого сравнительного исследования, продолжавшегося 15 лет и охватившего 150 тыс. женщин 50-79 лет (за это время умерло от рака 3100 участниц). К удивлению врачей, приём статинов на 20% снизил смертность от рака яичников и молочной железы, а также кишечника, не затронув когорту с раком лёгких. Известно, что раки представляют собой опухоли эпителия, одноклеточный слой которого выстилает кишечник, лёгкие и т.д. Неудивительно, что эпителиальные клетки надёжно защищены от перерождения, что «противоречит» общебиологической тенденции перехода от одно- к многоклеточности. Специалисты берлинского Института продвинутых исследований полагают, что защите многоклеточных организмов способствуют гены раковой супрессии, например знаменитый p53, «пропускающий» клетки в

деление лишь при соблюдении многих условий. При ультрафиолетовом «ударе» по клеткам кожи он вызывает их апоптоз и в целом блокирует «стволовое» состояние, направляя клетки по пути специализации. Не остаётся в стороне и транспорт различных веществ как внутри, так и из клетки, для которого необходимо поддержание целостности клеточного «скелета» из белковых молекул и волокон. Они в норме сдерживают «отрыв» и выселение клеток, что может приводить к метастазированию. Автор статьи Афина Актипис.

Неудивительно поэтому, что специалисты по клеточной физиологии используют эпителиальные клетки в качестве стандарта их стабильности и поддержания хромосомного числа. В норме у нас в ядрах клеток 46 хромосом, что называют ещё «эуплоидия». Однако при выдерживании эпителиальных клеток в 50-процентном растворе полиэтиленгликоля происходит слияние клеточных оболочек, и пятая часть слившихся даёт клоны, то есть размножается делением. Интересно, что воспроизводятся при этом и хромосомы, однако число их не равно 46 или 92, то есть возникает анеуплоидия, хорошо знакомая онкологам. Нестабильность хромосомного числа отражается и на внешнем виде клеток, которые отличаются от нормальных. Подсадка таких клеток мышам в 61% случаев в течение 12 недель привела к возникновению опухоли, которая не росла из родительских клеток с нормальным набором хромосом. Остаётся надеяться, что сливающиеся клетки эпителия станут ещё одной моделью ракового роста.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,  
кандидат биологических наук.

По материалам  
American Journal of Pathology.

Взгляд

# Люди и собаки

## Связь на биохимическом уровне

**Отношения человека и собаки схожи со связью матери и ребёнка. Согласно выводам японских учёных, при общении человека и собаки в мозгу и теле обоих выделяется гормон окситоцин.**

Собаки служат в армии, полиции и помогают людям с ограниченными возможностями. Они находятся рядом с человеком не одну тысячу лет. Мы их любим, а они любят нас. Результаты недавнего исследования показывают, что отношения собаки и человека закреплены на биохимическом уровне.

Рассказывает директор лаборатории когнитивной деятельности собак в Университете Дюка (США, штат Северная Каролина) Эван Маклейн: «Предыдущие исследования показывали, что, когда человек дружелюбно общается с собакой, у него в крови повышается уровень окситоцина. Но теперь мы знаем,

что те же процессы происходят и у собак».

Окситоцин снижает стресс, укрепляет социальные связи, влияет на уровень доверия и в целом позволяет нам чувствовать себя хорошо. Он выделяется в мозгу при рукопожатии, объятиях или при взгляде в глаза любимого человека.

Учёные провели два эксперимента с целью выяснить роль гормона в межвидовых отношениях. Сначала они наблюдали за группой собак и их хозяев в течение 30 минут, измеряя уровень окситоцина до и после эксперимента. Они регистрировали все движения, включая разговоры, прикосновения и взгляды. Обычно собаки нервничают при длительном визуальном контакте, но не в том случае, когда смотрит хозяин, поясняет Маклейн: «У собак, которые долго смотрели в глаза своим хозяевам, повышался уровень окситоцина. То же происходило и с людьми. При

этом показатели росли параллельно».

В другом эксперименте собакам ввели дозу окситоцина либо плацебо, а затем пустили их к хозяевам. «Учёные установили, что те собаки, которые получили дозу окситоцина, дольше смотрели в глаза своим владельцам, а в результате этого и у людей возрастал уровень гормона», – говорит Маклейн.

По словам Маклейна, эти знания помогут в разработке стратегии в области здравоохранения для людей с ограниченными возможностями, детей-аутистов и военных, страдающих синдромом посттравматического стресса. Он отмечает, что в дальнейшем будет установлено, применимы ли результаты исследования к детям и больным, а также к выходцам из разных культур.

Юрий БОРИСОВ.

По материалам Science.

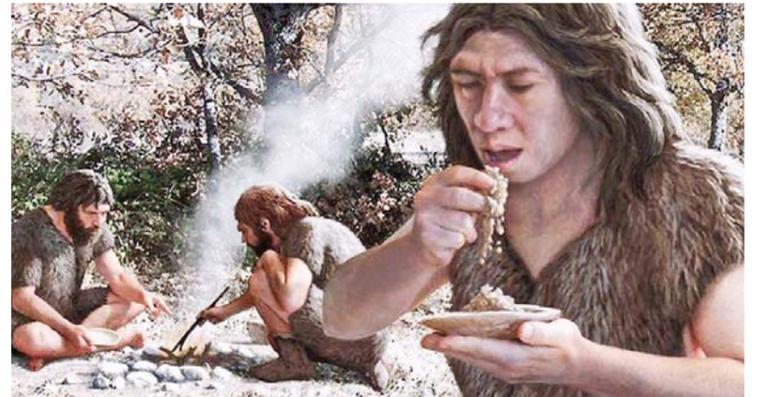
Исследование

# Так начиналась кулинария

## 400 тысяч лет назад наши предки стали готовить еду

**Антропологи убеждены, что эта способность – предвкушать удовольствие от хорошей еды – относится к тем чертам интеллекта, которые отличают человека от животных, наряду с наличием языка, способностью к творчеству и умением создавать новые орудия труда и технологии.**

**Это может прозвучать неожиданно, но даже для того, чтобы сварить обычное яйцо, нужно приложить интеллектуальные усилия. Когда же человек обрёл эту способность? Выяснить это взялся доктор Феликс Варнекен из Гарвардского университета.**



### Кулинарный конкурс в обезьяннике

Профессор организовал «кулинарный конкурс» среди шимпанзе. В его рамках он провёл ряд экспериментов над приматами, стараясь выяснить, могут ли они готовить пищу.

Понятно, что не было никакого смысла помещать их в кухню с набором кастрюль и сковородок и запасом продуктов. Доктор Варнекен попытался определить, обладают ли эти приматы специальными интеллектуальными способностями, без которых невозможно приготовление пищи. А именно, предпочитают ли шимпанзе приготовленные продукты сырым, способны ли они ждать, пока еда приготовится, и будут ли класть сырые продукты в коробку, которую экспериментаторы заменяли на другую – с готовой едой.

Оказалось, что шимпанзе всё это присуще, и даже более. Так почему же в природных условиях они не готовят себе пищу? На то есть две причины – первая состоит в том, что они не умеют пользоваться огнём, а вторая – что они не обладают специальными навыками, необходимыми для приготовления пищи.

### Прометей – отец диет

Приготовление еды стало важным этапом в развитии человека, который обрёл способность разнообразить свою диету, сделать пищу более пригодной к употреблению и нейтрализовать многие патогены и токсины. Как утверждает антрополог профессор Крис Стрингер из Музея естественной истории в Лондоне, его эксперименты доказывают: большая часть интеллектуальных способностей, необходимых для приготовления еды, появилась у ранних предков человека уже 5-7 млн лет назад. Но только овладение навыками обращения с огнём и развитие способности доверять другим членам популяции привели к появлению реальной способности обрабатывать пищу.

С ним согласен профессор Фред Спур из Университетского колледжа Лондона. «Пищу начали обрабатывать 300-400 тыс. лет назад. Это довольно позднее событие в процессе эволюции человека, который занял 7 млн лет. Возможно, ему понравилось есть жареное мясо животных, погибших при пожарах в саванне».

Юрий БЛИЕВ,  
обозреватель «МГ».

По информации BBC.

Однако

# Лечиться выгодно

**Власти Великобритании снизили еженедельные выплаты неработающим гражданам, не прилагающим достаточного количества усилий для борьбы с ожирением, на 100 фунтов стерлингов.**

«Люди, не способные работать вследствие избыточной массы тела, алкоголизма или наркомании, могут потерять пособие по болезни, если не пройдут лече-

ние по страховке, – заявил премьер-министр Соединённого Королевства Дэвид Кэмерон. – Некоторые британцы, страдающие алкогольной или наркотической зависимостью, отказываются от лечения, а люди с избыточным весом иногда и вовсе предпочитают жить на пособие, а не зарабатывать деньги», – добавил он.

Марк ВИНТЕР.

По сообщению The Guardian.

Первое официальное описание этого явления в 1878 г. в научном издании опубликовал немецкий клиницист Отто Ляйхтенштерн (1845-1900). По его подсчётам, «сверхштатные» соски, то есть больше двух, встречаются у одного человека из 500, или у 0,2%. Существует столько же догадок, почему так часто встречаются дополнительные соски, сколько и исследований по этой теме.

### Исследования и догадки

Авторы одного такого исследования выяснили, что добавочные соски встречаются у 0,22% населения Венгрии. По данным другого исследования, они есть у 0,6% белых американских детей, ещё в одном утверждается, что их имеют 1,63% чёрных американских малышей. Показатель у израильских детей – 2,5%, а среди детей израильских арабов – 4,7%. В Германии – 5,6%.

Ещё одно исследование сообщило, что дополнительные соски есть у 5% японских женщин и лишь у 1,6% японских мужчин, хотя в большинстве исследований говорится, что у мужчин они встречаются чаще, чем у женщин. Есть данные о том, что на левой стороне тела добавочные соски возникают чаще, чем на правой.

Департамент редких болезней Национального института здравоохранения США считает наличие «сверхштатных» сосков «редким заболеванием». Это означает, что они встречаются менее чем у 200 тыс. людей, живущих в Соединённых Штатах.

### Восемь категорий

Одним из пионеров научного подхода к «сверхштатным» соскам стал исследователь по имени Юрьё Каява, финский анатом и физиолог. В 1915 г., на основании изучения особенностей тела финнов, он классифицировал «сверхштатные» соски по 8 отдельным категориям в зависимости от того, какие виды тканей в них присутствуют. При полимастии – категория № 1 – дополнительный сосок имеет нормально развитую ареолу, а под ним находится железистая ткань. По сути дела, это полностью сформированная дополнительная железа.

В других категориях описывается, например, ареола с железистой тканью, но без соска (№ 3), или ареола сама по себе – без со-

### Мифы и реальность

# «Сверхштатные» соски

## Редкое заболевание или атавизм?



ска и железистой ткани (№ 7). В одной из категорий присутствует сосок и ареола, но в ней жировая ткань заменяет характерную железистую ткань (№ 5).

Наиболее распространённая категория – № 6. В этом случае формируется дополнительный сосок, но отсутствует ареола. Такое явление носит название «полителя». Хотя Каява создал свою классификацию 100 лет назад, ею по-прежнему пользуются и врачи и учёные.

Чтобы понять, как, где и почему на теле человека могут появиться дополнительные соски, учёные обратились к человеческому эмбриону.

Примерно на 4-й неделе эмбрионального развития две полоски эктодермы, наружного зародышевого листка, из которого, впоследствии развиваются кожный эпителий и нервная система, становятся несколько толще. Эти полоски, известные как мамиллярные линии, тянутся от подмышек, проходят по груди и животу, а затем спускаются по бёдрам к внутренним краям паховых складок. В последующие недели и месяцы они становятся ещё толще и получают название срединно-ключичных линий. В итоге эти уплотнения регрессируют и остаются только в той области, где продолжают развиваться молочные железы и соски.

Иногда, однако, утолщения молочной линии не исчезают полностью. Когда это происходит, может образоваться дополнительный сосок. Тогда это либо полностью сформированная грудь (молочная железа), то есть категория № 1 по классификации Каявы, либо просто сосок, как в категории № 6. В большинстве своём они располагаются ниже обычных сосков, но, как следует из некоторых источников, в 13% случаев могут находиться и выше, например подмышками.

Сам Чарльз Дарвин писал о наличии дополнительных молочных желёз или сосков в книге «Происхождение человека и половой отбор». Он высказал предположение, что дополнительные соски – это атавизм или наследие нашего эволюционного прошлого, которое прокрасалось в современный облик человека в процессе его развития.

Это не такая уж сумасшедшая идея: ведь эмбрион по мере своего развития сначала напоминает наших предков-рыб и рептилий, становясь затем похожим на млекопитающее и в конечном итоге превращаясь в примата. У многих других млекопитающих больше двух желёз на их молочных линиях. У коров – 4, у собак – от 8 до 10, у крыс – 12, а у свиней – целых 18.

### Не ждали...

Дарвин не без оснований полагал, что дополнительные соски у людей являются ничем иным, как проявлением черт, присущих предкам и сохранившихся по той или иной причине в ходе развития плода. Но поскольку дополнительные соски могут возникнуть не только вдоль молочных линий, мы теперь знаем, что они в большинстве своём – просто причуды эмбрионального развития.

Если дополнительные соски – редкость, то те, которые возникают не на молочных линиях (их ещё называют эктопическими, т.е. смещёнными), встречаются ещё реже, но могут оказаться где угодно, на любой части тела – спине, плечах, конечностях, шее и даже на лице. Кроме того, они встречаются на вульве, а также в промежности.

Странники одной из теорий полагают, что эктопические соски – это видоизменённые потовые железы. Либо же, считают другие, они показывают, что молочные линии каким-то образом проявились в ходе эмбрионального развития и возникли в неожиданном месте, где на них закономерно образовались соски.

В большинстве случаев добавочные соски едва заметны. Некоторые из них можно принять за родинки или родимые пятна. Но если в них присутствует железистая ткань, они могут подвергаться тем же видам гормональных изменений и страдать от тех же болезней, которые поражают обычные ткани.

Даже в тех случаях, когда лишние соски не обнаруживают себя до наступления полового созревания или беременности своих владельцев, они могут менять пигментацию, набухать, становиться чувствительными и даже выделять молоко. В них также могут образовываться раковые опухоли.

Хотя сами по себе добавочные соски и молочные железы не являются чем-то атипичным (если не принимать во внимание их количество), некоторые учёные высказали предположение, что их наличие может быть связано с расстройством почек или мочеполовой системы.

Большинство обладателей третьего соска не слишком озабочено такой особенностью своего тела, но кто-то удаляет их по косметическим соображениям.

### Кстати

## Стары как мир

Знания о дополнительных сосках зародились задолго до появления современной медицины. Древние греки иногда изображали богиню Артемиду – охотницу, а также покровительницу плодородия и целомудрия, помощницу при родах – с многочисленными молочными железами. Такова Артемида Эфесская. Почитатели финикийского варианта богини плодородия – Астарты (Иштар в Месопотамии) верили, что это указывает на изобильную плодovitость.

Некогда люди верили, что мужчины с добавочными сосками обладают большей половой силой, чем их собратья с двумя. Хотя сейчас уже известно, что дополнительные соски не связаны с повышенной способностью к репродукции, эта идея воспринималась вполне серьёзно врачами-практиками ещё относительно недавно – в XIX веке.

Юрий БЛИЕВ,  
обозреватель «МГ».

По материалам British Medical Journal.

### Почему бы и нет?

Исследователи из Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) и Университета Огайо обнаружили, что рост влияет на уровень доходов среди мужчин.

что данная разница наблюдалась только среди офисных работников. Среди мужчин, занимающихся физической работой, такая тенденция не прослеживалась.

Некоторые исследователи полагают, что высокие люди зарабатывают больше, так как у них лучше развиты социальные навыки, выше эмоциональный интеллект и они увереннее в себе. Согласно другой теории, высокие люди пользуются лучшим отношением к себе со стороны окружающих. Поэтому им свойственны трудолюбие и эмоциональная устойчивость. Исследователи также выяснили, что питание в детстве влияет на рост и интеллект. Каждые 5 см роста ребёнка давали улучшение в тестах, в том числе когнитивных, которое можно было сравнить с влиянием социального статуса семьи.

Марк ВИНТЕР.

По информации MEDdaily.

### Исследования

## В здоровом теле – здоровый мозг

Финские учёные доказали, что физические упражнения не только помогают делать мышцы больше и сильнее, но и позволяют увеличить количество серого вещества в головном мозгу, которое вносит вклад в баланс и координацию.

Физическую активность ранее связывали с целым рядом полезных для здоровья свойств, таких как снижение уровня жира в организме, риска развития сердечных заболеваний и сахарного диабета 2-го типа, улучшение памяти и мышления. В ходе нового исследования учёные решили выяснить, как подобная активность влияет на мозг.

В исследовании приняли добровольное участие 10 пар однояйцевых близнецов. Все испытуемые были мужчинами в возрасте от 32 до 36 лет. Учёные акцентировали внимание на близнецах, имеющих одинаковую ДНК. Это позволило исследователям увидеть, как



физическая активность влияет на их тела. В каждой паре близнецов один всегда был гораздо более активным, чем другой. МРТ-сканирование показало, что физические упражнения не влияли на размер мозга в целом, но

приводили к большей активности и большему объёму мозга в областях, связанных с движением и координацией.

Алина КРАУЗЕ.

По информации healthvesti.com.

## Выше – значит лучше

В рамках исследования учёные изучили данные мужчин, родившихся в 1958 г. Оказалось, что каждые 2,5 см роста были связаны с увеличением зарплаты в пределах 800 долл. в год к общему уровню доходов. Исследователи также учли различные факторы, например, интеллект и физические особенности.

Самая явная разница наблюдалась среди мужчин с ростом 162,6 и 167,6 см. Затем до 182,9 см уровень доходов не менялся. Анализ данных показал, что разница в росте на 10-12 см оказалась связана с повышением заработной платы на 9-15% в развитых западных странах. Учёные пояснили,

Стать детским врачом было заветной мечтой моей мамы – Лидии Герман, поэтому сразу после окончания ирбитской городской средней школы № 1, в 1940 г., вместе с одноклассницами Маргаритой Наумовой и Валентиной Абросимовой она поступила в Свердловский медицинский институт. Трудные студенческие годы: здание института не отапливалось. В общежитии жили по 15 человек в комнате. 400 г хлеба, титан с водой, суп из крапивы.

Чтобы поддержать себя, все сдавали кровь – были донорами. Это дополнительный разовый паёк: 800 г хлеба, какао, масло и 50 руб. Очередь на сдачу крови занимали с ночи. Потом кровь сдавали бесплатно в фонд обороны. Было тяжело, но были молоды, умели радоваться жизни.

В 1944 г. по окончании института Лида вместе с однокурсниками с нетерпением ждала получения диплома: выпускников должны были сразу же отправить на фронт. В августе 1944 г. её призвали и направили служить в чине старшего лейтенанта младшим врачом полка стрелковой дивизии в Еланские лагеря. Демобилизовалась в чине капитана в декабре 1945 г. и приехала в Ирбит к своей маме. В Ирбитском городском отделе здравоохранения была принята врачом-педиатром, и сразу же последовала месячная командировка в деревню Ляпунова. Командировка затянулась, но по возвращении Лидия Герман получила назначение в Ирбитский дом ребёнка, где жили детки с 1 года до 3 лет.

В марте 1969 г. её назначили главным врачом Ирбитского дома ребёнка. Она понимала всю сложность работы и ответственность, которую брала на себя за жизнь своих крошечных подопечных, ведь дети, поступающие в дом ребёнка, были лишены грудного молока, иногда недоношенные, бывало с воспалением лёгких и другими простыми заболеваниями. И мама принялась за дело самозабвенно, это сразу заметили все. Как-то её вызвали на работу ночью в лютый мороз. Добираться надо было пешком почти через весь город. Было страшно, но другого решения она не могла принять: надо идти, ведь под угрозой жизнь ребёнка. С тех пор её не стеснялись вызывать в любое время: под утро, в выходные и праздничные дни.

Мама вспоминает, однажды привезли из роддома мальчиков-близнецов Сашу и Васю Русаковых. В декабрьскую стужу в байковых одеяльцах. Малыши заболели воспалением лёгких, она просидела



Такой была Лидия Герман много лет назад

Выхаживали, кормили, одевали. Родовались их первым улыбка, протянутым ручонкам. Ребята подросли, окрепли, перешли в Ирбитский детский дом. Но у мамы и сейчас хранится фотография, на которой сфотографированы трое маленьких Елохиных. Как бы хотелось взглянуть сейчас на них, уже пенсионеров. Очень жалеет мама, что ей никто не сообщил об этом событии – она даже не знает, кто из троих приезжал.

Сколько детей за 35 лет работы врачом, а затем главным врачом Ирбитского дома ребёнка мама выходила, отвоевала у смерти. Сколько семей, не имевших детей, сделала счастливыми!

И опять же из воспоминания мамы: как-то пришли к ней на работу муж с женой. С ними девочка лет шести, она вспомнила их. Лет пять назад супруги удочерили

полуторагодовалую девочку из дома ребёнка. Расставаясь с ними, Лидия Александровна сказала, что хотела бы увидеть, какой вырастет эта девочка. И вот эта встреча состоялась. И провожала она их с лёгким сердцем – была уверена в счастливой судьбе своей воспитанницы.

Возраст пациентов моей мамы – от нескольких недель до 3 лет. Естественно, они не помнят свою спасительницу, не шлют ей слова благодарности, но это никогда не огорчало доброго доктора. Многие из сотрудников проработали с ней по 10 и более лет, их всегда поражала её неиссякаемая чуткость и любовь к детям, её неутомимость.

С 1972 г. профиль работы Ирбитского дома ребёнка изменился, туда стали поступать дети с поражением центральной нерв-

ной системы. Надо ли говорить, насколько усложнилась работа персонала. Больные дети требуют особого подхода, самых лучших условий. И главный врач дома ребёнка была в постоянной заботе об этом. В результате у детей тогда отсутствовали заболевания ЖКТ, был самый низкий процент простудных заболеваний. Ежегодно летом их вывозили за город, где у дома ребёнка была своя база. Я тогда был маленьким, и мама, конечно, брала меня с собой, помню, как она даже играла с детьми, обнимала их, ласкала, относилась к ним как к родным.

Мама – врач от Бога! В выборе профессии она не ошиблась. Это её трудный и тернистый путь через всю жизнь. За годы её работы главным врачом Ирбитского дома ребёнка он был неоднократным победителем соревнования среди

Имена и судьбы

# Добрый «Доктор Айболит»

## Или как сбываются мечты

возле них несколько ночей, хотя не обязана была дежурить. Саша скоро поправился, быстро подрастал, а Вася был слабеньким. И мама брала его домой, чтобы всегда был под её присмотром. В доме ребёнка так и прозвали: «докторский сын».

Другой эпизод из её воспоминаний. Весной 1976 г. перед ней свежий номер ирбитской газеты «Восход» за 24 марта. Она взволнована, слёзы на глаза наворачиваются. В газете рассказывалось о встрече одного из воспитанников детского дома Елохина со своей воспитательницей. Память перенесла её на десятилетия назад. К дому ребёнка подъехала машина, гружёная зерном, а врачу Лидии Александровне подали тройняшек – Колю, Петю и Сашу Елохиных. С этих минут и мама и весь персонал дома ребёнка в течение 3 лет заменяли малышам родную мать.



С маленьким пациентом

подобных учреждений в Свердловской области. Она собрала команду единомышленников, которые работали с любовью к своим подопечным, заботились о них, как о родных. В её трудовой книжке лишь две записи: «Принята в Дом ребёнка», «Уволена в связи с уходом на пенсию».

В нашем домашнем архиве хранятся 50 почётных грамот, полученных ею за годы работы. Она отличник здравоохранения и ветеран труда. Награждена медалью «За Победу над Германией» и многочисленными юбилейными медалями. Ныне ей 92 года. Несмотря на такой солидный возраст, она ещё работает в саду, по-прежнему сильный духом, бодрый и энергичный человек.

Александр ЗДОРОВ.

Ирбит, Свердловская область.

Здоровая жизнь

# Гроза для бегунов

## И он востребован в нашей профессии

Доцент кафедры госпитальной и поликлинической терапии Алтайского государственного медицинского университета Юрий Савенков вернулся с чемпионата Европы по бегу на шоссе, который проходил в итальянском городе Гроссето, с тремя медалями.

Золото – в лично-командном первенстве в эстафете 3 x 2 км и две серебряные награды в беге на 10 км и в полумарафоне.

Это уже не первые победы 76-летнего барнаульца. Он – многократный чемпион и призёр чемпионатов Европы. В активе Юрия Ильича золотая медаль на чемпионате мира в Финляндии (2012 г.), 1 золотая и 2 серебря-



Юрий Савенков (в центре) на дистанции

ные медали по итогам чемпионата мира по лёгкой атлетике среди ветеранов в Бразилии (2013 г.), 5 медалей (4 серебряных и 1 бронзовая) на чемпионате Европы по лёгкой атлетике среди ветеранов в Турции (2014 г.).

В 2009 г. на летнем чемпионате мира по лёгкой атлетике среди ветеранов в Финляндии Савенков установил новый рекорд России в беге спортсменов возрастной группы от 70 до 74 лет, на 3 секунды улучшив прежний рекорд среди ветеранов.

Юрий Ильич, долгие годы возглавлявший эндокринологическую службу края, впервые стал выступать на чемпионатах России среди ветеранов в возрасте 52 лет. Неоднократно устанавливал рекорды на различных дис-



Награды спортсмена-любителя

танциях. На беговой дорожке он – гроза для бегунов.

В свои 76 лет Савенков сохранил прекрасную физическую форму, востребован в профессии. Его рабочий день распisan по минутам: лекции, консультации пациентов, тренировки.

Елизавета ГУНДАРИНА, внешт. корр. «МГ».

Барнаул.

