

# Медицинская

20 февраля 2015 г.  
пятница  
№ 12 (7534)

# 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)

В центре внимания

## Воронежские акценты

### Главная задача – укрепить первичное звено



«Живи долго» – так называется одна из целевых программ, которая инициирована в воронежском крае. Она носит межведомственный характер, потому что повлиять на здоровье можно только, соединив усилия различных ведомств.

Появление этого плана действий закономерно. Центральное Черноземье в России – одно из благодатных мест для проживания в нашей стране. В то же время продолжительность жизни воронежцев, хотя и увеличивается, но не превышает среднероссийский уровень.

Казалось бы, как же так? Воронежская область находится в зоне благоприятного для здоровья климата.

**Министр посещает реабилитационный центр для детей с аутистическим синдромом**

Это не субтропики или территория за полярным кругом, где 3 месяца лето, а остальное – зима. Здесь плодородные почвы, современное сельское хозяйство, позволяющее обеспечивать качественными и доступными продуктами не только себя, но и соседние регионы. А в местные санатории на реабилитацию и оздоровление приезжают люди, проживающие за тысячи километров от этих красивейших, заповедных мест.

Между тем региональная медицина также считается одной из лучших в стране. Не случайно ещё в советское время в Воронеже создавали межрегиональные центры и направляли

сюда на лечение больных из других субъектов РФ. Но здоровье людей зависит от многих факторов, в том числе и от отношения каждого к своему здоровью, раннего выявления заболеваний и их профилактики.

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова со своей командой недавно побывала в Воронежской области. По её мнению, такие программы должны появиться и в других субъектах РФ.

О работе регионального здравоохранения и визите министра рассказывает специальный выпуск «МГ» на стр. 4–7.

Фото Александра ХУДАСОВА.

**Владимир ВЕДРИНЦЕВ:**

Трёхуровневая система оказания медицинской помощи действует в регионе уже третий год.

Стр. 4.



**Вероника СКВОРЦОВА:**

... Благополучие любой нации во многом зависит от положения женщины в обществе, от её возможности реализовать свой потенциал.

Стр. 10.

**Георгий ГРЕЧКО:**

Я верю в людей и в братьев по разуму!

Стр. 16.



ОМС: реальность и перспективы

## Лечение рака требует средств

Первый исполнительный директор Федерального фонда ОМС Владимир Гришин предлагает реализовать систему персональных медицинских счетов. Ещё в 2014 г. он прогнозировал нехватку средств в системе обязательного медицинского страхования для лечения раковых больных. Сейчас, когда дефицит бюджетных средств очевиден, это предложение стало весьма актуальным.

Примечательно, что В.Гришин во взгляде относительно выделения дополнительных средств на борьбу с онкологическими заболеваниями отнюдь не одинок. Так, например, с ним на этот счёт согласилась глава Комитета Мосгордумы по здравоохранению и охране общественного здоровья Людмила Стебенкова, высказавшаяся накануне за выделение субсидии на лечение злокачественных новообразований: «Я предлагаю от нашей комиссии обратиться к мэру с просьбой о создании в бюджете 2015 г. дополнительной субсидии на онкологическое лечение, чтобы не уменьшать финансирование», – сказала она.

«В 2015 г. московское здравоохранение недосчитается 22 млрд руб. Эта ситуация возникла в связи с переходом системы здравоохранения на одноканальное финансирование», – отметил главный онколог столичного Департамента здравоохранения Анатолий Махсон. – В 2014 г. онкологические заболевания в столице лечили на европейском уровне, потому что московское правительство выделяло дополнительные средства. Сейчас же, когда финансирование

будет поступать только из фонда ОМС, встаёт вопрос об адекватности тарифов», – подчеркнул он.

Нередко на лечение онкозаболеваний выделяют меньше денег, чем требует план лечения. О неадекватности тарифов ОМС реальным расходам на лечение заявляли также в Российском онкологическом научном центре им. Н.Н.Блохина. Кроме того, онкологи опасаются, что в связи с кризисом больные могут остаться без необходимых лекарств.

Стоит заметить, что ещё в ушедшем 2014 г. эксперты ФОМС предупреждали о возможной нехватке средств в системе ОМС на пациентов с онкологической патологией, стоимость лечения которых может превышать миллион рублей.

«Стоимость медицинских услуг и цены на лекарства существенно завышены, не регулируются и не контролируются. В качестве экстренных мер нужно реализовать систему персональных медицинских счетов или медицинских сертификатов, которые открываются для каждого пациента индивидуально, куда государство (бюджет), работодатели, а также спонсоры будут направлять средства на медицинскую помощь больным», – уверен В.Гришин. – Очевидное преимущество этого предложения заключается в том, что, при контроле ценообразования, это обеспечит прозрачность и доступность медицинской помощи и повышение эффективности работы медицинских учреждений онкологического профиля», – резюмировал он.

**Валентин СТАРОСТИН.**  
МИА Сити!

Москва.

Инициатива

## Предоставляя выбор

Московская городская дума выступила с инициативой создания рейтинга столичных поликлиник и больниц для жителей города. «Инициатива о качестве работы поликлиник будет интересна и полезна горожанам», – уверена депутат столичного парламента, главный врач городской клинической больницы № 64 Ольга Шарапова.

Примечательно, что Департамент здравоохранения Москвы ведёт рейтинг доступности поликлиник аж с 2013 г. Этот документ формировался на основе электронной системы записи к врачу. Наряду с этим в январе 2015 г. столичные власти открыли специальный ситуационный центр, который отслеживает загруженность врачей в амбулаторном звене. По результатам

этого мониторинга чиновники выявили самые «медленные» поликлиники, главные врачи которых накануне были уволены.

Наряду с поликлиниками аналогичный рейтинг ведётся и среди стационаров. Ежегодно выбираются лучшие и худшие учреждения. «Рейтинг учитывает мнение пациентов – их жалобы и благодарности врачам», – сказала О.Шарапова.

Очевидно, что свободный доступ к рейтингу того или иного медицинского учреждения будет весьма интересен столичным жителям. Кроме того, таким образом будет создана конкурентная среда для медучреждений. «Это важнейший вопрос для населения. Я подниму его на ближайшей комиссии Мосгордумы по здравоохранению и охране

общественного здоровья», – отметила О.Шарапова.

Идею о создании рейтинга медучреждений для пациентов поддержала и председатель совета главных врачей при Департаменте здравоохранения города, член комиссии Мосгордумы по здравоохранению и охране общественного здоровья Ирина Назарова. «Надо подумать, как это лучше и практичнее сделать, обсудить это на комиссии», – сказала она.

Решение о том, будет ли рейтинг поликлиник и больниц открыт для общего доступа москвичей, должны принять в Департаменте здравоохранения столицы. «В течение 2 лет я руководил этим ведомством и рекомендую департаменту быть максимально открытым к гражданам», – высказался на этот счёт заместитель столичного мэра по социальным вопросам Леонид Печатников.

**Марк ВИНТЕР.**  
МИА Сити!

Москва.



## Новости

### Многопрофильный центр сменил владельца

Правительство РФ передало Санкт-Петербургскому государственному университету многопрофильный медицинский центр, который до этого входил в Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова.

Центр создаётся на базе Санкт-Петербургского клинического комплекса. В его состав входит поликлиника, рассчитанная на 120 тыс. посещений в год и стационар на 345 коек. «Принятое решение позволит повысить качество и доступность специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в Санкт-Петербурге», – отметили в правительстве.

Как сообщил сайт кабинета министров, председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев провёл рабочую встречу с ректором Санкт-Петербургского госуниверситета Николаем Кропачёвым.

Соб. инф.

### Укрепляя международный статус

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова впервые начинает приём студентов на медико-биологический факультет (МБФ) по программе одновременного получения двух дипломов – российского и итальянского.

Так, абитуриентам, в рамках приёмной кампании 2015 г. поступившим на 1-й курс бакалавриата МБФ с последующей магистратурой на этом же факультете, будут выданы студенческие билеты и зачётные книжки как РНИМУ, так и Туринского университета – одного из ведущих университетов мира с богатой историей. Успешно завершившие обучение получают два диплома – об окончании медико-биологического факультета РНИМУ и биологического факультета Туринского университета.

Примечательно, что диплом о высшем образовании Туринского университета даёт выпускнику возможность работы, поступления в магистратуру и продолжения последипломного образования в любой из стран Европейского союза.

Интеграция РНИМУ в европейскую образовательную систему состоялась в августе 2014 г. Тогда же и прошёл первый набор студентов на международный факультет университета по специальности «лечебное дело».

Алина КРАУЗЕ.

### Брахитерапия: теперь и в Приангарье

Иркутский областной онкологический диспансер первым среди профильных учреждений Сибири внедрил в клиническую практику лечение злокачественных новообразований предстательной железы методом внутритканевой лучевой терапии (брахитерапия). Технология, которая давно и широко применяется за рубежом, теперь стала доступна жителям Приангарья.

По информации регионального Минздрава, оборудование на 11 млн руб., необходимое для оказания данного вида высокотехнологичной помощи, выделил бюджет Иркутской области. Сомнений в том, что инвестиции себя оправдают, нет: главный врач диспансера доктор медицинских наук Виктория Дворниченко называет рак предстательной железы важной медико-социальной проблемой, так как это одна из наиболее частых локализаций опухолей у мужчин.

Елена БУШ.

Иркутск.

### Медики выхостили «январского» ребёнка

Состояние годовалого ребёнка из Михайловского района Приморского края, оставленного в коляске без присмотра в январскую пору забывчивой матери, не вызывает опасений у медиков.

Жительница Михайловского района Приморского края оставила своего ребёнка в коляске на морозе, а сама отправилась отмечать его первый год после рождения. Машина скорой помощи доставила его в приёмное отделение Михайловской больницы с обморожением дистальных фаланг пальцев ног и рук первой и второй степени, после чего он был немедленно госпитализирован в реанимационное отделение.

Сейчас ребёнок в полной безопасности, полностью восстановилась двигательная активность пальцев. Его жизни и здоровью ничего не угрожает, через несколько дней малыша выпишут. Как сложится дальнейшая судьба маленького пациента, пока неизвестно. Его матерью в настоящее время занимаются правоохранительные органы.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Приморский край.

### Родительский урок

Так называется антинаркотическая акция, которая началась в Омске и сельских районах Прииртышья.

Это масштабное мероприятие организовано Управлением ФСКН России по Омской области, сотрудники которого совместно с наркологами и психологами городских и сельских лечебно-профилактических учреждений, а также с активистами общественных организаций и религиозных объединений проводят в общеобразовательных учебных заведениях семинары для родителей учеников с 1-го по 11-й классы. Особое внимание уделяется пропаганде здорового образа жизни. Спортивные состязания, творческие конкурсы на знание родителями, как заинтересовать детей добрыми делами, тоже входят в программу акции, которая продлится до 10 марта.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

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

## Особый случай

# Шанс, который не был упущен

Срочная операция кардиохирургов Краснодарской краевой больницы спасла жизнь ростовского учёного

61-летний профессор К. из Ростова был приглашён в Великобританию на научный семинар, посвящённый искусственному интеллекту. Находясь в Лондоне, ему пришлось обратиться за медицинской помощью. Уже 10 лет он испытывает боли в области сердца, но обследования не выявляли патологии. Английские же врачи заявили, что необходимо скорейшее оперативное вмешательство из-за нарастающей стенокардии. Однако счёт за спасение жизни был для ростовского профессора «астрономическим» – 50 тыс. фунтов стерлингов!

Родственники К. бросились искать более приемлемые решения на родине. Европейские специалисты порекомендовали обратиться к Кириллу Барбухатти.

– Был поздний вечер, когда мы по телефону связались с Кириллом Олеговичем, – вспоминает К. – Он посмотрел результаты обследования и сказал: «Да, у вас есть шанс, но его нужно использовать как можно скорее! В идеале – в ближайшие 8 часов!» Я тут же вылетел самолётом. По прилёту в Краснодар меня уже ожидала бригада скорой помощи. Операция длилась 4 часа. Команда кардиохирургического отделения № 2 под руковод-



Во время операции

ством доктора медицинских наук К. Барбухатти безупречно выполнила шунтирование трёх поражённых коронарных артерий. Вмешательство проходило в очень сложных условиях: ещё в английской клинике пациент принял нагрузочную дозу клопидогреля. Но и эта трудность была благополучно преодолена.

По словам больного, первая неделя после операции была весьма непростой, но затем самочувствие заметно улучшилось.

Спасение жизни кардиобольного, прибывшего в экстренном

порядке в ККБ № 1 из Великобритании ещё раз подтверждает, что в регионе создана уникальная система оказания медицинской помощи. Благодаря позиции губернатора Александра Ткачёва она позволяет оказывать круглосуточную высококвалифицированную медицинскую помощь. И ею могут воспользоваться жители не только Кубани, но и других регионов РФ, а также зарубежья.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.  
МИА Cito!

Краснодар.

## Признание

# Поклонимся великим тем годам...



Михаил Морозов

В Москве прошёл IX Международный фестиваль патриотической песни, посвящённый приближающемуся 70-летию Победы советских войск в Великой Отечественной войне.

Победителем фестиваля стал член попечительского совета Самарского областного клинического госпиталя ветеранов войн, лауреат международных и российских вокальных конкурсов, заслуженный артист Республики Ингушетия Михаил Морозов, исполнивший песню «Ветераны большого пути» на стихи начальника госпиталя, члена Союза журналистов РФ, лауреата литературного конкурса «МГ» им. М.А.Булгакова Олега Яковлева. Всего на конкурс было подано около 400 заявок со всего СНГ.

Лауреатами стали 12 участников из Москвы, Подмосковья, Ивановской области, Крыма, Белоруссии, Эстонии, Узбекистана, они получили награды из рук депутатов Государственной думы, а также боевых офицеров – героев Советского Союза и России. В мероприятии приняли участие звёзды отечественной эстрады – Иосиф Кобзон, Николай Басков, Денис Майданов, Александр Серов и другие.

Михаил Морозов, получивший Гран-при, выступал последним. Закрывал фестиваль автор слов песни-победительницы, получивший малый Гран-при, Олег Яковлев. «Я желаю 7-тысячной аудитории, в основном представленной вете-

ранами войн – героической элитой народа, здоровья, долголетия и всяческого благополучия от учредителей Международной конференции госпиталей ветеранов войн, посвящённой 70-летию победы в Великой Отечественной войне, попечительского совета Самарского госпиталя, Медицинского института «РЕАВИЗ», министра здравоохранения Самарской области, Российской ассоциации геронтологов и гериатров, а также Комитета по делам воинов-интернационалистов при Совете глав правительств стран СНГ», – сказал он.

Вячеслав АРХИПОВ,  
спец. корр. «МГ».



Олег Яковлев



Официально

# Внимание к факторам риска

**22 млн взрослых и почти 18 млн детей прошли диспансеризацию в 2014 г. Об этом шла речь на совещании председателя Правительства РФ Дмитрия Медведева.**

– Мы начали более плотно заниматься этим вопросом с 2012 г., когда впервые в постсоветский период включили нормативы и финансирование диспансеризации в трёхлетнюю Программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, изменили сам подход к проведению таких осмотров, которые раньше были совсем поверхностными, больше для отчёта, чем для дела, причём как со стороны врачей, так и со стороны

граждан, – сказал он. – Люди стали более внимательно относиться к своему здоровью, лучше следить за здоровьем близких, чаще ходят в поликлинику. Поэтому это направление должно быть продолжено, чтобы обеспечить доступность бесплатной диспансеризации для каждого гражданина нашей страны. Экономить на этом направлении всё-таки неправильно.

– Сегодня мы можем подходить к диспансеризации более целенаправленно, – такое мнение высказала заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец, – в диспансеризацию включены те исследования, которые позволяют на ранних стадиях выявить серьёзные заболевания, прежде всего заболевания системы кро-

вообращения и онкологические, на которые приходится основная доля смертности в нашей стране.

Ольга Голодец рассказала, что «сегодня диспансеризации будет предшествовать специальная система опросов. Главными специалистами Минздрава и вообще лучшими специалистами в каждом направлении подготовлены специальные опросники для населения, которые гражданин должен заполнить до того, как придёт на диспансеризацию. Это позволит сфокусировать исследование на тех точках риска, которые зависят от образа жизни данного человека, от режима его труда и отдыха и т.д.»

Соб. инф.

Решения

## Иностранная медтехника: допуск ограничен

**Правительство РФ приняло постановление (№ 102 от 05.02.2015), ограничивающее допуск отдельных видов медицинских изделий, происходящих из иностранных государств, при закупках для государственных и муниципальных нужд.**

Согласно ему, заявки, содержащие предложения о поставке медицинских изделий, происходящих из иностранных государств, за исключением Армении, Белоруссии и Казахстана, будут отклоняться, сообщает сайт кабинета министров. Но – при условии, что на участие в определении поставщика подано не менее 2 заявок, содержащих предложения о поставке медицинских изделий, страной происхождения которых являются указанные государства. При этом такие заявки не должны содержать предложений о поставке одного и того же вида медицинского изделия одного производителя.

Проект постановления подготовлен Минпромторгом России во

исполнение поручения правительства и в соответствии с планом первоочередных мероприятий по обеспечению устойчивого развития экономики и социальной стабильности в 2015 г. Документ разработан в соответствии с Федеральным законом № 44-ФЗ от 05.04.2013 «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд». Частью 3 статьи 14 этого закона предусмотрено, что в целях защиты основ конституционного строя, обеспечения обороны страны и безопасности государства, защиты российского внутреннего рынка, развития национальной экономики, поддержки отечественных товаропроизводителей правительством устанавливаются ограничения допуска товаров, происходящих из иностранных государств, для проведения закупок.

Подписанным председателем Правительства РФ Дмитрием Медведевым постановлением утверждён перечень отдельных

видов медицинских изделий, происходящих из иностранных государств, в отношении которых устанавливается ограничение допуска при закупках для обеспечения государственных и муниципальных нужд. При формировании перечня учтено, что для каждого вида медицинского изделия имеется минимум два конкурентоспособных отечественных производителя, которые позволяют обеспечить имеющиеся потребности российского здравоохранения и производство которых соответствует межгосударственному стандарту ГОСТ ISO 13485-2011 «Изделия медицинские. Системы менеджмента качества. Системные требования для целей регулирования».

Подтверждение страны происхождения медицинских изделий, включённых в перечень, будет проводиться в соответствии с Соглашением о правилах определения страны происхождения товаров в Содружестве Независимых Государств от 20 ноября 2009 г.

Как полагают в Правительстве РФ, реализация постановления будет способствовать развитию отечественного производства медицинских изделий.

Константин ЩЕГЛОВ.  
МИА Сито!

Перемены

## На круги своя

**В 10 московских клиниках возрождено сотрудничество между кафедрами и медицинскими учреждениями. Об этом заявил мэр российской столицы Сергей Собянин в ходе совещания по вопросу создания «университетских клиник» на базе больниц и поликлиник городской системы здравоохранения.**

«Не секрет, что ещё совсем недавно профессора, которые преподавали в университетах и руководили кафедрами, фактически не были допущены до больных. Такая практика недопустима – не использовать тот колоссальный потенциал, который есть в университетах на клинических кафедрах, – отметил глава города. – Благодаря нашему сотрудничеству мы получили первые результаты – в 10 московских клиниках возрождено реальное сотрудничество между кафедрами и клиниками. Разработан целый пакет документов, который даёт возможность такому сотрудничеству. И было бы здорово по итогам совещания наметить дополнительные меры, как эту практику расширять», – подчеркнул он.

Сотрудничество между кафедрам

медицинских вузов и городскими учреждениями здравоохранения, представляющее собой в советские времена повседневную практику, возрождается в рамках проекта «Университетские клиники». В ходе реализации этого проекта сотрудники клинических кафедр университетов зачисляются в штат больниц и поликлиник. Они получают все права и обязанности штатных сотрудников городского звена здравоохранения, в том числе и право быть лечащим врачом.

Наряду с этим опытные городские доктора принимаются в штат высших учебных заведений. Таким образом, они получают возможность участвовать в образовательной и научной деятельности, в том числе передавать знания и опыт учащимся.

«За последние годы качество работы ведущих медицинских вузов столицы начало изменяться в лучшую сторону. Улучшается материально-техническая база. Мы сегодня смотрели имитационный центр, который, по сути, является одним из лучших в стране и отвечает самым последним требованиям. Кроме материальной базы меняется и стандарт обучения. Я знаю, что

московские вузы стремятся делать стандарты обучения максимально близкими к международным, беря оттуда самые лучшие практики, самые лучшие методики. Это очень важно для того, чтобы мы соответствовали лучшим международным трендам и международному качеству, – сказал С.Собянин. – Мы приняли решение о создании профильных медицинских классов в школах, для того, чтобы как можно большему количеству ребят рассказать о медицинском образовании, подготовить их к этой стезе», – добавил он.

Проект «Университетские клиники» реализуется с 2014 г. Основная его задача – повышение качества и доступности медицинской помощи жителям Москвы за счёт привлечения учёных и педагогов-клиницистов из московских медицинских вузов к лечебной работе в городских больницах и поликлиниках.

К настоящему времени участниками проекта «Университетские клиники» уже стали клиника педиатрии и инфекционных болезней в детской больнице им. Г.Н.Сперанского, клиника гнойной хирургии, ран и раневой инфекции в городской больнице № 4, клиника кардиологии в больнице им. Н.И.Пирогова, клиника инфекционных болезней в инфекционной больнице № 2 и др.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,  
обозреватель «МГ».

Праздники

## Уважаемые коллеги!

Поздравляю Вас с Днём защитника Отечества – праздником мужества и патриотизма, благородства и чести, верности долгу и самоотверженного служения Родине!

Мы свято чтим память о ратных подвигах людей, служивших и защищавших страну во время войн и бедствий. Мы гордимся теми, кто оберегает мир и в наши дни.

Примите самые тёплые пожелания крепкого здоровья, счастья и благополучия Вам и Вашим близким!

**Пётр ГЛЫБОЧКО,**  
председатель Совета ректоров медицинских  
и фармацевтических вузов России,  
ректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова,  
член-корреспондент РАН.

Тенденции

## Маршруты травматологов

**Выездная врачебная бригада – традиционная форма работы врачей Сургутской клинической травматологической больницы. Её специалисты проводят консультации в различных больницах Югры более 15 лет.**

Недавно нейрохирург и травматолог-ортопед из Сургута проконсультировали в городской больнице № 1 Нижневартовска 72 пациента.

В результате больше половины пришедших на осмотр пациентов были направлены в Сургутскую травматологическую больницу, так как оказалось, что многим необходимо оперативное лечение в условиях специализированного травматологического или нейрохирургического стационара.

По словам руководителя выездной бригады Светланы Алиевой, коллектив и пациенты Нижневартовской больницы выразили поже-

лание, чтобы подобные выездные бригады бывали в их городе чаще.

– Это предложение не останется без внимания, – убеждена С.Алиева. – Потребность в медицинской помощи наших специалистов остаётся высокой, и потому мы с каждым годом расширяем географию, стараемся во время одной поездки побывать в двух населённых пунктах округа.

Только в 2014 г. врачи выездной бригады Сургутской травматологической больницы провели более 200 очных консультаций – в Нефтеюганске, Радужном, Нефтеюганском и Октябрьском районах и других территориях Югры.

Как правило, часть обследованных пациентов получают направление для дальнейшего обследования или оперативного лечения.

**Алёна ЖУКОВА,**  
спец. корр. «МГ».

Сургут.

Санитарная зона

## Губит людей вода



**Серьёзно обострилась эпидемиологическая ситуация по гепатиту А в Республике Дагестан. Повышение заболеваемости отмечается в городах Дербент, Дагестанские Огни и в селе Геджух. Здесь зарегистрировано 69 случаев заболевания, в том числе 58 – среди детей до 17 лет (84,1%). Все больные госпитализированы в инфекционный стационар, врачи оценивают их состояние как лёгкой и средней тяжести.**

Эпидемиологическое расследование показало, что групповая заболеваемость связана с водным характером передачи вируса. На это указывает одновременная регистрация всех случаев заболевания, «привязанность» больных к территории с единым водоснабжением из водовода Кайтаг – Дербент, данные эпиданамнеза заболевших, особенности водоснабжения, работы системы канализации и санитарного состояния территории населённых пунктов, результаты лабораторных исследований материала от больных и водопроводной воды.

Из-за повышения заболеваемо-

сти были проведены внеплановые проверки. По выявленным нарушениям санитарного законодательства специалисты Роспотребнадзора составили 19 протоколов об административном правонарушении, в том числе 5 – на юридических лиц. Для рассмотрения по подведомственности направлено 4 протокола об административном правонарушении в отношении ООО «Водкан», МУП «Чистая вода».

Территориальным отделом Управления Роспотребнадзора по Республике Дагестан в Дербенте направлены материалы в Следственный комитет Следственного управления МВД Республики Дагестан в Дербенте в отношении администраций вышеупомянутых населённых пунктов для решения вопроса о возбуждении уголовного дела по части 1 статьи 236 УК РФ «Нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлёкшее по неосторожности массовое заболевание или отравление людей».

**Павел АЛЕКСЕЕВ,**  
МИА Сито!

Республика Дагестан.



**Воронежская область является одним из флагманов российского здравоохранения. В этом убеждают достигнутые результаты медицинской деятельности, заявила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова в ходе своей рабочей поездки в регион. Вместе с ней в лечебных учреждениях области побывали заместитель председателя Совета Федерации Галина Карелова и председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко.**

А начался визит высоких гостей с посещения Воронежского областного клинического консультативно-диагностического центра. Здесь проходила акция «Зимний день здоровья». Главный врач Елена Образцова познакомила руководство здравоохранения с возможностями лечебного учреждения, уделив особое внимание профилактике заболеваний. В структуре ВОККДЦ есть специальное подразделение, занимающееся анализом проведенной диспансеризации населения. Кроме того, центр ответствен за координацию мероприятий по областной программе «Живи долго». «Медицинская газета» уже рассказывала об этом проекте, который нацелен на межведомственное взаимодействие в вопросах увеличения продолжительности жизни воронежцев. Забегая вперед, скажем, что министр высоко оценила меры по улучшению популяционного здоровья и предложила руководству регионального здравоохранения поделиться опытом создания этой программы на коллегии Минздрава России.

Диагностический центр выбран штабом выполнения профилактических программ не случайно. У 25% пациентов центра выявляются признаки отклонений в состоянии здоровья. И дальнейшее углубленное обследование провести на месте гораздо проще, чем в каком-то другом лечебном учреждении. Специфика центра в том, что в нём сосредоточено самое передовое диагностическое оборудование, квалификации специалистов могут позавидовать столичные клиники.

– В дни профилактических акций пройти расширенное обследование можно быстрее, чем в обычные, – поделился своими впечатлениями один из пациентов. – Это доступнее и поэтому много желающих.

В прошлом году во время таких акций удалось выявить начальную стадию диабета у 200 человек.

– При принятии адекватных мер,

#### Высокая оценка

Но главным событием рабочей поездки министра стала встреча с медицинским активом области. Открывая встречу, губернатор Алексей Гордеев напомнил, что в последние 2 года в территории активно внедряется трёхуровневая модель оказания медицинской помощи населению.

– На региональном уровне она отработана и действует эффективно, – подчеркнул А.Гордеев. – Мы делаем всё, чтобы её совершенствованию не мешали стереотипы, которые ещё сильны в професси-

Особенно радует уменьшение младенческой смертности. То же самое можно сказать и о материнской смертности. Существенно снизились цифры заболеваемости и смертности по основным группам заболеваний, в том числе инфекционной и неинфекционной природы. Низкий показатель зарегистрирован по заболеваемости туберкулёзом.

– В целом те демографические векторы, которые область смогла выстроить к увеличению рождаемости, снижению смертности, – это движение в правильном направлении. И мы видим, что

высокотехнологичной помощью. Как считает руководитель департамента, подобная модель является основой для решения задач по повышению удовлетворённости населения области медицинской помощью. В этом играет роль и улучшение материальной базы регионального здравоохранения. Так, в 2014 г. построены здания для 32 ФАПов и 3 врачебных амбулаторий. Все они возведены по типовому проекту, имеют систему водоснабжения, канализации, автономного газового отопления. На их строительство потрачено 177 млн руб. На 2015 г. предусмотрено

сообщества, общественности, с учётом мнения органов муниципального управления. В результате ни одно из подобных мероприятий не имело негативных последствий.

На территории области работают 3 межрайонных, 2 дистанционных акушерских консультативных центра. За год консультируют более 8 тыс. беременных. Внедрена региональная информационная система мониторинга родовспоможения (программа «РИСАР»): под наблюдением специалистов находится 98% всех беременных, из них 35% – из группы высокого риска. За 2 года число родов в учрежде-

#### Деловые встречи

# Преимущества трёхуровневой модели

## Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова ставит в пример работу воронежских медиков



Встреча с медицинским активом области

ональной среде. Безусловно, где-то следует обновить устаревшую материально-техническую базу. Над этим работает Департамент здравоохранения, что в конечном счёте способствует повышению качества медицинского обслуживания.

Министр здравоохранения РФ поддержала главу региона. Она

скорость этих положительных изменений прибавляется, – подчеркнула Вероника Скворцова.

Министр дала и такую важную оценку. В этом субъекте РФ создана взаимосвязанная модель, направленная на то, чтобы каждый гражданин имел равный доступ ко всем видам медицинской помощи: от профилактики, диспансеризации, необходимого диагностического скрининга до высокотехнологичной медицинской помощи.

Ещё министр отметила, что в регионе хорошо развивают информационные технологии. Телемедицинские центры помогают врачам отдалённых районов в верификации диагноза. Реализована запись больных на приём к врачу через Интернет. И это также повышает доступность медицинской помощи. У воронежских медиков большие достижения, которые нельзя не совершенствовать.

#### Перемены серьёзные

Руководитель Департамента здравоохранения Воронежской области Владимир Ведринцев выступил с докладом о реализации трёхуровневой модели оказания медицинской помощи населению. Эта система действует в регионе уже третий год. Сегодня первичную медицинскую помощь населению области предоставляют 54 лечебных учреждения, из них 32 районные больницы. Второй уровень обеспечивают 7 межмуниципальных ЛПУ в районах области, 3 в областном центре. И самый высокий – третий уровень – клиники, занимающиеся специализированной, в том числе

строительство ещё 25 ФАПов и 9 врачебных амбулаторий.

– Мы сохраняем первичную сеть и думаем об улучшении условий работы для медицинского персонала, – заявил В.Ведринцев. – Губернатором поставлена задача поэтапного строительства новых зданий для перевода ФАПов и амбулаторий из старых приспособленных зданий в новые, типовые. Данная программа рассчитана на 5 лет.

Основной акцент в работе учреждений первого уровня воронежцы делают на развитие амбулаторно-поликлинической помощи, увеличение стационарозамещающих форм, повышение роли врача общей практики. Планово решая задачу по обеспечению первичного звена врачами общей практики, они сегодня имеют показатели, превышающие общероссийские в 4 раза. Кроме того, в структуре приёма им удалось добиться оптимального соотношения между врачами общей практики, участковыми терапевтами и узкими специалистами в соотношении – 60 : 40. И это сняло напряжённость в обеспечении первичного звена узкими специалистами.

– Модернизация сельского здравоохранения позволила открыть койки сестринского ухода и гарантировать медико-социальную поддержку граждан из группы социального риска, проживающих преимущественно в отдалённых районах сельской местности, – продолжил В.Ведринцев. – Следующей задачей мы ставим для себя расширение объёма паллиативной помощи, как в стационарном, так и в амбулаторном сегменте.

Работа скорой медицинской помощи обеспечивается ежегодным обновлением автопарка, вся скоропомощная служба оснащена системой ГЛОНАСС, организована работа единой диспетчерской службы.

Одним из ярких примеров успешной реализации трёхуровневой системы является служба родовспоможения. На сегодняшний день 81% акушерских коек находится в учреждениях второго и третьего уровней, в 9 районах области с числом родов до 100 в год акушерские стационары отсутствуют. Решение о закрытии этих родильных отделений принималось с привлечением профессионального

в них 2-й и 3-й групп увеличилось до 90,1%, преждевременных – до 97%. То есть все женщины, беременностью которых протекает с отклонениями, направляются в лечебные учреждения, имеющие для их ведения квалифицированных специалистов, необходимое оборудование.

На втором уровне были созданы 3 крупных межмуниципальных акушерских центра. На третьем – 2 дистанционных акушерских консультативных центра с выездной бригадой врачей. Открыто 25 коек сестринского ухода для госпитализации женщин группы социального риска. Координирующим звеном службы родовспоможения является перинатальный центр.

Работа выездной бригады реанимационно-консультативного центра, которая осуществляет более 500 выездов в год в районы области, играет очень важную роль в снижении младенческой смертности. Основной принцип в организации службы детства и родовспоможения – оказание медицинской помощи по принципу: «на себя». Ежегодно в отделении неонатальной хирургии (ВОДКБ № 1) проводится более 120 оперативных вмешательств у новорождённых с врождёнными пороками развития.

– Выстроенная нами маршрутизация наряду с комплексом мероприятий позволила повысить качество акушерской и неонатологической помощи и добиться снижения показателей младенческой и стабилизации материнской смертности, – заявил В.Ведринцев.

– Мы принципиально определили основой деятельности учреждений первичного звена активное выявление пациентов с нарушениями здоровья, патологиями на как можно более ранней стадии, – уточнил руководитель департамента. – Прежде всего, это касается онкологической патологии. Внедрено анкетирование жителей региона по «сигналам тревоги рака». На втором уровне мы организовали работу межрайонных консультативных онкологических кабинетов на базе 8 крупных, хорошо оснащённых районных больниц. Реорганизация и оснащение онкологической службы позволили внедрить 57 совершенно новых методик диагностики и лечения



Врач отдела лабораторной диагностики ВОККДЦ Лариса Сороко завершает проведение очередного исследования

рекомендаций по питанию и образу жизни мы можем предотвратить у многих из них возникновение сахарного диабета и нормализовать уровень глюкозы в крови и таким образом сохранить полноценных членов общества, – поясняет заведующая областным диабетологическим центром Лариса Калимбет.

считает, что основные идеологические тенденции, которые сейчас министерство старается выстраивать по всей стране, в большей степени реализованы в нескольких территориях, в том числе в Воронежской области. По её словам, обращают на себя внимание прежде всего демографические показатели, которые здесь достигнуты.



онкологических заболеваний, что наряду с работой в рамках государственно-частного партнёрства по покупке услуг ПЭТ/КТ и «Кибернож» дало возможность добиться увеличения группы с 5-летней выживаемостью до 56%.

Активно развивается санавиация. С 2012 г., наряду с использованием старого доброго Ан-2, в области реализован проект по применению среднемагистрального самолёта Pilatus с реанимационным модулем. На днях состоялся первый вылет санитарного вертолёт лёгкого класса, не требующего оборудования специальных площадок. В рамках государственно-частного партнёрства в 2015 г. подобная техника будет использоваться в приоритетном плане для эвакуации пострадавших с места аварий и транспортировки неотложных больных на ранних стадиях сердечно-сосудистой катастрофы в региональный сосудистый центр. Для этих целей заключён контракт на использование вертолёт BELL как внутри-, так и в межсубъектовых транспортировках. Благодаря санавиации воронежские врачи совместно со специалистами Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева в режиме «с борта самолёта на операционный стол» спасли множество детских жизней. Летальность на этапе медицинской эвакуации составила 0%. Для дальнейшего развития этого вида помощи руководство здравоохранения рассчитывает войти в федеральную программу.

– Оптимизируя имеющиеся в системе ресурсы, мы реализуем трёхуровневую модель также и в сфере диагностической помощи с использованием 5 мобильных комплексов и возможностей дистанционной расшифровки большинства диагностических методик в учреждениях третьего уровня, – сказал В.Ведринцев. – Стабильно работающая сеть медицинских организаций первичного звена и выстроенные межуровневые коммуникации позволили решить задачи по организации и проведению диспансеризации определённых групп взрослого населения, основным достижением чего мы считаем выявление заболеваний на ранних стадиях у каждого шестого жителя.

В 2014 г. по сравнению с предыдущим годом на 22% увеличилось число граждан, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь в клиниках Воронежской области. Имеющийся потенциал и ресурс областного бюджета позволил в 2014 г. достичь объёма оказанной ВМП на уровне индикатора 2015 г. Материально-техническое состояние учреждений третьего уровня, кадровое и научное сопровождение позволяют воронежским специалистам уже сегодня оказывать высокотехнологичную помощь жителям других регионов. Если будет соответствующая федеральная поддержка, то объёмы увеличатся.

Кадровое обеспечение отрасли в регионе тоже вполне благополучное. Но разговор на эту тему В.Ведринцев начал с того, что повышение уровня образования управленческого персонала в воронежском здравоохранении давно стало устойчивым трендом. Но усилий по повышению профессиональных компетенций управленцев на субъектовом уровне явно недостаточно. Поэтому воронежцы активно приветствуют решение Минздрава России научить управленцев мыслить экономическими категориями, что однозначно повысит качество управления здравоохранением. У воронежцев есть предложение к министерству проводить онлайн-трансляции очных обучающих циклов на медицинские организации для формирования единых подходов к менеджменту здравоохранения,

чтобы управленцы могли разговаривать на одном языке.

Наступивший год отличается определёнными финансовыми рисками, что естественно настраивает на жёсткий режим ресурсосбережения, чтобы минимизировать отрицательные последствия возникающих негативных факторов. В.Ведринцев обратился к министерству с предложением включить в основу статистического наблюдения по реализации 597-го указа индикатор средней заработной платы в регионе, зафиксированный на год. Это позволит в условиях складываю-



Главные врачи крупнейших лечебных учреждений области с большим вниманием выслушали выступление министра

щейся экономической ситуации более рационально планировать и распределять ресурсы на уровне субъектов Федерации.

На сегодняшний день в области работает 42 федеральных учреждения и их филиалов, в которых трудятся более 3,5 тыс. медицинских работников. Уровень их заработной платы является существенным фактором, влияющим на выполнение «линейки» в целом по региону. Региональные органы управления здравоохранением не могут воздействовать на формирование штатов и фондов оплаты труда в этих учреждениях. Показатель по субъекту достигается за счёт увеличения затрат регионального компонента. Так, чтобы нивелировать ситуацию низкой заработной платы в ФГУ в 2014 г. по врачам подведомственных учреждений он был превышен на 5,3%, по среднему медперсоналу – на 4%, что в суммарном выражении составляет около 500 млн руб. А это ресурсы, которые должны стать резервом покрытия возникающих финансовых рисков регионального здравоохранения.

В.Ведринцев обозначил также перед министерством вопрос о разграничении ответственности за достижение показателей «дорожной карты», оставив за органами исполнительной власти области лишь региональный и муниципальный компоненты.

#### И закупочная политика

В области проводятся мероприятия по ресурсосбережению, ведётся работа с руководством муниципальных образований по снижению налоговой нагрузки и, в частности, налога на землю. Основная стратегия – передача или реализация медузрешениями неиспользуемых земельных участков и имущественного комплекса. В условиях одноканального финансирования, после того как все муниципальные учреждения здравоохранения области были переданы на государственный уровень, у муниципалитетов появились соблазн пополнить свои бюджеты за счёт увеличения ставки по налогу на землю. Департамент занял в этом вопросе принципиальную позицию. В результате в минувшем году в 14 районах области ставка налога на землю снижена и составляет менее 1%. В текущем году областной департамент продолжит работу по обеспечению льготного налогообложения объектов здравоохранения в оставшихся

19 муниципальных образованиях, включая Воронеж.

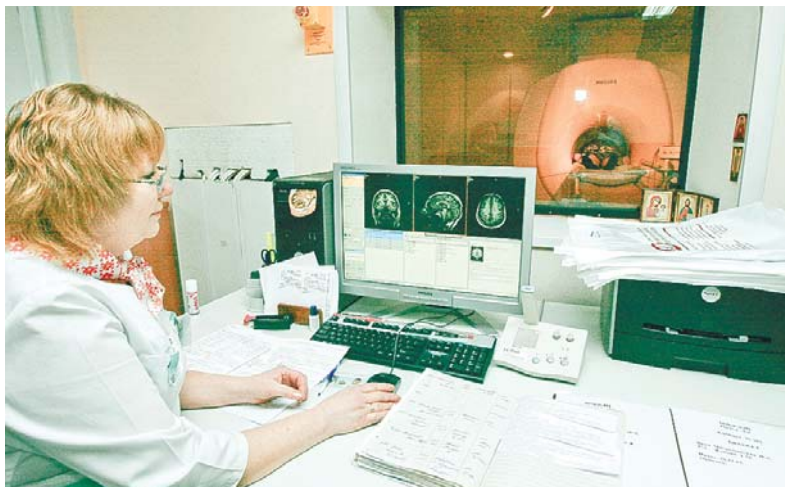
В течение 2014 г. департамент проводил инвентаризацию земельных участков и оценку целесообразности их дальнейшего использования. В итоге прекращение право пользования на участки общей площадью 35 тыс. м<sup>2</sup>. В планах на 2015 г. – изъять из экономического оборота участки площадью 320 тыс. м<sup>2</sup>, по которым в настоящее время заканчивается оформление документов. Это ощутимо уменьшит затраты на налоги и содержание территорий. Аналогичные меры принимаются

стационарной помощи на основе клинко-статистических групп (КСГ) с 2007 г. Эти разработанные Минздравом России и Федеральным фондом ОМС подходы к формированию тарифов в рамках системы КСГ выводят финансирование медицинской помощи на качественно новую ступень. «Предложенная методика достаточно гибкая и ориентирована на более справедливое возмещение затрат на каждом уровне оказания медицинской помощи», – подчеркнул В.Ведринцев.

#### Откровения министра и губернатора

Этот год объявлен Президентом РФ в Послании к Федеральному собранию годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Поэтому пресс-конференция началась с обсуждения именно этого вопроса.

– Смертность от этого класса заболеваний вносит огромный «вклад» в общий уровень смертности не только в России, но и во многих странах мира, – заявила на пресс-конференции для журналистов министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. – В 2005 г. смертность от сердечно-сосудистых заболеваний достигала в России 1200 на 100 тыс. населения, по результатам 2014 г. этот показатель снизился уже до 650. То есть уменьшился в 2 раза, здравоохранение сделало огромный серьёзный шаг вперёд по профилактике и лечению этого класса болезней. Но если сравнивать с лучшими системами здравоохранения наиболее развитых европейских стран, то нам предстоит ещё много работать. В этих государствах показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний достигает 250-300.



Рентгенолаборант отдела лучевой диагностики ВОККДЦ Татьяна Жукова выполняет десятки исследований за день

является проводимая закупочная политика, прежде всего в части приобретения медикаментов и продуктов питания. В области реализовали практику централизации закупок и проведения совместных торгов. По их результатам на первое полугодие 2015 г. заключено более 80% долгосрочных договоров с экономией примерно 100 млн руб. Подобные подходы стали основой закупочной политики воронежского здравоохранения на 2015-й и последующие годы.

В отношении тарифной политики В.Ведринцев отметил: «С этого года мы перешли на новую модель оплаты стационарной помощи. Её эффективное внедрение и совершенствование – безусловный приоритет нашей работы. В ситуации, когда в сфере здравоохранения экономика выступает на первый план, наша задача – выстроить такую финансовую и тарифную политику, которая будет максимально эффективно сочетаться с трёхуровневой системой оказания медицинской помощи».

В настоящее время Воронежская область практикует способ оплаты

То есть российское здравоохранение должно стремиться снизить смертность ещё в 2 раза, чтобы достигнуть их уровня. А этого можно добиться работой в двух направлениях: уменьшения числа заболевших и количества летальных исходов. Развивая комплексную программу профилактики, поддерживаемую всем обществом, можно повлиять на заболеваемость. В Воронежской области воплощается в жизнь замечательная программа «Живи долго», рассчитанная, в том числе, и на снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Она имеет межведомственный характер и предусматривает комплексный подход: борьбу с вредными привычками, пропаганду здорового образа жизни, популяризацию занятий физкультурой и спортом, правильного питания и многого другого, что можно отнести к улучшению популяционного здоровья. И выбранная стратегия обязательно даст снижение смертности в будущем, через 3-4 года. Второе направление, которое способно также повлиять на заболеваемость, – индивиду-

ализированная профилактика. Она реализуется через систему скрининга здоровья, в нашей стране им преимущественно занимается диспансеризация. Для того чтобы она была более эффективной, министерство изменило формат диспансеризации. Теперь он нацелен на выявление всех индивидуальных факторов риска и работу над их устранением.

Снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний требует совершенствования маршрутизации. Кроме того, в 2015 г. закончится формирование центральных пунктов управления скорой помощью. При этом каждая карета должна быть оснащена системой ГЛОНАСС, что сократит время доставки больного в стационар. Министерство уделит большое внимание развитию сети сердечно-сосудистых центров, совершенствованию применяемых в них технологий диагностики и лечения. Ангиопластика и стентирование, эмболизация и восстановление ритма сердца, другие более сложные методы лечения – всё должно применяться своевременно. И конечно, реабилитация должна начинаться с первых минут заболевания, даже когда больной ещё находится в реанимации. Развитие системы реабилитации в нашей стране вошло в комплексную программу борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Минздрав России надеется, что этот амбициозный план на 2015 г. позволит снизить заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистой патологии.

Журналистов интересовало, хватит ли средств воронежскому здравоохранению, чтобы обеспечить устойчивую работу лечебных учреждений, учитывая экономические трудности, которые переживает наша страна.

– Министерство здравоохранения РФ поднимало вопрос финансирования здравоохранения на самом высоком уровне, – заявил Алексей Гордеев. – Обсуждение этой темы проходило и на заседании Правительства РФ. Мы видим, что у нас есть все финансовые возможности, чтобы обеспечить устойчивую работу регионального здравоохранения в ближайшие 3-4 месяца. Но при этом у нас есть понимание, как в таких сложных экономических условиях, прямо скажем, удорожания тех или иных препаратов, лекарств, оборудования предстоит работать. Воронежцы достаточно уверенно себя чувствуют в этом плане.

По словам губернатора, бюджет регионального здравоохранения растёт. В этом году его финансирование составит 27 млрд руб. Главное – научиться эффективно управлять этими деньгами.

Заместитель председателя Совета Федерации Галина Карелова говорила о том, что областной кардиохирургический центр добивается отличных результатов. Его работу высоко оценила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. В нём применяется много новых технологий, в том числе и при операциях на сердце у новорождённых. Она предложила сделать такие лечебные учреждения пилотными площадками для продвижения новых технологий в другие территории. Кроме того, речь шла о включении Воронежского областного клинического противотуберкулёзного диспансера им. Н.С.Похвисневой и Воронежского областного клинического онкологического диспансера в федеральную адресную инвестиционную программу.

Министр поддержала эти предложения.



Новый фельдшерско-акушерский пункт построен по Программе развития здравоохранения Воронежской области, рассчитанной до 2020 г. Только в прошлом году на карте региона появился 31 ФАП и 3 врачебные амбулатории.

Историю приваловского медицинского учреждения рассказывает заведующая Татьяна Смирнова. В 1998 г. здание бывшего ФАПа сгорело, и пункт перевели в приспособленное помещение. А поскольку Большая Приваловка продолжает развиваться и строиться, прибавляется население, вопрос о строительстве нового ФАПа вставал перед властями не раз. В 60 км находится столица Черноземья. Буквально в нескольких километрах расположен Воронежский биосферный заповедник. То есть люди живут не в умирающей, Богом позабытой деревне, а в селе, где последнее время даже молодёжь предпочитает оставаться дома, а не ехать за лучшей долей в город. Секрет

В Верхнехавском районе недавно сдано в эксплуатацию здание детской консультации и стоматологического отделения поликлиники, площадь каждого подразделения – 970,4 м². Они построены за счёт средств муниципального бюджета. Район посчитал необходимым выделить на возведение этих объектов здравоохранения 32,9 млн руб.

Мы заходим в детскую консультацию, рассчитанную на 100 посещений в смену. До её открытия дети лечились в поликлинике районной больницы, которая явно требовала ремонта. Сейчас в консультации ведут приём 4 педиатра и врачи-специалисты: хирург, травматолог-ортопед, невролог, психиатр, психолог и стоматолог. В её состав входят лечебно-диагностические кабинеты электрокардиографии, аудиометрии, процедурный и прививочный, а также кабинеты массажа, лечебной физкультуры, здорового ребёнка и неотложной помощи. Конечно же, сразу обращаешь внимание – комфортные условия для работы врачей и лечения маленьких пациентов. Начинаешь выяснять, как этого удалось добиться. Оказывается, главным архитектором и «требовательным прорабом» на стройке оказался неравнодушный человек, главный врач Верхнехавской районной больницы Ирина Бадеева.

Именно её идея – оформить привлекательно интерьер, чтобы ожидание приёма в холле напоминало детям о любимых мультфильмах, а не порождало неприятные предчувствия. Стены амбулатории украшают 50 детских рисунков, которые были подарены поликлинике местной

## Перемены

# ФАП Большой Приваловки

## Создаются достойные условия для оказания медицинской помощи

привлекательности прост: работу в Большой Приваловке можно найти у фермеров, а при желании трудиться в областном центре (благо транспортное сообщение это позволяет). Надо ещё отметить, что здесь красивейшие места с прекрасной экологией, люди живут работающие, желающие изменить жизнь к лучшему.

Татьяна Борисовна с удовольствием показывает нам помещения нового медицинского пункта, где она работает вместе с детской медицинской сестрой Надеждой Хатунцевой. Для работы есть всё: просторные кабинеты для приёма пациентов, про-

цедурная, прививочная, аптека, газовое отопление, автономный источник электроэнергии. Следующая деталь – на здании установлена видеокамера, чтобы контролировать сохранность имущества.

Если бы все лечебные учреждения на селе были приведены в такой идеальный порядок, мы бы жили в другой стране.

Медики не нарадуются новоселью. Это самый центр, как принято говорить, здесь находится сельский кластер (дом культуры, магазин, ФАП и школа). Для медиков немаловажно, что школьники попали под их особый

контроль. Окна медицинского учреждения выходят на площадку перед образовательной школой. Да и жителям удобно. Каждый день 15-20 сельчан обращаются сюда за медицинской помощью. В основном это больные с хроническими заболеваниями, артериальной гипертензией или сахарным диабетом. Соответственно на приёме измеряются давление, уровень глюкозы и корректируется назначенное лечение. Кроме того, медики проводят диспансеризацию детей (здесь их 142 человека) и декретированных групп населения. Кроме того, сотрудники ФАПа занимаются обе-

спечением лекарствами льготников и продажей препаратов из Перечня ЖНВЛП. Естественно, объём продаж небольшой, но для доступности лекарственных препаратов торговля ими крайне важна. Иначе жителям Большой Приваловки пришлось бы ехать 30 км, чтобы попасть в ближайшую аптеку.

Ситуация в регионе с обеспечением достойных условий для оказания первичной медицинской помощи в сельской местности меняется к лучшему. И ФАП в Большой Приваловке – наглядный тому пример.

## Тенденции

# По первому классу востребованности

## Сельские поликлиники должны быть комфортабельными



Ирина Бадеева

школой искусств. В результате ребёнок видит в коридорах собственное творение, и как показывает практика, чувствует себя в стенах консультации смело и раскованно. Каждая деталь здесь играет на создание атмосферы возвращения в детскую сказку. В кабинетах не увидишь серых казённых шкафов с пыльными бумагами, которые своим раз-

валивающимся видом когда-то напоминали о сложной судьбе отечественной медицины. Всё сделано, как в хорошем санатории, где думают о том, чтобы отдыхающим понравилось.

Ирина Анатольевна вспоминает, как ездила в Воронеж со строителями. Они утверждали, что наличники для дверей на складе остались только жёлтые, зелёных уже давно нет. Поэтому нечего придумывать, сойдёт и так. Но главный врач категорически не согласилась с таким подходом. Она настояла на повторной поездке в Воронеж. В результате были куплены панели, которые замечательно вписались в интерьер всего здания. И такое отношение «правило бал» как в вещах принципиальных, так и в мелочах. По настоянию медиков появился специальный кабинет для малышек, где мамы могли в тёплой, спокойной обстановке покормить их и перепеленать. Деталь, но тоже имеющая значение. Ведь многие приезжают на консультации в районную больницу из отдалённых деревень.

Второе здание – стоматологическое отделение на 50 посещений в смену. Оно получилось, как элитная платная стоматологическая клиника. Везде светлые тона, используются самые современные материалы и оборудование, которое позволяет применять передовые методы терапевтической, хирургической и ортопедической стоматологии. Работают 3 врача терапевта, ортопед, хирург, функционирует кабинет радиовизиографии, зуботехнический кабинет, гигиены полости рта, технологические помещения.

– У нас кардинально улучшилась и ситуация с укомплектованностью кадрами, – говорит И.Бадеева. – Помогла программа «Земский доктор», по которой каждому приехавшему на рабо-

ту в село врачу выплачивается 1 млн руб. Ею воспользовались уже 14 специалистов. Отрадно, что наш сельский район выбрали не только молодые врачи после окончания интернатуры или ординатуры, а также, например, офтальмолог, который имеет за плечами серьёзный опыт и квалификационную категорию. Такой обеспеченности врачам наш район ещё не знал. Кстати, на полученные деньги большинство из них приобрели собственное жильё. И это тоже свидетельствует о том, что люди связывают свою жизнь с районом надолго.

Мы познакомимся со стоматологом Александром Сидоровым. Он окончил Воронежскую медицинскую академию им. Н.Н.Бурденко. В 2010 г. устроился на работу в областном центре. Но не представлял, как решить свои жилищные проблемы в столице Черноземья. Когда было объявлено о принятии программы «Земский доктор», вместе с женой (она тоже врач-стоматолог) решил: надо воспользоваться таким шансом. По мнению главы семейства, работать на селе стоматологом также интересно, как и в городе. Это раньше в сельских районах использовалась преимущественно допотопная ап-

паратура. В стоматологическом же отделении Верхнехавской районной больницы оборудованы такие кабинеты, которым может позавидовать иная городская клиника. Пломбировочные материалы, анестезиологические пособия ничем не отличаются от того, что востребовано в лучших городских клиниках. Приём пациентов идёт по полисам ОМС и платно. Абсолютно всю амбулаторную помощь можно получить в районном центре. Кроме того, телемедицина позволяет проконсультировать, если возникает необходимость, любого больного с ведущими областными специалистами. При этом направить им рентгеновские снимки, чтобы решить, какой алгоритм лечения выбрать на месте. Компьютеризация позволяет также каждому стоматологу видеть на мониторе снимки, сделанные в кабинете радиовизиографии. Есть в этом отделении и своя печь для обжига



Работать в таких условиях педиатрам очень удобно

металлокерамики. Так и должно быть – по первому классу востребованности. А медицинская помощь – важный фактор социального благополучия любой территории. И воронежские сёла всё чаще не уступают в социальной обустроенности городским поселениям.



Детская консультация радует посетителей и ухоженной территорией



Городскую клиническую больницу скорой медицинской помощи № 10 в Воронеже пациенты часто называют ещё «Больницей электроники». Дело в том, что 25 лет назад лечебное учреждение начало свою историю как медсанчасть известного в городе предприятия. Но изменилось время, областному центру требовалась вторая скоромошная больница, а содержать крупную многопрофильную клинику, да и развивать её промышленникам было слишком затратно.

В то время количество БСМП в нашей стране планировалось из расчёта – одно такое специализированное лечебное учреждение на 500 тыс. населения. Руководители здравоохранения столицы Черноземья решили, что кроме существующего на правом берегу водохранилища, вокруг которого раскинулось городское поселение, второе такое лечебное учреждение станет обслуживать противоположную, левую часть города.

Легко сказать: сделать новую больницу из медсанчасти. В прокрустово ложе БСМП надо было ещё вписать бывшие плановые отделения. Этап за этапом переделывались и перестраивались корпуса под новые задачи. Поразительно, но сегодня больница отвечает большинству стандартов по оснащению отделений. Как это выглядело раньше и что стало теперь, можно проследить на примере приёмного отделения, которое в пору теперь переименовать в отделение экстренной помощи. Раньше оно в полном смысле было другим – «приёмным покоем». Но в БСМП оно не могло остаться прежним. Каждый поступивший больной должен быть максимально быстро обследован. При всем при этом ежедневно около 120-150 человек доставляет сюда «скорая», не останавливая ни на минуту работу бригад врачей. Именно поэтому главный врач, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ Михаил Иванов так настаивал, чтобы за время программы модернизации и проведения любой реконструкции приближать к этому отделению помощи все без исключения диагностические и urgentные подразделения.

Экспресс-лаборатория проводит ныне до 250 анализов ежедневно и по Сито! 24 часа в сутки работают 2 операционные, чистая и гнойные перевязочные, 2 противошоковые палаты, которые вполне можно назвать филиалами реанимации. Дальше расположено отделение краткосрочного пребывания на 10 коек, в котором больные могут находиться не более 3 дней для уточнения диагноза, и амбулаторные кабинеты для приёма специалистами. Словом, сделано всё, чтобы мультидисциплинарная бригада приступала к оказанию помощи с первых минут поступления больного в БСМП. А само приёмное отделение превратилось в лечебное подразделение. В операционных везде консоли, мониторы, которые позволяют отслеживать жизненно важные показатели, а камеры наблюдения выведены на специальный пост, чтобы контроль был и визуальный.

Ещё один закономерный шаг – расширение территории для заезда машин к отделению экстренной помощи. Если раньше подъехать могла одна «скорая», а остальные выстраивались в очередь, как грузовики около какого-то предприятия... Теперь построен крытый тёплый пандус, который позволяет удобно транспортировать тяжёлых, носилочных больных. По аналогичным принципам, кстати, функционируют такие отделения в Московском НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского и Санкт-Петербургском НИИ корой помощи им. И.И.Джanelидзе.

Второй вход в отделение предназначен для ходячих больных, поступающих в БСМП в удовлетворительном состоянии. То есть

разделение идёт не по профилям оказания медицинской помощи, а с учётом оценки состояния человека. И эти две «дорожки» идут параллельно – так, чтобы было удобно оказывать медицинскую помощь как тяжёлым, так и лёгким пациентам. Безусловно, первым, по вполне понятным причинам, представляется «зелёный коридор».

Особенность «Электроники» и в том, что она оказывает все три уровня медицинской помощи. От первичной, медико-санитарной – здесь есть консультативная поликлиника, два межрайонных и

дицинских психолога, 2 врача ЛФК, физиотерапевт, психиатр, врачи-консультанты: кардиолог и окулист. По окончании курса лечения в БСМП работающих больных направляют на реабилитацию в специализированный санаторий, неработающих – на долечивание в городскую больницу № 16 или Семилукскую ЦРБ. В сфере ответственности сосудистого центра находятся 2 района Воронежа и 4 сельских района области.

Как в большинстве больниц нашей страны, больничная летальность в подобных отделениях на

вершенствования по нескольким специальностям. Как минимум они обладают двумя сертификатами: невролога и реаниматолога, но есть и такие, которые доказали свою состоятельность в 3-4 медицинских профессиях.

– Раньше как было: наши палаты интенсивной терапии являлись тем местом, где люди просто с той или иной скоростью умирали, – продолжает разговор С.Афанасьев. – Сейчас могу сказать, что наши палаты ПИТ – это действительно самый современный уровень медицины. Они имеют хорошее реанимационное

напряжённой работы, теперь с помощью новой методики и современной аппаратуры «укладываются» за час. Специальные штифты в позвоночник устанавливаются под навигацией предельно точно, исключая возможность ошибки хирурга. Отметим, что многие методы были применены в БСМП № 10 впервые в области.

Когда началась реализации программы «Снижение смертности пострадавшим в ДТП», БСМП № 10 определили травмоцентром первого уровня.

Старыми дедовскими методами

## Ориентуры

# Поиск новых возможностей

## В этой больнице медицинская помощь охватывает все уровни



Каждый день в первичном сосудистом центре идёт борьба за жизнь...

городских отделения, плюс к этому успешно функционируют областные центры, которые предоставляют специализированную помощь и ВМП (и относятся к третьему уровню помощи). С 2015 г. больница увеличила мощности до 800 коек за счёт расширения входящего в состав лечебного учреждения роддома.

### Лучшие показатели у сосудистого центра

Корреспондент «МГ» не мог не побывать в сосудистом центре. Ведь Воронежская область – одной из первых в стране приступила к реализации программы по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Уже в 2008 г. в «Электронике» появился первичный сосудистый центр. Всё начиналось с принятия в штат новых сотрудников, учитывая, что бригады врачей в новом подразделении должны были стать мультидисциплинарными. Для того времени это была новация, которая требовала проведения дополнительного обучения как неврологов, которые раньше работали в прежнем отделении, так и приглашённых специалистов.

«Насыщение» нового центра оборудованием шло последовательно. Конечно, многое изменили в его работе программа модернизации здравоохранения и помощь областного Департамента здравоохранения. С этого периода неврологам и кардиологам стали доступны круглосуточные исследования, выполненные с использованием 64-срезового компьютерного томографа, самой современной ультразвуковой и лучевой аппаратуры.

Первая часть сосудистого центра – неврологическое отделение, располагающее 12 койками палаты интенсивной терапии и 48 ранней нейрореабилитации. С первых же дней пребывания в стационаре, как и положено по стандартам, врачи занимаются восстановлением у больных с ОНМК двигательной активности и коррекцией речевых, когнитивных, вестибулярных расстройств и психоэмоциональных нарушений. Для этого к лечению подключаются 2 логопеда, 2 ме-

момент вступления в федеральную программу достигала 23-23,2% от поступивших больных. Сегодня этот показатель в «Электронике» значительно меньше – 15,3-15,4%. То есть отмечается наглядное и серьёзное снижение смертности. Не менее значимо уменьшились и показатели выхода на инвалидность после перенесённого инсульта. Достаточно сказать, что 68% пролечившихся в этом отделении после произошедшей сосудистой катастрофы возвращаются к нормальной жизни, а не остаются прикованными до конца своих дней к кроватям и инвалидным креслам.

В наше время изменения курса рубля не лишним был вопрос: имеются ли в отделении необходимые тромболитики?

– С лекарствами проблем вообще никаких нет, – говорит заведующий первичным неврологическим (сосудистым) отделением № 1 врач высшей квалификационной категории Сергей Афанасьев. – Мы ежемесячно проводим тромболитизис 4-5 больным (3% от общего числа, поступивших в первые 3 часа от начала заболевания). Весь алгоритм проведения лучевой и лабораторной диагностики чётко отработан и занимает не более 40 минут с момента поступления больного в стационар. И если тромболитизис показан (согласно специальной шкале), его проведение не вызывает каких-либо трудностей. Тесный контакт налажен и с региональным сосудистым центром. Высокотехнологичные и сложные нейрохирургические операции при патологии сосудов шеи (окклюзии, стенозы) и церебральных артерий (аневризмы, мальформации) являются ответственностью уже следующего уровня оказания медицинской помощи. А вот несложную гематому удалят и в нейрохирургическом отделении БСМП № 10.

За годы существования сосудистого центра, признаются неврологи, было преодолено много трудностей. Но они позади, и сегодня это подразделение отличается от многих других в нашей стране прежде всего тем, что его врачи прошли обучение на курсах усо-

оснащение, аппараты искусственной вентиляции лёгких, дефибрилляторы и вообще оснащены всем необходимым для возвращения к жизни и выздоровления.

Такую оценку можно дать и оснащённости кардиологического отделения.

– К показателю больничной летальности при инфаркте миокарда 10,5 стремятся многие лечебные учреждения в нашей стране, – говорит заместитель главного врача БСМП Михаил Сафонов. – Нам удалось этого достичь благодаря квалификации персонала и использованию современного оборудования и методов. Помогает контролировать состояние больных и система компьютерного мониторинга, его данные специальная программа передаёт по выделенной линии в региональный сосудистый центр. Вы спрашивали о тромболитизисе, в кардиологическом отделении последняя такая процедура была проведена сегодня ночью, а всего за год она выполнялась 56 больным...

На коронарографию, эндоваскулярные вмешательства больных направляют из первичного сосудистого центра в региональный. Но тренд на увеличение количества стентирований, который отмечается в большинстве развитых стран мира, заставляет задуматься и о покупке ангиографа.

### Ставка на малоинвазивные методики

– Программа модернизации, понимание проблем здравоохранения губернатором Алексеем Гордеевым и помощью Департамента здравоохранения области позволили многое изменить в медицине, в том числе и у нас, – так начался наш разговор с главным врачом Михаилом Ивановым. – Но мало приобрести оборудование, надо ещё уметь его эффективно использовать. В 2012 г. наша больница впервые получила лицензию на оказание высокотехнологичной помощи по 6 видам: хирургия, урология, нейрохирургия, травматология, неонатология и эндокринология. Начиная с 2013 г. мы начали заниматься эндоскопическим удалением тазобедренных и коленных суставов, операциями удаления кист почек эндоскопическим методом, вмешательствами при стрессовом недержании мочи у женщин. Наши специалисты применяют лазерную коагуляцию при диабетической ретинопатии, успешно делают операции на головном и спинном мозге с использованием нейронавигационной станции, трансдикулярной фиксации позвоночника, а также многие другие виды сложных операций.

При этом Михаил Васильевич демонстрирует слайд, где наглядно показано, что даёт трансдикулярная фиксация позвоночника под интероперационным контролем. Раньше хирурги тратили на подобное вмешательство до 5 часов

здесь давно не оперируют. Особую нишу занимает в БСМП центр амбулаторной хирургии. За прошлый год в нём выполнено 450 вмешательств, каждый день проводятся 1-2 операции. Чаще всего они, конечно, традиционные – удаление вросших ногтей, крупных липом, грыж живота, полипов шейки матки, уретры, перевязка трофических язв и др.

– Но не надо забывать, что вся эта малая хирургия совсем недавно ещё выполнялась в стационаре, – вступает в разговор руководитель ЦАХ Виктор Бахметьев. – Больных чуть ли не насильно заставляли лежать в отделениях. Наш центр интегрирован со всеми отделениями больницы и имеет собственную операционную, оснащён С-дугой, аппаратом УЗИ экспертного класса, эндоскопической стойкой. Если можно хирургу осуществить малоинвазивный доступ к кистам поджелудочной железы, печени, выполнить, скажем, шунтирование общего желчного протока, то это всё делается амбулаторно! Раньше такие операции были противопоказаны людям старше 80 лет, показания же для малотравматичных вмешательств более широкие.

### Юбилей в деловом интерьере

Благодаря применению малотравматичной хирургии среднее пребывание в больнице составляет 10,2 дня.

Можно рассказать много интересного о каждом направлении работы в «Электронике». А главный врач больницы Михаил Иванов давно стал заметным лицом воронежского здравоохранения в качестве организатора здравоохранения. Он внёс огромный вклад в организацию медицинской помощи населению городов и сельской местности региона.

В прошлом году БСМП № 10 отметила 25-летие своей истории. Вот как прокомментировал это событие руководитель Департамента здравоохранения Воронежской области Владимир Ведринцев:

– Созданная четверть века назад больница и ранее, и сегодня занимает лидирующие позиции в городском здравоохранении. Это первенство обусловлено, прежде всего, профессионализмом кадрового состава и высоким уровнем технической оснащённости учреждения.

Всё это делает БСМП № 10 медицинским комплексом, способным эффективно решать любые задачи, стоящие перед современным здравоохранением. Подтверждением этому служат высокое доверие пациентов и признание профессионального сообщества.

Выпуск подготовили  
Алексей ПАПЫРИН,  
Александр ХУДАСОВ (фото),  
специальные корреспонденты «МГ».  
Москва – Воронеж.



# КОНСПЕКТ ВРАЧА

## ВЫПУСК № 11 (1863)

(Окончание. Начало в № 10 от 11.02.2015.)

Опасная для повреждения нерва зона расположена вдоль края нижней челюсти, а её наиболее уязвимый участок может быть выделен в виде круга радиусом 2 см, центр которого удалён от угла рта также на 2 см.

Нерв повреждается чаще всего при формировании обширного щёчного кожно-жирового лоскута или при манипуляциях из субментального доступа. Нерв легко повредить и при коагуляции ветвей лицевых сосудов. Кзади от лицевого сосудистого пучка ПМФС утолщается, что достаточно надёжно защищает нерв от повреждения при подкожной препаровке. При формировании из ПМФС обширных щёчно-шейных лоскутов только прямой визуальный контроль способен предупредить повреждение нерва.

**Скуловые и щёчные ветви.** Повреждение этих нервов приводит к параличу большой и малой скуловых мышц, а также мышцы, поднимающей верхнюю губу. Это вызывает значительные нарушения мимики, которые усиливаются при улыбке. К счастью, скуловые и щёчные ветви имеют взаимные связи и паралич мышц редко бывает тотальным. Тем не менее может возникнуть стойкая деформация, трудно поддающаяся коррекции.

Наиболее опасный участок ограничен треугольником, вершина которого находится на скуловом возвышении и соединена с углом рта и углом нижней челюсти. Зона скуловых и щёчных ветвей лицевого нерва располагается глубже ПМФС и фасции слюнной железы, а риск их повреждения повышается при формировании лоскутов ПМФС на щеке за пределами железы.

Определённый риск повреждения этих нервов возникает при глубоких вариантах подтяжки. В связи с этим в процессе формирования лоскутов ПМФС на щеке необходимо применять технику вертикального разъединения тканей ножницами. Она заключается в том, что когда диссекция распространяется за пределы слюнной железы, ткани разделяют осторожными вертикальными движениями ножниц, в результате чего ПМФС поднимают над нервами, лежащими под тонкой фасцией по наружной поверхности жевательных мышц и жировом теле. В передней части доступа визуально определяется большая скуловая мышца. Скуловые ветви нерва к её верхней порции подходят снизу вблизи от места прикрепления мышцы к скуловой кости.

У большинства пациентов от скуловой ветви отходит небольшая поверхностная веточка, которая идёт над корнем мышцы и иннервирует нижнюю порцию круговой мышцы глаза. Эта веточка может быть легко повреждена при работе в данной зоне. Однако круговая мышца имеет ещё один источник иннервации – от лобной ветви лицевого нерва, поэтому её полный паралич возникает редко.

В связи с этим лоскут ПМФС рекомендуется выделять до латерального края большой скуловой мышцы, а затем переходить в более поверхностный слой и продвигаться вперёд над поверхностью мышцы уже в подкожном жировом слое до носогубной складки, а при необходимости – к крыльям и спинке носа. Данный маневр необходимо выполнять только под прямым визуальным контролем.

**Надглазничный и надблоковый нервы.** Оба нерва являются ветвями тройничного нерва и фиксированы в костных отверстиях, что делает возможным их повреждение в этой зоне. В частности, надблоковый нерв может быть повреждён при резекции мышц, сморщивающих брови. Это приводит к образованию невроды и нарушению чувствительности кожи в медиальной части лба, скальпа, верхнего века и спинки носа.

Опасная для повреждения нервов зона расположена вблизи надглазничного отверстия, которое находится на верхнем крае орбиты на уровне зрачка. Примерно на 1 см кнутри от этой точки находится надблоковый нерв.

Для того чтобы предотвратить повреждение надглазничных нервов, иссечение лобных мышц, необходимо производить с оставлением двух интактных вертикальных мышечных полос, включающих надорбитальные сосудисто-нервные пучки. Возможно выделение нервов в толще мышцы с последующей её резекцией.

**Нижнеглазничный нерв.** Он является второй ветвью тройничного нерва, а его повреждение приводит к нарушению чувствительности боковой поверхности носа, щеки, верхней губы и нижнего века. При

этом в худшем случае формируется неврома, которая может сопровождаться выраженным болевым синдромом и нервным тиком.

Точка выхода нерва из нижнеглазничного отверстия находится на 1 см под нижним краем глазницы на вертикальной линии, проведённой через зрачок, и легко определяется при пальпации.

Повреждение нерва может произойти во время выполнения подкожной или комбинированной подтяжки, а также суб- или супрапериостальной подтяжки верхних двух третей лица.

**Подбородочный нерв.** Это – чувствительная ветвь тройничного нерва. Его повреждение приводит к анестезии слизистой оболочки и кожи половины нижней губы и подбородка, что вызывает затруднения во время приёма пищи. Музыканты при этом

не могут играть на духовых инструментах.

Подбородочное отверстие располагается на средней части нижней челюсти ниже 2-го премоляра. На фронтальных рентгенограммах это отверстие хорошо видно на продолжении линии, проведённой через над- и подорбитальные отверстия. Как правило, нерв повреждают при установке подбородочных имплантатов во время суб- или супрапериостального разъединения тканей, поэтому необходима точная предоперационная разметка.

### Оценка результатов

Ближайшие результаты операций оценивают через 2-3 месяца, когда состояние тканей в зоне вмешательства нормализуется. В то же время в эти сроки рубцы ещё незрелые, а у некоторых пациентов по утрам ещё сохраняется пастозность тканей, включающих в себя рыхлую жировую клетчатку. Отдалённые результаты операции оценивают через 6-12 месяцев, когда послеоперационные рубцы уже достаточно зрелые.

Особое значение для пациентов имеют стабильность полученного омолаживающего эффекта и продолжительность периода его сохранения. Отметим, что точная оценка «стабильности» результата операции в принципе исключительна трудна, если вообще возможна, так как лицо (как и весь человек) постоянно стареет. Периодом полной утраты результата может считаться то время, в течение которого лицо возвращается к своему исходному состоянию. С другой стороны, без операции за это же время возрастные изменения тканей лица, несомненно, продолжали бы развиваться, что отражает условность понятия «возврат к прежнему состоянию». Поэтому не будет преувеличением сказать, что омолаживающие операции на лице создают «разницу в возрасте» на всю оставшуюся жизнь.

### Омолаживающая хирургия верхней части лица

#### История и показания к операции

В настоящее время установлено, что веки, брови и лоб следует рассматривать как единое целое и составлять план вмешательства с учётом всего комплекса косметических проблем. Основанием для выполнения операции данной группы являются:

- выраженные мимические морщины на лбу и в области переносицы;
- птоз бровей с хорошо выраженными «гусиными лапками» и уменьшением расстояния между бровями и верхними веками;
- более выраженные возрастные изменения в верхней части лица (по сравнению с нижней).

Наиболее часто показания для изолированной подтяжки кожи лба возникают в относительно молодом возрасте у пациентов, индивидуальной особенностью которых является развитие процессов опущения тканей начиная с верхней трети лица. В возрасте 40–45 лет и позже, как правило, есть основания для подтяжки тканей лица на всех уровнях.

Смещение брови вверх и натяжение кожи на висках приводят к расправлению тканей верхнего века, сглаживанию морщин и улучшению контуров глазной щели. Понимание этого стало основанием для выполнения обычной лобно-височной подтяжки. Однако её результаты были не вполне удовлетворительными как по масштабам вносимых хирургом изменений, так и по срокам их сохранения.

Серьёзное улучшение результатов омолаживающих операций на верхней половине лица произошло с началом использования субпериостальной техники, предложенной R.Tessier в 1979 г.

Данное вмешательство предполагало подъём мягкотканно-надкостничного комплекса тканей окологлазничной, скуловой и верхнечелюстной областей лица вверх путём поднадкостничной отслойки тканей в этих зонах распатором с их фиксацией в положении репозиции постоянными швами.

Впоследствии и другие авторы совершенствовали технику этих операций и рекомендовали её к использованию. Однако существенного улучшения позиции тканей достигли далеко не всегда вследствие ригидности смещаемой вверх надкостницы.

В 1991 г. R. de La Plaza предложил выпол-

нить одномоментную подтяжку тканей лба, височной области и средней трети лица с их разделением между ПМФС и надкостницей. Эта высокоэффективная операция получила название супрапериостальной подтяжки верхних двух третей лица или подтяжки лобно-височной околоорбитальной ПМФС.

#### Подтяжка кожи лба (классический вариант)

Данное вмешательство в изолированном варианте целесообразно прежде всего у более молодых пациентов с возрастными изменениями преимущественно в верхнем отделе лица. При более выраженном птозе тканей предпочтение может быть отдано более обширному вмешательству.

Техника операции. Коронарный доступ планируют на расстоянии примерно 5-7 см за линией роста волос. Он никогда не является прямой линией, соединяющей височные области.

У пациентов с очень короткой стрижкой разрез делают в виде зигзагообразной линии с рассечением кожи в поперечном росте волос направлении. В послеоперационном периоде стержни волос пробивают линию рубца, чем достигается его максимальная маскировка.

При значительной высоте лба центральный участок разреза кожи смещают к передней линии роста волос. В этом случае максимально скрыть послеоперационный рубец позволяет использование следующих хирургических приёмов:

- разрез кожи проходит по передней линии роста волос, повторяет её изгибы и имеет форму неправильной ломаной линии;
- рану на этом участке закрывают послойно с наложением следующих видов шов:

а) глубокие разгружающие кожные швы на апоневроз – ПДС № 3/0 (узловые или непрерывные);

б) промежуточные внутридермальные сопоставляющие швы викрилом № 9 4/0 (узловые или непрерывные);

в) микросопоставляющий непрерывный обвивной шов на кожу этиленом № 6/0, который удаляют не позже 5-го дня.

Разрез кожи выполняют с пересечением сухожильного растяжения черепа, а в височных областях – до глубокой височной фасции. Коронарный лоскут формируют на уровне слоя рыхлой клетчатки, отделяющей надкостницу от поднимаемых тканей. Отслойку производят скальпелем до уровня надбровных дуг.

Далее, в области переносицы, спинки носа и надглазничных сосудисто-нервных пучков ткани прецизионно разъединяют ножницами с идентификацией нервов и мышц, сморщивающих брови. Последние в большинстве случаев подлежат резекции. При этом следует учитывать, что удаление обширного участка мышц может привести к формированию видимого контурного дефекта тканей.

Именно поэтому мышцы следует удалить только в месте их начала у кости. Резекцию мышц гордецов выполняют ещё реже. Её удаляют (коагулируют) на уровне переносицы на небольшом протяжении. Избыточная

резекция мышцы также приводит к образованию вдавления кожи, трудно поддающегося косметической коррекции.

Как известно, наличие глубоких горизонтальных морщин в центральной части лба обусловлено работой лобных мышц, удаление которых в ходе данной операции позволяет получить хороший косметический эффект. Однако уменьшение активной мимики лба устраивает далеко не всех пациентов. Именно данное обстоятельство во многих случаях останавливает хирурга в желании получить гладкий «чистый» лоб. Если необходимость данной процедуры не вызывает сомнений, то резекцию лобных мышц производят следующим образом.

На внутренней поверхности коронарного лоскута размечают один центральный и два боковых участка иссечения мышцы с таким расчётом, чтобы впереди зона иссечения не доходила до верхнего края глазницы на 1,5 см, а в боковых зонах лба остались две интактные вертикальные полосы тканей, содержащие надглазничные сосудисто-нервные пучки. Как правило, высота резецируемых участков не превышает 3 см. Удаление мышц выполняют скальпелем или электроножом до подкожной жировой

клетчатки.

Как альтернатива прямой резекции мышц может использоваться способ пересечения их волокон на нескольких уровнях. Однако данный вариант не позволяет полностью расправить складки и морщины в области лба. Кроме того, сократимость некоторых участков мышц сохраняется, что может привести к несимметричному наморщиванию лба.

После заключительной остановки кровотечения рану промывают растворами антисептиков и коронарный лоскут укладывают в его ложе. Затем с помощью маркировочного зажима определяют длину иссекаемого участка тканей на трёх линиях натяжения, которые проходят строго по средней линии лба и кнаружи в обе стороны от неё на расстоянии 5–7 см.

Натяжение по центральной линии обеспечивает расправление кожи лба над переносицей и подъём внутренних участков бровей, а натяжение боковых участков лоскута – устранение птоза наружных отделов бровей. Коронарный лоскут фиксируют в обозначенных точках прочными швами с обязательным прошиванием апоневротического слоя. Затем иссекают кожу между фиксационными швами и без натяжения фиксируют края раны танталовыми швами с помощью степплера.

Дренирование осуществляют активными или пассивными системами. В конце операции накладывают давящую повязку на всю поверхность лба. Скобки снимают через 8–10 дней, а фиксационные швы удаляют через 3 недели с момента операции. При наложении глубоких швов на апоневроз этот срок может быть сокращён до 2 недель.

#### Супрапериостальная подтяжка тканей верхних двух третей лица

Супрапериостальная подтяжка тканей верхних двух третей лица заключается в подтяжке кожи лба, бровей, а также височной и скуловой областей. Содержание операции обосновывают следующими теоретическими положениями.

1. Разделение тканей при субпериостальной технике сопровождается значительной травмой надкостницы и может привести к развитию атрофии костной ткани.

2. Периост неэластичен и при натяжении смещается на относительно малое расстояние; ПМФС же менее прочно фиксирована к надкостнице, чем периост к кости.

3. При субпериостальной подтяжке тканей происходит смещение точек фиксации скуловых мышц вверх вместе с надкостницей; при длительном натяжении тканей это может привести к фиброзу мышечных волокон и уменьшению их сократительной способности, что может отрицательно повлиять на выразительность мимики средней части лица в целом.

4. Как правило, получаемое смещение надкостницы в вертикальном направлении недостаточно для расправления тканей в окологлазничной области; улучшение результата может быть достигнуто путём нанесения послабляющих разрезов на надкостнице с частичным наднадкостничным



подъёмом тканей, что существенно увеличивает травматичность вмешательства.

5. При субпериостальной технике неизбежное смещение точек фиксации мышц требует для закрепления эффекта подтяжки иммобилизации тканей минимум на 2–3 недели, что практически обеспечить невозможно, поэтому сокращение мышц в ближайшем послеоперационном периоде может привести не только к утрате коррекции, но и к сближению точек прикрепления мышц по сравнению с их исходным состоянием.

6. Возрастное смещение мягкотканного комплекса вниз под действием силы тяжести происходит над костными структурами, поэтому обратное смещение тканей вверх над надкостницей успешно устраняет глубокие складки лба, эффективно поднимает брови, круговую мышцу глаза с веками, ликвидирует кожно-мышечный птоз в наружной части глазницы и расправляет морщины «гусиной лапки».

В настоящее время супрапериостальная подтяжка верхних двух третей лица считается наиболее эффективной омолаживающей операцией, часто проводимой в сочетании с блефаропластикой. К её преимуществам относят не только эффективность устранения птоза бровей и кожи лба, но и возможность подтяжки тканей средней части лица. При этом эффект подтяжки в определённой степени передаётся и на область щёк.

#### Хирургическая техника

Данный вариант коррекции возрастных изменений лица предполагает:

- подтяжку бровей и кожи лба;
- устранение блефарохалазиса (избыточного нависания кожи под бровью над верхним веком);
- уменьшение выраженности кожных линий надпереносья, в том числе за счёт иссечения мышц, сморщающих брови, и мышц гордецов;
- уменьшение поперечных морщин лба, в том числе путём резекции (пересечения) лобной мышцы;
- эффект ограниченной по величине подтяжки верхней и средней частей щеки;
- наружную кантопексию;
- уменьшение выраженности подглазничной борозды;
- лёгкую подтяжку кончика носа за счёт смещения кожи спинки носа вверх.

Операцию начинают с коронарного доступа с отслойкой тканей над надкостницей в центральной части разреза и над глубокой височной фасцией – в боковых отделах скальпа и лбу.

Примерно на 1-2 см кнаружи и вниз от линии прикрепления височной мышцы хирург разделяет ткани сразу над поверх-

ностным листком глубокой фасции, который покрывает межапонеуротическое жировое тело височной области. Ткани разъединяют максимально осторожно до уровня передних двух третей арки височно-скуловой дуги с последующим переходом кпереди и вниз на всю поверхность тела скуловой кости.

При нарушении уровня разделения тканей возможно, с одной стороны, повреждение лобной ветви лицевого нерва, проходящего в поверхностной височной фасции, с другой – травматизация жировой ткани, расположенной под поверхностной пластинкой глубокой височной фасции. Отметим, что проникновение инструментов хирурга под поверхностный листок глубокой фасции и последующая отслойка тканей в каудальном направлении являются более безопасным вариантом проведения данного этапа операции (по отношению к лобной ветви лицевого нерва).

Однако неизбежная травматизация жировой клетчатки с последующим рубцеванием тканей сопровождается уменьшением их объёма и в некоторых случаях может привести к появлению заметного вдавления над височно-скуловой дугой.

Если одновременно с этим вмешательством выполняют подтяжку кожи лица и шеи, то в височной зоне образуется два уровня разделения тканей: надфасциальный и подфасциальный. Между ними расположен так называемый промежуточный фасциальный слой, в котором заключена лобная ветвь лицевого нерва.

Разъединение тканей в глубоком слое раны височной области осуществляется до верхнего края орбиты и дуги височной кости. Однако его не следует расширять ниже задней трети арки височно-скуловой, чтобы избежать прямого повреждения лобной ветви лицевого нерва.

Далее ткани отслаивают супрапериостально в направлении средней части лица в окологлазничную и скуловую зоны. В 1 см от наружного угла орбиты находятся перфорирующие сосуды, проходящие от височной мышцы к ПМФС. Их идентифицируют и коагулируют. Ещё более каудально и кнаружи обнаруживают височно-скуловую сосудисто-нервный пучок, который следует по возможности сохранить, так как его пересечение ведёт к ухудшению чувствительности кожи в височно-скуловой области.

В последующем отслойка тканей может быть продолжена на верхнечелюстную область в направлении щеки. Это относительно безопасное разделение тканей производят над поверхностью верхней челюсти, над зоной прикрепления скуловых мышц и далее в толще жирового тела щеки. С учётом расположения подглазничного отверстия и

зоны выхода нижеглазничного нерва ткани разъединяют тупым способом ниже точки его проекции.

Важным и обязательным компонентом операции является пересечение прочных фиброзных перемычек в области верхней наружной части глазницы, идущих от ПМФС к надкостнице. Только после этого бровь становится мобильной и легко смещается вверх.

При наличии избыточно нависающего наружного костного края орбиты он может быть резецирован с помощью фрезы. Для этого надкостницу над выступающим верхненаружным участком глазницы поднимают костным распатором и после субпериостальной обработки кости укладывают обратно.

При разделении тканей до верхнего края глазницы хирург получает возможность проникновения через фасциальную перегородку, отделяющую полость глазницы от круговой мышцы глаза. Перегородку рассекают непосредственно вблизи костного края, в результате чего в рану выпячивается внутриорбитальная жировая ткань. Избыток последней может быть легко удалён, за исключением участка, расположенного на уровне надглазничного сосудисто-нервного пучка. Поэтому внутренний жировой карман верхнего века вскрывают чаще всего в ходе верхней блефаропластики.

В ходе операции идентифицируют и удаляют мышцы, сморщающие брови, и мышцу гордецов. При необходимости ткани разъединяют над переносицей и спинкой носа, что позволяет устранить в этой зоне опущение кожи и тем самым улучшить позицию кончика носа.

По показаниям может быть выполнено увеличение объёма тканей скуловой области с помощью силиконового имплантата. В этом случае каудальная граница разделения тканей в скуловой области должна соответствовать размерам кармана для имплантата.

После формирования лоскута и промывания раны раствором антисептика пространство над скуловой костью дренируют с помощью активной дренажной системы и приступают к фиксации тканей в положении подтяжки. При этом линия натяжения тканей в средней и верхней частях лица должна проходить преимущественно в вертикальном направлении. Перемещение височной части лоскута в краниальном направлении может быть значительным и обычно составляет 2-3 см.

Считается, что избыточное натяжение лоскута может стать причиной нарушения функции лобной ветви лицевого нерва. Отметим, что натяжение лоскута приводит и к

смещению наружного кантуса, что при необходимости позволяет придать глазной щели более раскосый вид. В послеоперационном периоде эти явления уменьшаются за счёт частичной потери коррекции.

Фиксационные швы накладывают нерассасывающимся шовным материалом (мерсилон № 2/0) в проекции передней линии роста волос височной области (между внутренней поверхностью коронарного лоскута и глубокой височной фасцией).

Как правило, для полного расправления тканей в скуловой и верхнечелюстной областях достаточно 3-4 прочных швов на каждой стороне.

На заключительном этапе операции иссекают избыток коронарного лоскута таким образом, чтобы шов кожи на скальпе был выполнен без натяжения. На рапу накладывают танталовые скобки с помощью степплера. Благодаря переносу натяжения на глубокие структуры на коже формируется тонкий малозаметный рубец, который в процессе созревания не гипертрофируется и не растягивается.

Заключительный этап операции имеет существенные отличия у пациентов с относительно высоким лбом (в среднем более 5,5 см), когда центральную часть доступа располагают по передней линии роста волос.

#### Результаты

При тщательно отработанной технике данная операция безопасна и значительно более эффективна, чем обычная подтяжка кожи лба. По сути дела, данное вмешательство является лобно-височной подтяжкой и оказывает достаточно существенное влияние на ткани среднего отдела лица, подтягивая их в краниальном направлении. С другой стороны, с течением времени под действием силы тяжести и работы мимической мускулатуры всегда наступает частичная потеря достигнутой коррекции. Именно поэтому окончательный результат операции оценивают, спустя 6 месяцев, когда рубцы становятся более зрелыми.

Среди типичных осложнений необходимо отметить иногда возникающие односторонние парезы лобной ветви лицевого нерва. Как правило, это состояние проходит в течение 10–50 дней с момента операции без дополнительного лечения.

**Сергей ШВЫРЁВ,**  
**пластический хирург,**  
**врач высшей категории,**  
**действительный член Российского общества**  
**пластических,**  
**реконструктивных и эстетических**  
**хирургов России,**  
**Международного общества**  
**эстетических пластических хирургов.**

## Применение метода дозируемой гипоксической стимуляции у лиц пожилого возраста

**В основе старения любого живого организма лежат два взаимосвязанных процесса: постепенное снижение адаптационного потенциала (способности приспосабливаться к изменениям внешней среды) и угасание биологических функций всех органов и систем за счёт структурных изменений и уменьшения возможности их восстановления в чрезвычайных случаях.**

Согласно адаптационной концепции, жизнь – это непрерывный процесс приспособления организма к изменениям внешней среды. В молодом возрасте организм легко и быстро приспосабливается к негативным условиям, в старости – уже не может в полной мере противостоять внешним воздействиям.

Старение приводит к неуклонному снижению практически всех функций организма. А это значительно ограничивает его способность адаптироваться к изменениям и компенсировать нарушенные функции, что может привести к выходу жизненно важных показателей за пределы, обеспечивающие сохранение постоянства внутренней среды организма, и развитию патологии.

Течение патологических процессов в старческом возрасте во многом отличается от такового в более молодом. В связи со значительным уменьшением резервных возможностей старого организма степень компенсаторных процессов, гипертрофии и регенерации менее выражена. Это делает организм в старости более уязвимым, менее способным к борьбе с болезнью. После достижения определённого критического возраста способность к адаптации снижается настолько значительно, что развиваются

необратимые повреждения, и организм неминуемо погибает если не от одной, так от другой причины.

Теоретические расчёты показывают, что если бы у человека при уровне вредностей, соответствующем современному, приспособляемость и сопротивляемость различным видам стресса сохранились на максимальном уровне, который был у него в 11-летнем возрасте, то почти половина ныне живущих людей могла бы надеяться прожить до 800 лет, а максимальная продолжительность жизни достигала бы 2000 лет. Но это далеко не так, и лишь очень редкие лица доживают до 100 лет.

При старении происходят закономерные изменения всех органов и систем, и в первую очередь сердечно-сосудистой и дыхательной. Снижение функции внешнего дыхания не только создаёт предпосылки для развития лёгочной патологии, но и приводит к развитию хронической гипоксии, которая, в свою очередь, становится пусковым механизмом для развития многих возрастных заболеваний. В результате уменьшения мощности сердечной мышцы (ударного и минутного объёма крови), увеличения периферического сопротивления сосудов и, соответственно, артериального давления, уплотнения центральных и периферических сосудов снижается транспортная функция аппарата кровообращения. Всё это в сочетании со сниженной функцией внешнего дыхания приводит к развитию хронической гипоксии, которая, в свою очередь, является патогенетическим фактором в развитии большинства возрастных заболеваний.

Перспективным методом повышения адаптивных реакций и коррекции гипоксических сдвигов в старости является управ-

ляемая гипоксическая стимуляция.

Метод управляемой гипоксической стимуляции основывается на развитии в организме комплекса приспособительных реакций: в ответ на гипоксический стимул включаются механизмы адаптации и регуляции системы дыхания и кровообращения. Усиливается эффективность всех звеньев транспорта кислорода: увеличивается жизненная ёмкость лёгких, активируется дыхание и системный кровоток, улучшается микроциркуляция, на уровне клеток повышается активность дыхательных ферментов и антиоксидантных систем.

Этот не медикаментозный метод практически не имеет противопоказаний и широко применяется в различных областях медицины (методические рекомендации «Нормобарическая гипокситерапия». Москва, 1994).

**Целесообразность применения у лиц пожилого возраста:**

А. Медицинские показания (лечение и реабилитация).

В. Профилактика развития возрастных заболеваний.

С. Улучшение качества жизни, увеличение социальной активности.

#### Медицинские показания

**1. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ):** гипертоническая болезнь, ИБС, включая стенокардию напряжения, инфаркт миокарда на этапе реабилитации, постинфарктный кардиосклероз

- повышение толерантности к физической нагрузке: увеличение продолжительности нагрузки и её пороговой мощности;
- уменьшение количества эпизодов и обшей продолжительности ишемии;

- снижение артериального давления;
- снижение уровня триглицеридов, холестерина;
- снижение количества наджелудочковых и желудочковых экстрасистол;
- уменьшение частоты приёма антиангинальных и гипотензивных средств;
- снижение уровня фатальных осложнений у пациентов с инфарктом.

**2. Цереброваскулярные заболевания:** инсульт на этапе реабилитации, дисциркуляторная энцефалопатия, транзиторные ишемические атаки (ТИА), сосудистая деменция, мигрень, церебробазилярная недостаточность

- уменьшение количества эпизодов ТИА;
- уменьшение количества эпизодов и интенсивности головной боли;
- уменьшение количества эпизодов и интенсивности головокружения;
- улучшение интеллектуально-мнестических процессов;
- снижение уровня фатальных осложнений у пациентов с инсультом.

**3. Хронические обструктивные заболевания лёгких (ХОБЛ)**

- уменьшение количества и выраженности астматических приступов;
- улучшение показателей функций внешнего дыхания;
- уменьшение одышки при нагрузке.

*(Окончание следует.)*

**Олег ГЛАЗАЧЁВ,**  
**доктор медицинских наук,**  
**профессор.**

**Галина СПИРИНА,**  
**кандидат медицинских наук.**

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



Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова выступила на открытии Всемирного форума по вопросам женского здоровья и развития, который проходит в Нью-Йорке в штаб-квартире ООН. Она рассказала о тех мерах, которые принимаются сегодня в России для укрепления здоровья женщин.

– Не вызывает сомнения тот факт, что благополучие любой нации, её экономический, человеческий и культурный потенциал во многом зависят от положения женщины в обществе, от её возможности реализовать свой потенциал, – считает Вероника Скворцова. – Отношение государства к созданию достойных условий жизни женщин, возможности их самовыражения и самореализации отражает зрелость общества, уровень его развития.

Инвестиции капитала и интеллекта в женское здоровье позволяют не только повысить качество жизни женщин, но и способствуют улучшению демографической ситуации в стране и, в конечном итоге, процветанию её народа.

Поэтому неслучайно в современном мире правительства, гражданское общество, международные организации уделяют большое внимание обеспечению прав женщин, включая первейшее право – право на наивысший достижимый уровень здоровья.

В Российской Федерации охрана здоровья девочек и женщин, их образование, социальная поддержка являются одним из приоритетов государственной политики.

Наша страна выполнила 4-ю и 5-ю Цели развития тысячелетия ООН, существенно снизив показатели материнской и детской смертности – в 4,5 и 3 раза соответственно. В 2014 г. нами достигнут национальный исторический минимум по данным показателям.

Важно подчеркнуть, что вся медицинская помощь, оказываемая женщинам и детям в Российской Федерации, связанная, в том числе, с беременностью и родами, является полностью бесплатной, включая самые сложные высокотехнологичные методы лечения,

В центре внимания

# Право на здоровье

Медицинская помощь для женщин и детей в России бесплатна



беременной женщины. В перинатальных центрах концентрируются все сложные случаи, глубоко недоношенные дети.

В 2015-2016 гг. мы планируем дополнительно ввести в строй 32 перинатальных центра в 30 регионах страны.

Активно внедрена комплексная пренатальная, в том числе молекулярно-генетическая, диагностика, и сегодня более 77% женщин охвачено бесплатным пренатальным скринингом, что в 3 раза больше, чем 3 года назад.

такие как фетальная хирургия, трансплантация органов и тканей и др.

Для обеспечения равной доступности всех видов медицинской помощи, вне зависимости от проживания человека, в каждом регионе страны создаётся 3-уровневая система её оказания по каждому медицинскому профилю с едиными для всей страны требованиями к своевременности и качеству помощи.

Трёхуровневая система родовспоможения координируется из федеральных и региональных высокотехнологичных перинатальных центров, активно monitorирующих каждую беременность на прикрепленной территории и определяющих оптимальную маршрутизацию госпитализации

Бесплатный неонатальный генетический и аудиологический скрининг проходят более 95% новорождённых, что позволяет выявлять наследственные заболевания и своевременно предоставлять заместительную медикаментозную терапию, а при выявлении нарушений слуха – проводить операции кохлеарной имплантации (около тысячи в год).

Отдельная задача – обеспечить здоровое материнство женщинам из групп риска, в том числе живущим с ВИЧ. Сегодня в России практически полностью удалось остановить вертикальную передачу ВИЧ: более 96% детей, матери которых инфицированы, рождаются здоровыми.

Успешно вынашивают беременность женщины, страдающие тяжёлым сахарным диабетом, а

также перенёвшие трансплантацию органов.

Два года назад в Российской Федерации была возрождена широкомасштабная программа диспансеризации – направленных диагностических скринингов, в которой уже приняли участие более 75 млн человек. Программа проводится в ежегодном режиме для детей до 18 лет и по специально разработанным регламентам для взрослых разных возрастных групп. Она включает все необходимые лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов и является основой для проведения индивидуализированной профилактики заболеваний по стратегии «высокого риска» и раннего их выявления.

Так, активная ранняя (на I-II стадиях) выявляемость злокачественных новообразований репродуктивной сферы у женщин повысилась с 50 до 70-80%, что сохранило жизнь более 15 тыс. женщин, своевременно получивших комплексную медицинскую помощь.

Особое значение для обеспечения права на наивысший достижимый уровень здоровья имеет расширение доступа каждого человека к инновационным биомедицинским технологиям, среди которых технологии персонализированной медицины, клеточные и тканевые продукты, молекулярно-генетические тест-системы.

Становятся всё более доступными вспомогательные репродуктивные технологии. Количество проводимых в России процедур экстракорпорального оплодотворения за последние 5 лет увеличилось более чем в 7 раз.

Весь комплекс проводимых мер по охране материнства и детства привёл к значительному

повышению рождаемости в современной России, приросту численности населения страны. Продолжительность жизни женщин увеличилась до национального исторического максимума – 76,5 года и продолжает поступательно повышаться.

Мы рады, что сегодня международным медицинским сообществом востребован позитивный российский опыт. За 3 года в 12 российских тренинговых центрах, оснащённых высокотехнологичным симуляционным оборудованием и виртуальными технологиями, прошли обучение и повысили свою квалификацию более 800 врачей из 18 стран мира.

Проблема охраны женского и детского здоровья может решаться лишь на общенациональной межведомственной основе с привлечением всего гражданского общества. Наряду с чёткой работой медицины и здравоохранения в России особое внимание уделяется вопросам занятости женщин, охраны их труда, предоставления льгот и социальной поддержки, помощи в получении образования и уходе за детьми.

В ходе сегодняшнего форума нам предстоит обсудить основные вызовы, связанные с улучшением здоровья женщин, а следовательно, и с улучшением здоровья новых поколений человечества.

Уверена, что, консолидировав усилия международного сообщества, правительств и неправительственных организаций, все вместе мы сможем достичь значительных успехов в этом важнейшем и благородном деле.

Подготовил  
Павел АЛЕКСЕЕВ.  
МИА Сито!

Перспективы

## «Скорая» — это престижно

Эта служба в Москве в почёте и у врачей и у пациентов

«По итогам прошлого года средняя зарплата у врача «скорой» составила около 97 тыс. руб., у фельдшера – около 70 тыс. Это зависит от стажа работы и квалификации, – заявил главный врач Московской станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.Пучкова Николай Плавун. – Недостатка кадров на «скорой» нет. Наша укомплектованность на сегодня – более 90%», – добавил он.

По статистике, средний возраст врачей, работающих на «скорой», составляет 40-45 лет, примерно половина всех фельдшеров – младше 35. В Департаменте здравоохранения Москвы уверены, в ближайшее время в Москве не планируется массовых сокращений врачей скорой помощи.

«Только в прошлом году мы приняли на работу около 250 молодых специалистов – как с высшим, так

и со средним специальным медицинским образованием. Как показывает практика, отсеив в течение первых 2 лет составляет не более 10%. Люди остаются. Работа у нас напряжённая, но тем не менее недовольных почти нет», – подчеркнул Н.Плавун.

Штат сотрудников Станции им. А.С.Пучкова насчитывает 10 тыс. человек. Соотношение врач/фельдшер составляет 1 : 4 – 2 тыс. докторов и 8 тыс. среднего медперсонала.

Наряду с этим сообщается, что врачи городских поликлиник



Николай Плавун

будут оказывать консультативную помощь населению по телефону. «Столичный Департамент здравоохранения планирует создать в

отделениях неотложной помощи свои консультативные пульты, которые будут решать вопросы тактики лечения непосредственно больных с хроническими заболеваниями, например, по дозировкам препаратов, – отметил Н.Плавун. – Наряду с нашими специалистами консультировать население будут заведующие отделениями и терапевты поликлиник, в которых находятся диспетчерские центры неотложной помощи», – добавил он.

Ежегодно на «скорую» поступает около 1,3 млн обращений за консультацией. В этой связи было увеличено количество врачей для оказания консультативной помощи населению. Кроме того, в наступившем году между столичными бригадами «скорой» и «неотложной» помощи появится единое информационное пространство.

«Сегодня мы видим на мониторе все бригады для взрослого населения и можем контролировать их работу и срок выполнения вы-

зова, который составляет 2 часа. В самое ближайшее время данная технология будет перенесена и на детские бригады. Таким образом, мы завершаем эту работу полностью. Вскоре на экране компьютера будут видны бригады не только взрослой, но и детской неотложки, – пояснил Н.Плавун. – Если раньше диспетчер сидел в каждой поликлинике, то теперь в каждом округе Москвы есть единый центр для взрослого населения и все вызовы принимаются по одноканальному телефону. Тоже очень удобно работать. Мы уже приступили к такому же проекту по детским «неотложкам», – добавил он.

«Скорая» и «неотложка» работают как единое целое. Всего в Москве работает 190 бригад неотложной помощи: 101 взрослая и 89 детских.

«Главная задача скорой помощи – это прибыть на экстренные вызовы, задачей же «неотложки» является прибытие и оказание медпомощи, чтобы состояние не превратилось в экстренное. Таким образом, благодаря перераспределению вызовов «неотложка» даёт нам возможность прибыть на экстренный вызов быстрее», – резюмировал Н.Плавун.

Марк ВИНТЕР.  
МИА Сито!

Москва.



После XXII зимних Олимпийских игр в Сочи прошёл год, но это событие было поистине грандиозным, и вся страна до сих пор переживает восхитительные моменты головокружительных побед наших спортсменов. Медицинское же сообщество по праву гордится своими коллегами из Федерального медико-биологического агентства, которые умело наладили медицинское и медико-биологическое обеспечение спортсменов. Без сомнения, те самые доли секунды, которые помогли нашим спортсменам одержать победу, зависели от индивидуального физического состояния каждого из олимпийцев, без этого высокие достижения в современном спорте не представляются возможными. Особое значение здесь придаётся зрению. Взаимосвязь между спортивными результатами и функциональным состоянием зрительного анализатора очевидна, ведь 90-95% всех физических движений контролируются визуально. Именно коррекция зрения занимают офтальмологи центрального отделения микрохирургии глаза клинической больницы № 86 ФМБА России. Его возглавляет один из самых авторитетных специалистов-офтальмологов российского здравоохранения, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, профессор кафедры офтальмологии Юрий ГУСЕВ. С ним беседовала корреспондент «МГ» доктор медицинских наук Наиль САФИНА.

– Юрий Александрович, как вы считаете, лишней раз смахнуть слезу, чтобы она не мешала выполнению физических упражнений вне зависимости от погоды, действительно может стоить победы на Олимпиаде?

– Однозначно, даже не обсуждается. Блестящие результаты абсолютно в любом виде спорта – это такое состояние глазного аппарата, которое даёт возможность не только чётко видеть, но и не отвлекать спортсмена из-за физиологического слезоотделения при ветре, на солнце и в непогоду.

Но не надо думать, что у нас узкая специализация в виде наблюдения за олимпийцами и их лечение. Работа со спортсменами – это малая часть того объёма медицинской помощи, включая и высокотехнологичную, которую мы оказываем ещё и прикрепленному контингенту с населением. ФМБА осуществляет санитарно-эпидемиологическое обеспечение лиц, работающих в особо опасных условиях труда. В прошедшем году в отделении пролечено почти 30 ветеранов Великой Отечественной войны, более 120 спортсменов из сборных команд России, а в совокупности проведено более 3,5 тыс. операций. По профилю высоких технологий в 2014 г. нашим отделением было оказано более 900 оперативных вмешательств. Как сказала Вероника Игоревна Скворцова, объёмы финансирования высокотехнологичной медицинской помощи в 2015 г. будут увеличены более чем на 30 млрд руб. Будем надеяться, что это коснётся и нашего профиля.

– Давайте немного отвлечёмся от серьёзного разговора. Вам всегда хотелось стать именно офтальмологом?

– Я родился в семье врача. Мой отец, Александр Фёдорович Гусев, посвятил свою жизнь урологии. Первоначально я хотел идти по стопам отца и в 1978 г. поступил в Московский стоматологический институт с мечтой стать хирургом. Однако в студенческие годы я встретил на своём пути Святослава Николаевича Фёдорова. Близкое общение с классиком офтальмологии, чьё имя уже тогда было известно всему мировому медицинскому сообществу, круто изменило мои профессиональные пристрастия, переведя их в сферу офтальмологии. Будучи студентом, я начал с большим энтузиазмом посещать офтальмологический кружок, что и предопределило дальнейшее обучение в интернатуре МНТК «Микрохирургия глаза». Так как процесс строи-

шагом вперёд, возможно, будет внедрение роботов.

В те годы мы, конечно, и не мечтали об этом. Я вплотную занимался изучением осложнений операций на глазах, одновременно сотрудничая в научном плане со специалистами НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи и экспериментируя на лабораторных животных. Результатом научно-клинических исследований стала защита кандидатской диссертации «Хирургическое лечение послеоперационных воспалительных процессов». До 1997 г. я работал в МНТК «Микрохирургия глаза». Затем перешёл на работу в центральное отделение микрохирургии глаза клинической больницы № 86

операции. В последние годы эта проблема становится всё более актуальной. Количество пациентов с катарактой, которым ранее было выполнено то или иное рефракционное вмешательство по поводу миопии, велико уже сейчас и продолжает расти.

– Я помню, 80-90-е годы прошлого века было очень популярным нанесение так называемых насечек на роговицу...

– Даже ещё раньше. Самой первой массовой рефракционной операцией при миопии была радиальная кератотомия, о которой вы сейчас говорите. Она проводилась во всём мире начиная с 1970-х годов и наибольшую популярность приобрела именно в России. Согласно

хирургических систем при выполнении глазных операций. Первой задачей являлось наложение роговичных и склеральных швов. Исследования проводились на энуклеированных свиных глазах. Некоторые этапы наложения роговичного шва, такие как прохождение иглы сквозь ткани по ровной дуге и завязывание узлов, были выполнены успешно, однако установка иглы в иглодержатель и обрезание швовой нити требовали помощи человека. Безусловно, хорошая визуализация очень важна в хирургии, и первоначально при проведении экспериментов было непонятно, как достичь адекватной визуализации в глазной хирургии при использовании классического дизайна эндоско-

## Авторитетное мнение

# Эти глаза напротив...

В чём специфика работы современного офтальмолога и каковы перспективы коррекции зрения – в беседе с известным специалистом



тельства клиники в 1984 г. ещё не был завершён окончательно, то я посвящал своё время не только учебному процессу, осваивая премудрости офтальмологии в отделе патологии оперированного глаза и хирургического лечения диабетической ретинопатии, но и помощи в оснащении и оборудовании операционных. Электроприборы и всё, что связано с электроникой, ещё со школьной скамьи было моим хобби. В процессе учёбы в интернатуре мне удалось создать свой собственный прибор для измерения давления в эписклеральных сосудах. Но всё же основное время занимала работа в операционной, где я ассистировал опытным хирургам и активно осваивал самые современные виды офтальмохирургии. Надо отметить, ежедневное ассистирование представляло изнурительный труд в силу специфики офтальмологических хирургических вмешательств. В последние годы инновации в офтальмологии, связанные с внедрением микрохирургических разрезов и разработкой машин для факоэмульсификации и витрэктомии, развиваются настолько стремительно, что следующим важным

ФМБА, которое возглавляю с 2007 г. по настоящее время. Мне всегда нравилось отрабатывать собственные методики, что и нашло отражение в результатах докторской диссертации по теме «Современные аспекты вискохирургии в офтальмологии», защищённой в 2009 г.

– Совсем недавно отмечался День российской науки, и премьер-министр Дмитрий Медведев заявил: «Правительство уделяет особое внимание модернизации сектора науки... организации работы научных коллективов и, конечно, поддержке перспективной молодёжи, которая стремится воплощать свои идеи и проекты именно в России и для России». А у вашего коллектива есть такая возможность воплощать свои идеи?

– Ищем и будем искать эти возможности. В настоящее время для нас является очень важным разработать и внедрить в клиническую практику новое компьютерное программное обеспечение, которое бы позволило производить расчёт оптической силы интраокулярной линзы у пациентов с катарактой, перенёсших кераторефракционные

литературным данным, только в системе МНТК «Микрохирургия глаза» к 2000 г. было выполнено свыше 600 тыс. таких операций. В настоящее время данный контингент пациентов вступил в возраст, в котором начинает развиваться катаракта. Следует отметить, что пациенты, перенёсшие рефракционные вмешательства, особенно требовательны к качеству зрения и после экстракции катаракты ожидают получить высокую остроту зрения без коррекции. Однако клинический опыт показал, что точность расчёта силы интраокулярной линзы у данного контингента составляет серьёзную проблему. После удаления катаракты такие пациенты далеко не всегда получают желаемый результат. Нередко в послеоперационном периоде у них наблюдается нежелательный гиперметропический сдвиг. Наиболее точным в настоящее время методом расчёта силы интраокулярной линзы после кераторефракционных операций признан метод двойной кератометрии, использующий данные клинического анамнеза пациента по рефракции. Мы продолжаем работать над созданием нового компьютерного программного обеспечения, позволяющего производить расчёт оптической силы интраокулярной линзы на основании собственного универсального алгоритма вычисления с учётом поправочных коэффициентов и топографии изменённой после рефракционных операций роговицы. Это даст возможность спрогнозировать наиболее приемлемую локализацию и размер основного операционного разреза и парacentезов, создать интерфейс программы с возможностью получения данных не только в цифровом, но и в графическом представлении.

– Всё же хочу вернуться к теме роботов в офтальмологии. Как мы знаем, роботизированная хирургия внедрена в столичном здравоохранении. Неужели глаз тоже можно доверить роботу?

– В 2006 г. группа исследователей из США начала изучать возможности роботизированных

па роботизированной системы. Сейчас же установлено, что этот робот обеспечивает достаточный охват поля зрения и глубину восприятия для проведения экстраокулярных операций. Известно, что с применением роботизированной системы успешно была выполнена сквозная кератопластика на свиных и человеческих глазах без каких-либо затруднений. Как оказалось, анатомический контур края орбиты и нос никак не ограничивали линию движений иглы при наложении непрерывного роговичного шва.

В целом можно говорить о том, что попытка роботизировать хирургию катаракты с помощью роботизированной системы оказалась удачной, но только при использовании стандартных офтальмологических инструментов. Важным принципом современной катарактальной хирургии является создание двухпрофильного самогерметизирующегося роговичного разреза и проведение внутриглазных манипуляций при стабильном внутриглазном давлении, что даёт возможность контроля гемостаза и поддержания формы глаза. Из литературных источников известно, что выполнить самогерметизирующий разрез с помощью роботизированной системы оказалось трудно – рана постоянно зияла, приводя к выходу наружу внутриглазной жидкости и коллапсу, потере сферичности глаза.

Но несмотря на все сложности, связанные с роботизированной хирургией, мы также стараемся не отставать от самых передовых технологий и внедрять их в повседневную офтальмологическую практику. В частности, это удалось сделать с самыми сложными, витреоретинальными операциями, а также рефракционными вмешательствами на роговице, при которых как минимум половину работы за хирурга выполняет полностью автоматизированная лазерная система.

– Юрий Александрович, пока есть такие высокие профессионалы своего дела, как вы, к роботам обращаться не хочется...



Проблемы и решения

# Мода на контрацепцию

## В Благовещенске уменьшилась рождаемость. Что предпринять?

Как повысить рождаемость и сократить количество аборт — эту тему обсудили в Благовещенске на заседании общественного совета представители государственной власти, медицинских учреждений города, руководители вузов, а также представители общественных организаций и молодёжного движения. «Нужно ввести моду на контрацепцию!» — уверена Ольга Дедкова, заведующая женской консультацией № 1 Благовещенска. По мнению врача, это позволит не только каждой женщине планировать беременность, но и снизить количество аборт в целом. Ежегодно амурские женщины делают более 2 тыс. аборт. Этот показатель пока не снижается, что и выводит Амурскую область в рейтинг регионов с самыми большими показателями искусственного прерывания беременности в стране.

Рост рождаемости в Благовещенске наблюдался до 2013 г. Однако последние 2 года в областной столице врачи констатируют спад количества рождённых детей. По мнению специалистов, это связано с двумя причинами. Во-первых, уменьшилось количество женщин, рождённых в 90-е годы и достигших сегодня детородного возраста. Во-вторых, увеличилось количество аборт.

Улучшить ситуацию присутствующие предлагали различными мероприятиями, среди которых — проведение «ярмарки здоровья», консультаций для молодых семей, городских конкурсов, таких как, например, «Счастье внутри меня».

Однако одним из главных критериев по профилактике аборт, преждевременных родов и младенческой смертности является прегравидарная подготовка женщины. Именно ею и занимаются городские кабинеты планирования семьи.

— Прегравидарная подготовка — это подготовка организма матери к беременности, — пояснила О.Дедкова. — Женщина посещает терапевта и узких специалистов,

проходила такой подготовки. Все эти женщины являлись носителями инфекции, что и послужило причиной смерти плода.

О.Дедкова поделилась печальной статистикой: состояние здоровья благовещенских беременных зачастую неудовлетворительное, а количество нормальных родов сегодня составляет всего 25% от общего числа рождений.

На заседании отметили, что за последние 2 года увеличилось

ния), асоциальный образ жизни, наличие других детей, и конечно недостаточный доход семьи.

— Мы стараемся помогать таким женщинам: материально, проводим беседы, советуем, — рассказывает о работе женской консультации № 2 её заведующая Нина Яновская. — За 3 года 45 женщин после беседы со специалистами передумали оставлять своего новорождённого ребёнка в доме малютки.

Также присутствующие вспомнили, что в Амурской области после введения закона о денежных выплатах при рождении третьего и последующих детей появилось такое явление, как «рождение детей ради денег». Многие отметили, что на это решаются именно женщины из групп социального риска.

Чтобы избежать нежелательной беременности и аборт, необходимо не только проводить профилактические беседы в женских консультациях, в вузах города, но даже в школах, сошлись во мнении участники заседания общественного совета.

— Учащиеся старших классов должны знать о контрацепции как о профилактике нежелательной беременности, — подчеркнула начальник отдела опеки и охраны здоровья администрации Благовещенска Елена Калашникова. — Такие знания помогут им в будущем сохранить репродуктивное здоровье и повлиять на демографическую ситуацию в городе.

Николай РУДКОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.



сдаёт клинические анализы и наблюдается у генетика. В прошлом году такую подготовку прошли 230 пациенток женской консультации, а среди уже родивших таких всего 24%. Разбор случаев прошлогодних перинатальных смертей выявил, что ни одна из пациенток не

количество пациенток, которые прерывают беременность либо отказываются от новорождённого ребёнка, — это, как правило, женщины из социально незащищённых слоёв населения. Причинами такого поведения являются и вредные привычки (алкоголизм, наркома-

Современные технологии

# Новая российская вакцина от гриппа станет доступной уже в этом году

В НПО «Микроген» разработана новая высокоэффективная и безопасная вакцина последнего поколения для защиты от гриппа «Совигрипп».

Успешное освоение промышленного выпуска инактивированной субъединичной вакцины «Совигрипп» стало результатом начатой в 2013 г. работы по масштабированию производства препарата, ранее выпускавшегося только в экспериментальных объёмах.

Вакцина представляет собой поверхностные гликопротеины (гемагглютинин и нейраминидазу), выделенные из высокоочищенных вирионов вируса гриппа типов А и В.

Включение адъюванта в состав препарата значительно повышает эффективность вакцинации людей со слабой иммунной системой, в том числе групп риска.

Клинические испытания «Совигриппа» подтвердили его выраженную иммуногенную активность, хорошую переносимость, высокий уровень безопасности и стойкую профилактическую эффективность. У вакцин отсутствуют токсичность и пирогенность.

Препарат предназначен для активной ежегодной профилактической иммунизации против се-

зонного гриппа людей в возрасте от 18 до 60 лет.

Особенно вакцина рекомендована лицам, часто болеющим ОРВИ, страдающим болезнями и пороками развития сердечно-сосудистой, дыхательной и центральной нервной систем, почек, сахарным диабетом, хронической анемией, аллергопатологией (кроме аллергии к куриному белку), а также врождённым или приобретённым иммунодефицитом, в том числе инфицированным ВИЧ.

Инновационный препарат изготавливается в филиале НПО «Микроген» в Уфе «Иммунопрепарат» в соответствии с современными стандартами производства и качества. В этом году планируется выпустить 19 млн доз востребованной вакцины.

«Совигрипп» соответствует всем требованиям, предъявляемым к показателям иммуногенности инактивированных гриппозных сезонных вакцин Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Выпуск новейшей отечественной вакцины способствует импортозамещению дорогостоящих зарубежных аналогов в соответствии с Федеральной целевой программой «ФАРМА-2020».



Пресс-конференции

## Важная консультация для мужчин и про мужчин

Рак предстательной железы (РПЖ) — одно из самых распространённых заболеваний у мужчин. Февраль этого года был объявлен правительством Москвы и Департаментом здравоохранения столицы «месяцем мужского здоровья». Своё мнение об этой актуальной для многих проблеме и способах её устранения высказал на недавней пресс-конференции главный уролог Минздрава России профессор Дмитрий Пушкар.

Количество больных с РПЖ огромно во всём мире. Так, в США за год выявляется 230-240 тыс. новых пациентов, а у нас за последние 10 лет прирост этого заболевания составил 120%. И более 15% выявленных больных имеют III-IV стадию заболевания, когда опухоль выходит за границы простаты и её удаление не обеспечивает выздоровления. Для своевременного выявления заболевания мужчины начиная с 40-50 лет должны проходить обследования у уролога, отбросив ненужные стеснения, свойственные нашим гражданам. И здесь очень необходима моральная поддержка родственников.

К сожалению, из мужского населения мало кто знает, что такое простатспецифический антиген (ПСА). Это достаточно простой анализ крови из вены, который можно сделать в любом стационаре. Концентрация его не должна превышать в норме 2,5 нг/мл. Если показатель выше, берётся биопсия предстательной железы. Есть способы обойтись без биопсии, например с помощью МРТ. Или гистосканинг, который помогает взять биопсию простаты в необходимом объёме. Но и этого бывает недостаточно для постановки диагноза, таким образом, возникает необходимость создания и расширения сети кабинетов мужских консультаций для выявления ранних стадий РПЖ.

Во всём мире выживаемость в 5 лет у пациентов с РПЖ составляет 98%. Таким образом, это заболевание, хоть и тяжёлое во всех отношениях, но при ранней диагностике не смертельное — его можно лечить, что позволит прожить пациенту до 15 лет с хорошим качеством жизни и сохранением эректильной функции.

В последнее время для полного удаления простаты широко используется технология роботической простатэктомии. Хирургическая система состоит из эргономичной консоли хирурга, тележки больного с четырьмя интерактивными роботическими манипуляторами, высокоактивной оптической системы, позволяющей наблюдать за ходом операции в трёхмерном разрешении и роботическими инструментами. Благодаря совершенной технологии нивелируется физиологический тремор и обеспечивается максимальная точность выполнения операции, а кровопотеря снижается до минимума. Отечественный аналог робота планируется запустить в производство в следующем году.

В рамках «месяца мужского здоровья» бесплатное обследование по поводу различных заболеваний простаты москвичам можно пройти во многих лечебных учреждениях города — их перечень представлен на сайте Департамента здравоохранения Москвы.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,  
МИА Сити!

Москва.



Примерно половину наших знакомых обычно составляют «закадычные враги». И они могут оказывать нежелательное влияние на наше психическое и физическое состояние.

#### Дружеское плечо

Оказывается, подобные случаи дружбы начали всерьёз привлекать внимание психологов и психиатров.

## Исследования

# «Закадычные враги» Как дружба укорачивает теломеры

Они даже придумали для этого явления специальный термин «амбивалентные отношения». По словам Джулианны Холт-Лунстад из Университета им. Бриггса Янга (штат Юта, США), в среднем около половины нашего окружения составляют люди, которых мы одновременно любим и ненавидим. «Редко встретишь человека, в жизни которого нет ни одного примера амбивалентных отношений», — говорит она.

Эта проблема может быть серьёзнее, чем кажется на первый взгляд. Результаты исследований Холт-Лунстад наводят на мысль о том, что взаимодействие с такими «закадычными врагами» может оказаться гораздо более разрушительным, чем с теми, кого вы однозначно не выносите. Более того, общение с ними может привести к ухудшению самочувствия и проблемам со здоровьем. Так почему же мы продолжаем поддерживать столь опасные связи?

#### Учёные в шоке

Чтобы найти ответ на этот вопрос, необходимо разобраться в том, какое влияние может оказать на нас круг нашего общения. По большей части наличие множества друзей и знакомых считается защитным фактором. Проанализировав 150 опубликованных исследований, Холт-Лунстад пришла к выводу о том, что обширная сеть контактов снижает риск преждевременной смерти примерно в той же мере, что и отказ от курения. А одиночество оказалось вдвое опаснее избыточного веса.

Теория амбивалентных отношений частично объясняет проблемы некоторых супружеских пар. Каким образом? Друзья помогают нам расслабиться и защищают нас от стресса. Стресс вызывает повышение артериального давления и способствует выбросу молекул воспаления, увеличивая тем самым риск развития целого ряда заболеваний. Благодаря друзьям некоторые из этих реакций смягчаются. И наоборот, тоскливое одиночество само по себе может усугубить эти процессы и вызвать другие осложнения, такие как бессонница.

Однако дружба дружбе рознь. Как отмечает сотрудник Оксфордского университета Робин Данбар, развитие отношений в больших социальных группах неизбежно сопряжено с появлением ненадёжных друзей. Поэтому надо быть готовым уласовать своих союзников, среди которых могут оказаться и ваши «закадычные враги». И вам придётся их терпеть, чтобы строить более эффективные отношения. Судя по всему, инстинктивное стремление поддерживать близкие связи с друзьями (и ещё более близкие — с «закадычными врагами») сидит в нас глубоко.

К сожалению, в более ранних исследованиях, посвящённых вопросу о том, какое воздействие оказывают дружеские узы на наше здоровье, эти нюансы не учитывались. Поэтому Холт-Лунстад и Берт



Учино из Университета штата Юта решили выяснить, компенсируют ли положительные качества «закадычных врагов» их отрицательные черты. Результат исследований поверг учёных в шок.

#### А бывает «здоровая дружба»?

В рамках одного из первых экспериментов учёные предлагали добровольцам заполнить анкету, чтобы определить круг их давних и не очень давних друзей. Затем к телу участников крепился прибор для измерения давления, и они на 2-3 дня возвращались в привычную среду.

«Каждый раз, когда они вступали в контакт с кем-либо, прибор фиксировал их артериальное давление», — пояснила Холт-Лунстад. Как и ожидалось, во время общения с «надёжными» друзьями давление у участников эксперимента было низким, а разговор с «неприятными» знакомыми — будь то коллега, позволяющий себе оскорбительное отношение, или сердитый начальник — вызывал повышение давления. Но каково же было удивление учёных, когда выяснилось, что самые высокие показатели давления наблюдались в присутствии друзей, с которыми у участников эксперимента сложились амбивалентные отношения.

Последующие эксперименты лишь подтвердили и позволили развить эти выводы. Даже если такой «закадычный враг» просто находился в другой комнате, у участника эксперимента наблюдалось повышенное давление и тревожность, — рассказала Холт-Лунстад. — На него влияла сама перспектива общения с этим человеком.

Самое неожиданное заключалось в том, что при воздействии на участников подсознательными налётами (такими, как выведение на экран имени «закадычного врага») у них явно отмечались признаки стресса, например учащённый пульс. «Это наводит на мысль о том, что наши отношения оказывают на нас влияние не только через непосредственное взаимодействие, но и через менее осознанные процессы, действующие на нас постоянно», — полагает Учино. Всё, что напоминает нам о «закадычных врагах», может вызвать в организме соответствующую реакцию.

Таким образом, взаимодействие с «закадычными врагами», по-видимому, создаёт для нас наибольший стресс. Отчасти это связано с их ненадёжностью. «Это всё из-за неопределённости, — поясняет Холт-Лунстад. Учино соглашается и добавляет, что за счёт тесных и продолжительных отношений общение с такими людьми

становится ещё более болезненным, чем с теми, кого мы активно пытаемся избегать. «Они становятся практически частью нас самих, — отметил он, — поэтому их поступки и слова влияют на нас гораздо сильнее. А из-за более тесной эмоциональной связи у них появляется больше возможностей причинить нам боль».

#### Амбивалентные отношения губят здоровье

До сих пор учёные исследовали в основном краткосрочный эффект взаимодействия с «закадычными врагами», а теперь собираются выяснить, как он накапливается за годы и десятилетия. К сожалению, в настоящее время данных об определённых характеристиках отношений между людьми за продолжительные периоды собрано совсем мало, однако уже получены предварительные, хотя и косвенные, сведения о вреде, причинённом ДНК участников исследования.

На обоих концах каждой хромосомы в наших клетках находятся участки, которые называются теломерами. С возрастом они обычно уменьшаются, и клетки становятся менее защищёнными, в том числе от развития раковых опухолей. В связи с этим длина теломер часто принимается за показатель старения клетки. Известно, что стресс оказывает на эту величину существенное влияние. Учино установил, что у людей, имеющих больше амбивалентных отношений, теломеры оказались короче.

Так почему мы продолжаем общение с этими людьми, несмотря ни на что? Если по результатам последующих исследований эти сведения подтвердятся, всем нам, возможно, придётся пересмотреть отношения с другими людьми и оценить, стоят ли они тех огорчений, которые приносят. К сожалению, «закадычных врагов» не всегда бывает легко вычеркнуть из своей жизни — тем более что часто дружба с ними продолжается чуть ли не всю жизнь.

Что же могут порекомендовать нам американские учёные, зная всё это? Лично для себя Учино выбрал следующий метод: он проводит серьёзный разговор со своими «закадычными врагами» и объясняет, почему ему тяжело с ними общаться, надеясь таким образом достичь взаимопонимания. «Анализируя амбивалентные отношения между людьми, я понял, что мало кто пытается прямо решить эту проблему — часто мы предпочитаем лгать своим «закадычным врагам», не обращая на них внимания или избегать их». Некоторые исследования показали, что регулярное размышление о положительных качествах своих знакомых — даже «закадычных врагов» — может способствовать улучшению психологического состояния и показателем здоровья.

Подготовил  
Юрий БЛИВ,  
обозреватель «МГ».

По материалам сайта BBC Future.



## СОВИГРИПП

НОВАЯ РОССИЙСКАЯ  
ГРИППОЗНАЯ ИНАКТИВИРОВАННАЯ  
СУБЪЕДИНИЧНАЯ ВАКЦИНА



✓ формирует устойчивый  
и продолжительный иммунитет  
против гриппа

✓ доказанная клиническими  
испытаниями безопасность

✓ содержит иммуномодулятор

✓ российская разработка  
от производителя вакцин №1  
в России

[www.sovigripp.ru](http://www.sovigripp.ru)

ФГУП «НПО «Микроген» Минздрава России

[www.microgen.ru](http://www.microgen.ru)

Рег. удостоверение №ЛС-001049

Лицензия №12226 ЛС-П от 19.02.2013

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ С ВРАЧОМ

реклама



Однако

# Кто не пьёт, тот не работает?

## Рюмка—другая снимает стресс, но...

В ходе масштабного исследования финских учёных в Институте гигиены труда (Хельсинки) выяснилось, что время, проведённое человеком на рабочем месте, прямо пропорционально количеству употребляемой им алкогольной продукции.

Исследователям удалось выявить, что увеличение количества рабочих часов в неделю повышает потребление спиртного на 11-13%. Кроме того, оказалось, что люди, работающие 49-54 часа в неделю, чаще попадают в группу риска по алкогольной зависимости с букетом сопутствующих заболеваний: сахарный диабет 2-го типа, цирроз печени, болезни сердца и сосудов, а также злокачественные новообразования.

«Трудоголики подвержены этим заболеваниям в среднем на 13% чаще, чем те, кто работает 35-40 часов в неделю. Об этом необходимо помнить тому, кто привык «снимать стресс» после рабочего дня при помощи рюмки-другой горячительных напитков», — подчеркнули эксперты.

Не остались в стороне и отечественные специалисты: «10 мл чистого алкоголя — так называемая стандартная доза — содержится в 100 мл вина, 250 мл пива или 40 мл крепких напитков (водка, коньяк и т.д.). Говорить о развитии заболевания можно, когда человек превышает недельный «порог» в 21 стандартную дозу для мужчин и в 14 — для женщин. Таким образом, если вы мужчина и в течение недели выпиваете бутылку водки или коньяка объёмом 0,75 л, то не исключено, что уже находитесь в группе риска по алкоголизму», — отметила руководитель отдела психотерапии и медико-социальной реабилитации Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии Минздрава России Татьяна Агибалова.

Проблема взаимосвязи трудной работы с повышенным употре-



блением алкоголя не нова. Ещё великий русский поэт Н. Некрасов в незабвенном произведении «Кому на Руси жить хорошо» писал про такого человека: «Он до смерти работает, до полусмерти пьёт». Однако если на первый классический для нашей страны вопрос — «Кто виноват?» — ответить легко: постоянный стресс, переработки, желание расслабиться, то второй — «Что делать?» — требует более серьёзного разговора.

Конечно, в идеале было бы неплохо заканчивать рабочий день именно тогда, когда это предусмотрено контрактом. Однако сейчас, в сложной экономической ситуации, многие боятся лишиться работы — и взваливают на себя непосильную нагрузку. При этом, впрочем, ещё больше рискуя растаться с работой: какое-то время человек ещё может держаться «в берегах», но достаточно скоро снижается качество выполняемой работы — пагубная привычка становится очевидна коллегам.

Выход один: при первых же подозрениях на то, что желание расслабиться после работы стало носить болезненный характер, не-

обходимо обратиться к врачу. Но к этому способу — самостоятельно или по просьбам близких — прибегают лишь 3% россиян.

«Нежелание многих нуждающихся в помощи обращаться к врачу объяснимо. Основным фактором отказа от медицинской помощи является жёсткий запрет на употребление спиртных напитков. Поэтому новый европейский подход, не запрещающий употребление алкоголя совсем, но предлагающий уменьшить употребление спиртных напитков при непосредственном контроле самого пациента, был бы вполне востребован и в нашей стране. В этом случае человек может самостоятельно регулировать потребление спиртного, снижая дозу, но не отказываясь от алкоголя совсем». Для сверхответственного и увлечённого работой трудоголика такой вариант был бы оптимальным выходом из замкнутого круга «стресс на работе — рюмка — усиление стресса — увеличение дозы», — считает Т. Агибалова.

Алина КРАУЗЕ.  
МИА Сити!

Выводы

# Горе от ума

## Провалы памяти коррелируют с инсультом

Люди с высшим образованием, испытывающие провалы памяти, имеют более высокую вероятность инсульта, чем люди, не получившие такого образования. Согласно публикации голландских исследователей, разница в уровне риска доходит до 39%.

Учёные выдвигают предположение, что это может быть вызвано разрушением более ранних механизмов защиты от снижения интеллектуальных способностей. Они обследовали около 9 тыс. человек в Роттердаме за последние 20 лет. Все они были здоровы и старше 55 лет. В анкетах, распространённых среди них, им задавался вопрос о том, испытывают ли они какие-либо проблемы с памятью.

К 2012 г. в этой группе случилось 1134 инсульта. Проанализировав результаты, исследователи из Уни-

верситета Эразма Роттердамского в Нидерландах обнаружили, что риск инсульта среди опрошенных, которые жаловались на проблемы с памятью, был заметно выше. Но оказалось, что риск существенно повышался у тех пациентов, которые имели университетское или аналогичное высшее образование.

Арфан Икрам, профессор нейрорепидемиологии из Университета Эразма, говорит, что высокий уровень образования является хорошим показателем способности мозга противостоять появлению симптомов снижения интеллектуальных способностей или слабоумия. Эта способность, известная под названием «когнитивный резерв», обычно формируется в детском возрасте и в молодости и предохраняет мозг от повреждений.

«У людей с высоким уровнем образования мозг дольше сопро-

тивляется появлению признаков слабоумия, — говорит профессор. — Но если начинаются перебои с памятью, это означает, что механизм когнитивного резерва перестал действовать».

Учёные не дают точный ответ на вопрос, почему так происходит. Возможно, роль играет когнитивный резерв, из-за которого высокообразованные люди могут не замечать провалов в памяти.

В результате проблемы с памятью могут стать важным симптомом для диагностики инсультов в этой подгруппе, предупреждая врача о надвигающихся сосудистых неприятностях. Инсульт происходит в результате нарушения мозгового кровообращения, когда кровеносные сосуды, которые доставляют к мозгу кислород и питательные вещества, блокируются из-за тромба или разрываются.

Кроме того, профессор Икрам считает, что следует начинать профилактические мероприятия по улучшению состояния мозга в старости на более ранних жизненных этапах, чем это происходит в наши дни.

Юрий БОРИСОВ.  
По материалам Stroke.

Диеты

# Съедай лишь половину

## Все диеты одинаковы, если следуешь им

Советов, как похудеть, существует множество: есть меньше жиров, меньше белков, меньше углеводов. Как показало долгосрочное сравнительное исследование — результат один. Все диеты действуют одинаково, куда следуешь им.

Диеты — это колоссальный бизнес: многочисленные диеты с громкими, часто американскими именами привлекают на свою сторону толпы последователей. Одни целиком полагаются на ограничение углеводов, другие доверяют только богатой белком пище, третьи считают жиры дьявольским изобретением. Результаты нового исследования показали, что помочь похудеть может только одно: всё равно, что есть, только меньше.

Группа исследователей во главе с Джорджем Бреем из Пеннингтонского биомедицинского исследовательского центра в Батон Руж (Штат Луизиана) сообщает, что не важно, в какой пище себя ограничивать. Решающим является потребление как можно меньшего количества калорий. Важно просто придерживаться какой-либо диеты, а вид самой диеты роли не играет.

Брей и его коллеги в ходе исследования сравнили четыре различных типа диеты, которые испытывали на себе сотни участников исследования. Все диеты не должны были превышать 750 калорий. Через 6 месяцев после запуска проекта исследователи подвели первые результаты — а они оказались впечатляющими: участники исследования в среднем потеряли по 4,1 кг жира и по 2,3 кг остальной массы тела. Спустя

2 года после начала исследования средняя потеря веса составила 3,6 кг, из которых 1,4 кг пришлось на висцеральный жир.

Несмотря на общий для всех успех, победителя среди диет выявить не удалось: все диеты оказались одинаково хороши, но все диеты действовали до тех пор, пока испытываемые следовали им. Выявление различий осложнялось тем, что участники всех групп непроизвольно уравнивали свои диеты. Так одна группа после начала эксперимента должна была принимать с пищей 15% калорий в виде белков, другая — 25%. Спустя 2 года после начала эксперимента обе группы довели долю белков до 20%.

Какую диету выбрать — это дело вкуса, говорит Брей. «Если самочувствие лучше, когда ешь меньше жиров, — пожалуйста, но диета так же работает, когда ешь меньше углеводов». Главное придерживаться выбранной диеты и сократить объём потребляемой пищи.

Насколько успешной может оказаться такая тактика, продемонстрировал завершившийся в 2012 г. сенсационный эксперимент с обезьянами, длившийся более 20 лет. Результат: кто ест меньше, дольше сохраняет свою умственную форму и реже страдает онкологическими заболеваниями, старческим диабетом или заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Евские всё подряд обезьяны, напротив, выглядели не по возрасту состарившимися.

Игорь НИВКИН.

По сообщению Associated Press.

Ну и ну!

# Пересадить волосы поможет робот



Роботические установки по пересадке волос покоряют Бразилию. Примечательно, что первая такая установка по бесшовной трансплантации волос впервые была применена в США в 2011 г., а 3 года спустя они стали действовать в 46 странах мира.

В этом году появится такой робот и в Бразилии. Роботизированная система способна извлечь до тысячи волосков вместе с волосяными фолликулами с затылочного и височных участков головы. Саму операцию трансплантации проводит хирург.

При этом, отмечают специалисты, пересадка при помощи робота комфортна для пациента и даёт хороший эстетический результат, помогая избежать появления швов и участков неестественного положения волос, как при традиционной трансплантации, когда участок кожи головы вместе с волосяными фолликулами пересаживают в область облысения.

Однако у процедуры есть существенный недостаток — очень высокая стоимость. По предварительным подсчётам она составит около 11 тыс. долл.

Марк ВИНТЕР.

По сообщению Estadão.



**Великий немецкий философ Иммануил Кант родился в 1724 г. в Кёнигсберге. Его жизнь стала символом постоянства и размеренности прусского бытия: жители города сверяли по нему часы, и улочка, засаженная липами, по которой он прохаживался, получила название «Прогулка философа». Его слуга Лампе, подходя к кровати строевым шагом, ежедневно будил Канта угрожающим криком: «Господин профессор, время вставать!»**

### Интеллектуальный великан ростом 154 см

Философ никогда не удалялся от своего города далее, чем на 50 км; два раза пробовал жениться, но в обоих случаях так долго обдумывал решение, что к моменту принятия им решения одна из его невест уже вышла замуж и переехала в другой город; более 25 лет не виделся с сёстрами, жившими в том же Кёнигсберге, насчитывавшем тогда менее 50 тыс. жителей; а когда одна из сестёр пришла его навестить, не узнал её; публиковал трактаты и читал лекции по вопросам права, вулканографии, теоретической физики, математики, логики, метафизики, физической географии, педагогики, механики, минералогии, теологии, этики, антропологии, о причинах землетрясений, природе ветров, возрасте Земли и т.д. — до бесконечности.

Умер философ, переев за обедом своего любимого английского сыра: сначала он впервые в жизни заболел, а через 4 месяца в феврале 1804 г. скончался, и последними его словами были: «Es ist gut» («Это хорошо»). В 80 лет жизни Канта уместились труды, объединившие спекулятивную оригинальность Платона и энциклопедичность Аристотеля и ставшие вершиной всей истории философии до начала XX века. Этот человек ростом в 154 см оказался великаном на интеллектуальных пространствах метафизики.

### Левое и правое

К середине XVIII века, века Просвещения, времени расцвета и роста влияния на умы мыслящей публики трудов французских материалистов-энциклопедистов, философия считалась одной из естественных наук. Материализм Д.Дидро не слишком-то интересовался туманом метафизики, предпочитая ей простые, но хорошо просматривающиеся тропы физики. Д.Юм, крупнейший английский мыслитель, рассматривал философию как известный аналог физики И.Ньютона. Чётких различий между естествознанием и философией не было. Сам Юм определял философию как «науку о человеческой природе», по сути, сведя её задачу к изучению познания.

В отличие от Д.Юма, считавшего, что любое явление, случившееся после некоей причины, следует считать произошедшим по этой самой причине, Кант полагал, что «опыт никогда не даёт своим суждениям истинной или строгой всеобщности, он сообщает им только условную и сравнительную всеобщность...» («Критика чистого разума»). По Канту выходило, что каждая причинно-следственная связь определяет закономерности лишь для данного случая, не распространяя их на все похожие эпизоды. Следовательно, опыт сам по себе не может быть основанием для всеобъемлющих выводов.

В то время как сенсуалист Дж.

Локк, считая логику всего лишь усовершенствованной чувственностью, говорил об эмпирическом, опытном пути познании мира: «Nihil est in intellectu, quod non ante fuerit in sensu» («В интеллекте нет ничего, чего не было бы в чувствах»), кёнигсбергский философ добавлял сюда ещё и априорный путь. Именно априорностью и достигается всеобщность, глобальность, тотальность любых выводов, в отличие от мелких частных эмпирических наблюдений и опытов. «Все

полушарные функции: доброта, благожелательность, чувство приличия отданы жене, которая делает что-то потому, что ей это просто нравится; то есть не по логике; а левополушарные: глубина, принципиальность, рассудочность — мужу.

Философ писал: «Всякое наше знание начинается с чувств, переходит затем к рассудку и заканчивается в разуме...» Эта схема определяет движение информации: от органов восприятия — через левое полушарие рассудка

### Болезни великих

# Феномен Канта

Психопатологическая симптоматика стала продолжением его гениальных трудов



теоретические науки, — писал Кант, — основанные на разуме, содержат априорные синтетические суждения как принципы». Кант отдал приоритет априорным суждениям, как принципообразующим, то есть базисным в любой науке. Он противопоставил анализу эмпиризма синтез априоризма, в то же время объединив оба способа, как необходимое и достаточное условие человеческого мышления. Правополушарная абстракция категорий и левополушарная конкретика предметов связались им воедино. Кант возвысил человека над уровнем винтика в машине государства; тогда как Юм и Локк стали предтечами теоретиками тоталитарных режимов и высказываний типа: «У нас незаменимых нет!»

Правому полушарию мозга и синтетическому принципу его мышления наиболее соответствует понятие кантовской априорности; функциям же полушария левого, скорее, отвечает аналитика эмпиризма. Синтетические суждения отличаются от аналитических тем, что последние не обходятся без мышления по аналогии: им необходим предшествующий опыт, позволяющий сравнивать понятия и явления друг с другом. Кант, отвечая на вопрос, как возможны априорные синтетические суждения, пришёл к выводу об априорности категорий по отношению к предметам, что абсолютно понятно: предмет конкретен и «левополушарен», категория абстрактна и «правополушарна».

В одной из ранних работ «Наблюдения над чувством прекрасного и возвышенного» (1764) Кант писал о различии женского и мужского ума, замечая, что в браке мужчина и женщина образуют одну нравственную личность, движимую «рассудком мужа и вкусом жены». Здесь обозначена функциональная модель мозга человека, и право-

(познание частности) — к правому полушарию разума (постижение всеобщности). Иногда, впрочем, Кант употреблял термин «рассудок» в значении «разум», но в целом, именно «рассудок» был для него областью науки, тогда как «разум» — сферой философии. Учение о «рассудке» — аналитика и наука; учение о «разуме» — диалектика и философия.

Разум у Канта оперирует идеями, вырабатывая общие принципы, которые рассудок способен применить к частностям. Разум — стратег: он видит конечную цель и ставит задачу; а рассудок — тактик, которому предстоят поиски постепенных, последовательных шагов к этой цели и решению задачи. Здесь мы снова обнаруживаем тезисы, получившие впоследствии физиологическое объяснение с точки зрения психофизиологии мозга: функции его полушарий корректируют и дополняют друг друга. Согласованное взаимодействие между полушариями мозга обуславливает, в частности, адекватную психическую жизнь человека.

### Взгляд на науку с позиции лирики

Мать Канта воспитала его в несколько сентиментальной манере, рассказывая о цветочках и звёздочках. «Кант в своей частной жизни представляет шизотимический тип «отчуждённого от мира идеалиста» в его самой чистой и высшей форме, со спартанской умеренностью в потребностях, с детской наивностью и крайне идеалистической нравственностью». Самые известные изречения Канта знакомы даже тому, кто не одолел его «Критики»: «Две вещи наполняют душу всегда новым и всё более сильным удивлением и благоговением, чем чаще и продолжительнее мы размышляем о них, — это звёздное небо надо мной и моральный

закон во мне»; и «Поступай так, как если бы максима твоего поступка посредством твоей воли должна была стать всеобщим законом природы» — это не сухая логика мыслителя, но — поэзия, чуждая утилитарности. В отличие от пушкинского Сальери, подивившего к искусству под углом алгебры, Кант подходил к науке с позиции лирики, заявляя: «Никто не отважится судить о предметах с помощью одной только логики» («Критика чистого разума») и: «Чувства — единственный внеш-

ний источник знания, источник надёжный, нас не обманывающий» («Антропология. Апология чувственности», 1798).

Его ранний трактат по космогонии, в котором то и дело цитируются поэты: Поуп, Галлер, Аддисон, и сам местами напоминает лирическую романтическую прозу, а не научную литературу: «Мы увидим обширные огненные моря, возносящие своё пламя к небу; неистовые бури, своей яростью удваивающие силу пламени, заставляя его то выходить из берегов и затоплять возвышенные местности, то вновь возвращаться в свои границы; выжженные скалы, которые вздымают свои страшные вершины из пылающих бездн и то затопляются волнами огненной стихии, то избавляются от них, благодаря чему солнечные пятна то появляются, то исчезают; густые пары, гасящие огонь, и пары, которые, будучи подняты силой ветров вверх, образуют зловещие тучи, извергающиеся огненными ливнями и изливающиеся горящими потоками с высот солнечного материка в пылающие долины; грохот стихий; пепел сгоревших веществ и борющуюся с разрушением природу, которая даже в самом ужасном состоянии своего распада содействует красоте мира и пользе творения», — пишет Кант о поверхности Солнца, куда предлагает читателю мысленно перенестись.

### Домашняя аптечка величиной с лабораторию

То, что Кант мыслил преимущественно категориями сущностей, а не явлений, доказывает психопатологическая симптоматика, проявившаяся у него в пожилом возрасте. Всю жизнь философ был ипохондриком. Симптомы этой патологии он описал в одной из своих работ. Об этом вспоминали и его современники: «...ему мерещится, будто его одолевают все болезни, о которых он что-либо слышал. Поэтому он охотнее всего говорит о своём нездоровье, жадно набрасывается на медицинские книги и повсюду находит симптомы своей болезни». Кант ежемесячно посылал слугу к главе полицейской управы Кёнигсберга за статистическим отчётом, исходя из которого, рассчитывал срок возможной продолжительности своей жизни. Его домашняя аптечка была величиной с хорошую лабораторию. Он выработал технику дыхания через нос, считая, что это избавит его от кашля и катара, из-за чего всегда гулял в одиночестве: беседа вынудила бы его дышать ртом. Он прилагал огромные

усилия, чтобы никогда не потеть; пятно пота на ночной рубашке после душевной ночи приводило его в трепет, и Кант говорил об этом случае с особым пафосом. Он разработал систему диететики (так Кант называл искусство предотвращать болезни): «О способности духа побеждать болезни силой одного только намерения». Он регулярно просматривал медицинские журналы, дабы узнать, не болен ли он какой-нибудь из новых болезней... (Известно, что ипохондрическая симптоматика феноменологически оформляется правым полушарием мозга.)

В дальнейшем уже только симптоматика интеллектуально-мнестического свойства определяла психический статус философа. Его рассеянность мыслителя, забывающего о повседневных рутинных заботах, превратилась в выраженную забывчивость, перешедшую в деменцию. Он постепенно перестал узнавать окружающих, его речь утратила смысл, появились неврологические расстройства, из-за которых Кант всё с большим трудом удерживал равновесие при ходьбе и даже сидя на стуле.

«Можно создать любую привычку для тела, но нельзя забывать, что при частой повторности психика как бы усиливает эту привычку и доводит её до крайности... Кант уже через 20 лет приобрёл свойства маньяка», — писал М.Зощенко в «Возвращённой молодости». Понимание того факта, что феноменальное бытие человека должно определяться его ноуменальной сутью, отчего-то не было отнесено Кантом к себе самому. Подчинив свою жизнь левополушарному, доминантному феномену логики, он придавил собственный доминантный правополушарный ноумен поэзии. Однако нельзя было безнаказанно в течение всей жизни перегружать одно и то же полушарие, изначально даже не являющееся доминантным.

Всё большее число учёных придаёт всё большее значение функциональной асимметрии мозга, рассчитывая здесь найти разгадку шизофрении. Разные страны, разные методы, разные критерии всё чаще сходятся на том, что именно асимметрия лежит в основе самой загадочной психиатрической патологии. Всё чаще точки зрения на функциональную асимметрию эндогенных психозов оказываются совпадающими концептуально: устойчивый дисбаланс функциональной активности полушарий может приводить к психотической симптоматике у субъекта. Само морфологическое строение мозга оказывается схизофренически амбивалентным по сути: его левое и правое полушария могут задавать своему владельцу принципиально различные задачи, согласование и решение которых может моделировать ситуации, аналогичные «зависанию» компьютера, то есть клинику психоза с выраженным нарушением привычного функционирования.

Секрет шизофрении, как линия горизонта, отодвигается по мере приближения к ней. И, словно комментируя ситуацию, Кант говорит на первых страницах «Критики чистого разума»: «На долю человеческого разума выпала странная судьба в одной из областей его познаний: его осаждают вопросы, от которых он не может отделаться, так как они задаются ему собственной его природой, но в то же время он не может ответить на них, так как они превосходят его силы».

**Игорь ЯКУШЕВ,**  
доцент Северного государственного  
медицинского университета.  
Архангельск.



Георгий Гречко – знаковая фигура в отечественной космонавтике. Он работал с Королёвым, тренировался с Гагариным, трижды летал в космос и дважды стал рекордсменом, оказавшись самым пожилым на тот момент космонавтом. Его именем назван астероид, а сам он любит говорить, что ещё и самая вкусная в мире каша. Ему за 80, и в этом возрасте он продолжает вести активный образ жизни: пишет книги, читает лекции, ведёт телепередачу. Доктор физико-математических наук, популяризатор науки и неисправимый романтик, он уверен: самое удивительное впереди...

– Георгий Михайлович, правда ли, что вас лично командировали искать обломки инопланетного звездолёта на Подкаменную Тунгуску?

– Тунгусская тайна манит меня много лет. Ещё в юности, в 1946 г., я прочитал рассказ Александра Казанцева «Взрыв» о том, что тунгусским телом на самом деле был межпланетный марсианский космолёт, потерпевший катастрофу. Эта увлекательная историческая загадка засела во мне на долгие годы. Сейчас гипотез, пытающихся пролить свет на тунгусскую тайну, множество. А тогда, прочитав Казанцева, я решил во что бы то ни стало побывать на месте аварии инопланетного корабля, найти его обломки, а возможно, и другие «вещественные доказательства» существования братьев по разуму. Тогда у меня не было денег, но я твёрдо решил, что буду там обязательно. Уже работая у Королёва, заразил товарищей своим интересом к тунгусской тайне. Нам удалось заинтересовать и Королёва. Он дал нам денег из своего фонда материальной помощи – 500 руб. на авиабилеты, вертолёт, двух солдат с рацией и сухой паёк. Сказал: «Поезжайте и разберитесь на месте!» Мы вложили в экспедицию свои деньги и провели ряд интересных научных исследований. Взяли несколько тысяч проб, нашли радиоактивную зону, изучили падение деревьев... И хотя обломков корабля мы так и не нашли, уверен: над Тунгуской взорвалось нечто необычайное. Мне нравится такая версия: братья по разуму, зная, что мы не можем защитить себя от крупных метеоритов, установили в окрестностях нашей планеты «антиракеты». Тунгусский метеорит летел прямо на Петербург, но они его сбили и перенаправили в безлюдную тайгу.

– В 1962 г. вы, будучи инженером, начали проходить подготовку уже как космонавт. Трудно было?

– Не то слово! Меня послали на обследование в Центральный научно-исследовательский авиационный госпиталь.

Испытания мы проходили жёсткие, иногда просто зверские. Скажем, в мочеиспускательный канал вводили катетер. Эта процедура невероятно болезненная, после неё у мужиков ещё недели две подштанники были в крови. Когда нас клали на эти обследования, даже забрали ремни и бритвы, как в тюрьме, чтобы не вешались и не вскрывали себе вены. И я был

*Я пришел к выводу: инопланетные  
бывали на Земле, но очень давно.  
Надеюсь, вы еще вернётесь и мы  
обязательно встретимся!*  
Г.Гречко

Георгий ГРЕЧКО:

## Я верю в людей и в братьев по разуму!

уверен, что космонавтом не стану. Здоровья богатырского я в себе никогда не чувствовал. Оно было подорвано войной. Оккупация, голод, антисанитария – откуда быть здоровью? Я довольно часто простужался, лёгкие боли бывали то в ноге, то в плече... Словом, я никогда не был суперменом.

Правда, спортивная подготовка у меня была для учёного неплохая. Имел разряд по автоспорту. С упоением гонял на мотоциклах, занимался подводным плаванием, всерьёз увлекался горными лыжами, самолётным спортом, стрельбой из винтовки и пистолета ... Но всё равно к своим физическим возможностям я всегда относился скептически.

Однажды меня действительно чуть не списали. Врач, который тестировал нас на вестибулярную устойчивость, говорил: «Не бойтесь говорить правду, я вас не заложу, это нужно для науки! Я пишу диссертацию». А я никогда не вру, так меня воспитали родители. Тем более, когда человек просит и слово даёт – как не поверить?

Но все поминали, только я, наивный, рассказывал всё, как есть. Про то, что подташнивает, есть неприятные ощущения, лёгкие боли. И вот он написал, что я испытания не выдержал. Коллеги сообщили: «Тебя списывают». Спасла меня старшая медсестра. Пока не было врача, провела со мной контрольное испытание – запустила вращение, и я выси- дел не 15 положенных минут, а больше часа! И при этом пульс и давление оставались в норме. Она это зафиксировала, и когда этот протокол показали комиссии, меня оставили. Не знаю, как я всё это прошёл. Видимо, звёзды так громко меня звали, что для меня не было слова «не могу».

– Но в октябре 1966 г., когда вы уже были «одной ногой в космосе», при прыжке с парашютом сломали ногу. Как удалось пережить это нелёгкое время?

– Мир сразу раскололся пополам: вот только что был космонавтом, прыжки, барокамера, вот-вот полёт. И вдруг – калека, прикованный к постели. Нога вывернута, гипс на полгода. Врачи довольно ясно дали понять, что о полёте в космос можно забыть.

Да и мои вчерашние друзья не сильно огорчились, что одним соперником стало меньше. Помог космонавт Владимир Комаров. По сути, соперник из числа военных лётчиков, он был для меня небожителем. «Слетавший» космонавт, грудью в орденах... Я думал – ещё один пришёл меня «добывать». А он так по-мальчишески оглянулся, подмигнул и... дал мне чудодейственный бальзам для срачивания костей. Он и правда сотворил чудо.

Я вернулся в Звёздный и продолжил теоретические занятия, а вскоре перешёл и к практическим тренировкам, хотя мне это было очень тяжело. Гипс у меня был от паха до кончиков пальцев. На меня смотрели как на сумасшедшего, но терпели. Я за это время многое изучил, проштудировал. И в спортзал ходил, невзирая на запреты врачей. Это был большой риск: повторное падение означало бы инвалидность на всю жизнь. Но именно благодаря физическим упражнениям и эликсиру космонавта Владимира Комарова я восстановился намного быстрее, чем можно было ожидать. Когда снимали гипс, врач сказал: «В старости эта нога будет побаливать». Мне уже за 80, а всё ещё не побаливает. Значит, я ещё не старый!

– Ваша мечта сбылась лишь в 1975-м. Ждать пришлось более 10 лет!

– Да, психологи говорят, что в профессии космонавта самое главное – уметь ждать. Тот полёт был непростым – у нас даже пожар на борту случился. Месяц мы жили и работали в 90-кубометровой станции, напичканной научной аппаратурой. Проводили важные эксперименты. Посадка у нас была в казахстанской степи. Парашют наш превратился в парус, он нёс нас как огромный воздушный корабль. Зима, земля промёрзшая, твёрдая, как камень. Корабль бился о землю, прыгал, крутился. Раскрытие парашюта в ЦУПе рассчитали неточно, и Губареву повредило спину, а у меня выдрало кусок мяса из ноги. Две минуты ошибки могут стоить человеку жизни. Владимир Комаров погиб из-за такой ошибки в расчётах... На аэродроме нас попросили сфотографироваться



возле вертолёта. Мы с Губаревым обнялись, изобразили улыбки. Обнялись, потому что надо поддерживать друг друга, мы ведь едва стояли на ногах. Были поздравления, цветы, нас встречало руководство Казахской ССР во главе с Кунаевым. Наградили медалями «За освоение целинных земель». Я сказал: «Правильно, мы тоже пахали». Такая была «мягкая посадка»...

– А ваше второе космическое путешествие состоялось «благодаря» неудачному полёту Рюмина и Коваленка – они не сумели осуществить стыковку.

– Да, это был самый длительный по тем временам полёт – трёхмесячный. На тот момент мне было уже 47. Однако об этом я вообще не думал. Думал я о том, что длительный полёт даст возможность по-настоящему интересной, прорывной работы. Главный конструктор Юрий Семёнов, когда провожал нас, сказал: «Ребята, вы только состыкуйтесь, больше можете ничего не делать!» Но я летел в космос работать. Мы удачно состыковались, а потом провели ряд интересных технических, биологических и прочих экспериментов. Даже зубы Юре Романенко довелося лечить!

– Как это?

– На Земле врачи проворонили карьеру, начался пульпит. Что делать? Я с детства помнил, как бабушка мне заговаривала зубную боль. Помогало. Но в космосе заговоры не действуют. Или нужна бабушка, которой у нас не было. Зато был японский приборчик акупунктуры, и там была инструкция с изображением уха, на котором находится множество точек. И если на нужную точку воздействуешь, можно все болезни вылечить. Стал я этот рисунок рассматривать – а рядом с точкой против боли находится точка чуть ли не смерти! Вдруг я не в ту точку попаду и убью своего больного?! Но у него уже так сильно болел зуб, что, видимо, всё равно: «Делай!» – говорит. Я отметил точку у него на ухе и начал процедуру. Ничего не чувствует. «Давай, – говорит, – сильнее! Ну, я усилил сигнал. Не помогает. «Ещё усиливай!» Я объясняю: сильнее нельзя, уже некуда. Но он настаивает. Я усилил и сжёг ему ухо. Но зуб не прошёл.

Я говорю: дескать, надо докладывать на Землю. Юра ни в какую: «Я лётчик, боевой офицер, и буду жаловаться на зубную боль! Это позор!» И тогда я пошёл на военную хитрость: сказал, будто это у меня зуб болит, описал все Юрины симптомы. Посыпались советы: тем полоскать, то прикладывать. Ничего не помогает. Тут прибыли на станцию Губарев с Ремekom, привезли разные стоматологические инструменты и даже портативную бор-машину. Не дался им Романенко. Тогда я предложил привязать зуб к чему-нибудь и по старинке дёрнуть изо всех сил. На это Юрий тоже не пошёл, терпел до Земли, где ему зуб всё-таки удалили. А когда мы, наконец, приземлились, зубные врачи бросились ко мне. Я к тому времени уже забыл про свою хитрость и не сразу понял, чего им надо. Они потом мне отомстили: перед третьим полётом предлагали все зубы удалить и поставить съёмные протезы. Еле отбился...

– Иногда в «жёлтой» прессе проходят сообщения, что космонавты пьяные полетели на орбиту. Такое может быть?

– Чувш собачь! Это в принципе невозможно. Что касается лично меня, то пьяным я был один раз в жизни – в 11 лет. Мы тогда с мальчишками решили попробовать, что такое самогон. Взрослые пьют – и мы решили. Принесли кто сколько смог и напились до безобразного состояния. Кого-то рвало, кто-то ползал на четвереньках. Эта картина впиалась мне в память настолько, что я алкоголя в рот не брал, пока меня не утвердили в первый полёт. Тогда меня уговорили попробовать вино. С тех пор я мог выпить бокал вина или 20 г коньяка, но пьяным больше никогда не был.

– Затем, слетав в космос в 54 года, вы стали самым старшим космонавтом, побывавшим на орбите. Хотите ли сегодня полететь в космос в четвёртый раз и вновь побить «возрастной» рекорд?

– Хочу! Но вряд ли эту мечту буду осуществлять. Всему своё время. Моя мечта сегодня – дожить до контакта с другой цивилизацией. Думаю, это было бы прекрасно и немного страшно. Если бы настоящие инопланетные корабли однажды приблизились к нам и оттуда вышли разумные существа, я – как человек и космонавт – был бы счастлив. Раньше я не верил в НЛО, полностью отвергал их существование. Видел исключительно земные причины их существования: запуск ракет, самолёты, кусок ракетноносителя... Но однажды в Лондонской национальной галерее увидел картину: ярко-жёлтая тарелка в небе, и от неё исходит луч к Деве Марии. Что за ерунда? Смотрю – а там подпись: Карло Кривелли, 1484 г. Ничего себе! Такого «Благовещенья» я не видел ещё никогда. Весть о том, что Мария станет матерью Христа приходит не просто с неба – из летающей тарелки с помощью луча, похожего на лазерный! Почему автор изобразил всё так, а не иначе? Ответ кажется однозначным: он сам видел нечто подобное.

Беседу вела  
Наталья ЛЕСКОВА,  
корр. «МГ».

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

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

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

Дежурный член редколлегии – А. ПАПЫРИН.

Справки по тел.: 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67. Рекламная служба 8-495-681-35-96, 8-925-437-53-98. Отдел изданий и распространения 8-916-271-08-13. Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, 5-й этаж, Москва 129110. E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения). «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/счет 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

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

Заказ № 15-01-00157 Тираж 31 185 экз. Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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

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

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