

# Медицинская газета®

8 февраля 2017 г.  
среда  
№ 9 (7727)

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

## Акценты

# Детей становится больше

Такая позитивная тенденция отмечается в Прииртышье



По итогам минувшего года демографическая ситуация в районах Прииртышья складывается позитивно. По данным Управления записи актов гражданского состояния Омской области, в регионе в основном сохраняется естественный прирост населения.

Однако, несмотря на этот положительный «перевес», на рождение вторых и третьих детей в прошлом году всё же отважилось меньше супружеских пар. В основном «берут паузу» пары проживающие в сельской местности. Конечно же, появлялись на свет и двойни – их зарегистрировано 290, что на 63 меньше, чем в минувшем году.

К слову, стоит заметить, что средний возраст матери при рож-

### В Омском региональном перинатальном центре

дении ребёнка в сельских районах приближается к 28 годам, а в областном центре он остался прежним – 29 лет.

Как отмечают в Управлении ЗАГС Омской области, «сейчас почти нет резерва для роста рождаемости, поскольку численность женщин репродуктивного возраста продолжает снижаться». Чтобы изменить к лучшему ситуацию в наступившем году, в регионе запланированы мероприятия по улучшению репродуктивного здоровья населения, применению вспомогательных репродуктивных технологий, профилактике невынашиваемости беременности и снижению числа абортов.

Предусмотрена социальная поддержка молодых и студенческих

семей, а также беременных женщин и семей с детьми.

Стимулом для повышения рождаемости в регионе станет и областной материнский капитал при рождении третьего и последующих детей. Его можно направить на улучшение жилищных условий, получение образования ребёнком, а с прошлого года – ещё и на газификацию дома. Кроме того, для многодетных семей запланировано увеличение количества земельных участков, предоставляемых для индивидуального жилищного строительства.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Омск.



Екатерина ПЫРЬЕВА,  
заведующая лабораторией возрастной  
нутрициологии Федерального  
исследовательского центра питания  
и биотехнологий:

На сегодняшний день не вызывает сомнений необходимость дополнительного использования витаминов в питании ребенка.

Стр. 5

Леонид ПЕЧАТНИКОВ,  
заместитель мэра Москвы по вопросам  
социального развития, профессор,  
заслуженный врач РФ:

Коморбидность – один из главных трендов  
клинической медицины на современном  
этапе.

Стр. 11



Фабрицио БЕНЕДЕТТИ,  
профессор Университетской  
медицинской школы Турин (Италия):  
Действие плацебо формируется благодаří  
психосоциальному контексту.

Стр. 12

## Ориентиры

# Трансплантация: новые подходы

В Российской Федерации за прошедший год было проведено 1703 операции по трансплантации органов, что на 14,8% больше, чем в 2015 г. – это заметное достижение нашей медицины в развитии высоких технологий. На протяжении последних нескольких лет ежегодно выполнялось около 1500 таких операций. Для этого требовалось внедрить новые организационные подходы и финансовые механизмы. В связи с чем в 2015 г. были внесены поправки в основы об охране здоровья граждан, которые уже в 2016 г. позволили достичь ощутимых результатов.

По сообщению Минздрава России, благодаря использованию нового механизма финансирования медицинской деятельности, связанной с донорством органов, федеральным и региональным медицинским организациям субъектов РФ предоставлялись средства на медицинское обследование доноров, обеспечение сохранности и транспортировки донорских органов.

Также в 2016 г. была введена единная электронная система учёта доноров, донорских органов и реципиентов.

В течение прошедшего года Минздрав России также проводил мероприятия по информированию граждан по

вопросам донорства органов и их трансплантации. Как результат, в 2016 г. общими усилиями специалистов на фоне процессов изменения отношения населения к донорству было сохранено 1703 человеческих жизни, у которых не было иных шансов на спасение.

Отметим, что 20,6% от общего количества трансплантаций по всей стране (410 операций) в 2016 г. было проведено в Федеральном научном центре трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова.

Павел АЛЕКСЕЕВ.  
МИА Cito!

Москва.

## Перемены

# Столица расширяет амбулаторную сеть

До 2019 г. в Москве планируется построить 18 поликлиник. Об этом сообщили в столичном Департаменте строительства.

Все расходы на эти цели будут выполнены из средств Адресной инвестиционной программы Москвы. Уточняется, что кроме этого будет построено шесть подстанций скорой медицин-

ской помощи, восемь стационаров, в том числе три больничных корпуса, три патологоанатомических корпуса, один учебно-лабораторный корпус.

– В этом году планируется ввести 14 объектов здравоохранения: две детско-взрослых и одна детская поликлиники, четыре подстанции скорой медицинской помощи, три

стационарных корпуса и четыре инженерных объекта, – приводятся в сообщении слова руководителя Департамента строительства Москвы Андрея Бочкарева.

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Cito!

Москва.

## Сервисное обслуживание медицинской техники

- Комплексное обслуживание ЛПУ
- 60 сертифицированных сервисных инженеров
- Сертификаты ведущих производителей
- Лицензия на использование ИИИ
- Лицензия на метрологическое обслуживание
- 300 единиц подменного оборудования

+7 (495) 780-76-90; [service@stormoff.com](mailto:service@stormoff.com)  
[www.stormoff.com](http://www.stormoff.com)



## Новости

## Терапия осьминожками

Во Владивостокском клиническом родильном доме № 3 начали применять оригинальные методики для лечения и адаптации маленьких пациентов. Так, выхаживать малышей в детской реанимации специалистам учреждения помогают игрушки. Как пояснила главный врач роддома № 3 Светлана Сагайдачная, речь идет об элементе развивающего ухода, которым в данном случае выступают оригинальные вязаные осьминожки.

Влияние многочисленных кукол на психоэмоциональное состояние младенцев врачи объясняют сходством между формой щупалец осьминожек и пуповиной: держась за одну из ножек игрушки, ребёнок чувствует защищённость, которую испытывал, когда трогал пуповину в утробе матери.

— В нашем учреждении уже 11 лет действует отделение реанимации и интенсивной терапии новорождённых, — отметила С. Сагайдачная.

— Маленьkim пациентам требуется особый подход. Это и недоношенные дети, и младенцы с врождёнными пороками развития.

Узнав о важности таких игрушек для успешного лечения и реабилитации новорождённых, чуткие горожане помогли родильному дому № 3 в его начинании, в приобретении столь необходимых игрушек.

Николай ИГНАТОВ.

Владивосток.

Самые  
востребованные медвузы

Омский государственный медицинский университет вошёл в десятку наиболее востребованных медицинских вузов России, заняв 6-е место в национальном рейтинге.

Всего же в исследовании «Социальный навигатор», которое провело одно из информационных агентств России, участвовало 47 высших медицинских учебных заведений. Их оценка проводилась по таким критериям, как востребованность подготовленных специалистов работодателями, коммерциализация интеллектуального продукта, производимого вузом, научно-практическая деятельность.

Лидерами в номинации «Медицинские вузы» признаны Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Нижегородская государственная медицинская академия и Сибирский государственный медицинский университет.

Николай ВАСИЛЕВСКИЙ.

Омск.

## Интернет совсем рядом

В течение ближайших двух лет все медучреждения в сёлах с населением более 250 человек будут подключены к интернету. Об этом на днях заявил министр связи и массовых коммуникаций РФ Николай Никифоров.

Ещё в начале декабря минувшего года Президент РФ Владимир Путин поручил в сжатые сроки распространить интернет на все поликлиники и больницы. Позднее председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев дал соответствующие указания Минздраву России, Министерству коммуникаций и связи, а также федеральному Минфину.

— У нас срок — два года, — заявил Н. Никифоров, отметив, что в масштабах страны примерная цифра подключения медучреждений без учёта фельдшерско-акушерских пунктов составляет порядка 65% и, соответственно, осталось подключить 35% медучреждений.

При этом, что характерно, федеральный министр отметил, что на эти цели в 2015-2016 гг. выделено меньше денежных средств, чем планировалось.

— Если для этого потребуются какие-то дополнительные решения, я уверен, что правительство их примет. Сейчас идёт проработка с субъектами Федерации по детализации перечня этих поликлиник. Когда мы их подключим, получим единую бесшовную электронную среду для развития электронного здравоохранения, — добавил Н. Никифоров.

Примечательно, что ранее министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова пообещала, что до конца минувшего года 70% рабочих мест врачей будут подключены к единой информационной системе.

Валентин СТАРОСТИН.

Москва.

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

## Вехи

Санкт-Петербургскому научно-исследовательскому институту скорой помощи им. И.И.Джаниелидзе исполнилось 85 лет!

Медицинским брендом Северной столицы назвал именинника губернатор Георгий Полтавченко, когда лично пришёл поздравить со знаменательной датой двухтысячный коллектив учреждения, чьё летоисчисление началось в первый день февраля 1932 г. приказом Ленинградского городского отдела здравоохранения за № 18.

Торжественные мероприятия по случаю знаменательной даты со дня основания одной из лучших

## «Джаниелидзе» будет расти вширь

многопрофильных клиник не только города, но и страны состоялись в Большом драматическом театре им. Г.А. Товстоногова. А начались они с зачтения текстов приветствий Президента и председателя Совета Федерации Федерального собрания РФ.

Г. Полтавченко лично вручил награды и почётные грамоты группе сотрудников НИИ, но, пожалуй, главным подарком для всех присутствующих явилось сообщение градоначальника о принятом в

Смольном решении строить новый 4-этажный корпус на территории института. В нём разместится отделение экстренной помощи.

Как уточнил в разговоре с журналистами директор Санкт-Петербургского НИИ им. И.И. Джаниелидзе профессор Валерий Парфёнов, сегодня половина пациентов, доставленных в клинику «скорой», нуждаются не в стационарном, а в амбулаторном лечении, или же в быстром обследовании, назначении терапии

и направлении на долечивание в амбулаторных условиях. Для

применения такой схемы с пациентами в новом корпусе будут открыты отделения досуговой госпитализации и краткосрочного пребывания, последнее предполагает трёхдневное нахождение на койке. Кроме того, здесь расположатся операционные и отделения реанимации и интенсивной терапии, где станут получать современные пособия пациенты с острым коронарным синдромом,

а также больные с острым нарушением мозгового кровообращения.

Подсчитано: возведение объекта и «насыщение» его медицинским оборудованием, в том числе тяжёлой диагностической техникой, обойдётся инвестору в 6 млрд руб. Не исключено, что утверждённый проект будет реализован в рамках государственно-частного партнёрства.

Владимир КЛЫШНИКОВ,  
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

## Тенденции

Высокие технологии  
приходят в Приморье

Они уже привычны для жителей региона

Количество квот, выделяемых приморцам на бесплатную позитронно-эмиссионную томографию, позволяющую на ранних стадиях диагностировать онкологические заболевания, увеличено в 2017 г. почти в два раза.

Как сообщил на встрече с вице-губернатором Павлом Серебряковым директор Департамента здравоохранения Приморского края Андрей Кузьмин, в этом году 1030 человек смогут пройти ПЭТ-исследования в медицинском центре Дальневосточного федерального университета на острове Русском, ещё 470 человек будут направлены для этого в Хабаровск.

Как отметил П. Серебряков, увеличение числа квот на ПЭТ-исследования в центре позволит большему количеству людей пройти обследование, не покидая пределы края.

— Мы не просто говорим о доступности медицинской помощи, мы делаем конкретные шаги для этого. Помощь онкологическим больным в числе тех направлений, которым сегодня уделяется пристальное внимание, — подчеркнул А. Кузьмин. — В этом году по



региону будет вновь курсировать медицинский автопоезд «Забота», в состав которого включает и врача-онколога.

Примечательно, что все обследования у специалистов передвижной поликлиники, а также ПЭТ-исследования проводятся для жителей края бесплатно по полису ОМС.

В Приморье также ведётся

работа по созданию Центра ядерной медицины. Проектная мощность центра обеспечит ПЭТ-диагностику 6 тыс. человек, столько же ежегодно смогут проходить другие виды обследований.

Николай РУДКОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

## Профилактика

Здоровье —  
в ваших руках!

С чётких цифр статистики начала беседу со старшеклассниками средней общеобразовательной школы № 21 врач Центра здоровья детской поликлиники № 2 Владивостока Ирина Цагаева. Статистика утверждает, что 20% здоровья нам передаётся по генам, 20% — это экология, и лишь 10% — старания медиков. В остальном же здоровье зависит непосредственно от самого человека.

Во многом от того, как именно юноши и девушки, «обдумывающие житьё», распоряжаются своими «процентами здоровья» и зависит их будущее.

По мнению врачей Центра здоровья, которые регулярно выступают перед старшеклассниками Владивостока, здоровый образ жизни у молодых людей складывается из четырёх составляющих: рационального питания, режима дня, зака-

ливания, отсутствия вредных привычек.

Конечно же, наибольший интерес у аудитории, состоящей из учеников 10-11-х классов, вызывает часть лекции, где говорилось о вредных привычках. Как известно, «запретный плод сладок», и сегодня под вредными привычками молодёжи без обиняков подразумевается не только курение, но и употребление наркотиков и алкоголя. Именно поэтому са-

мую «интересную» часть лекции проводила врач-нарколог Елена Корзун, которая в ярких красках обрисовала «подводную часть айсберга» — последствия употребления наркотиков.

Как говорится, «лучше один раз увидеть, чем 100 раз услышать», именно поэтому аудитории был показан фильм, снятый в жанре социальной рекламы и, по мнению педагогов и врачей, не оставил никого равнодушным.

В интервью «МГ» И. Цагаева отметила, что распространению вредных привычек в регионе вообще и в Республике Северная Осетия — Алания, в частности, во многом противодействует «кавказская ментальность», в первую очередь здесь можно говорить о негативном отношении общественного мнения и семьи к проникновению чуждых народам Кавказа субкультур.

Рубен КАЗАРЯН,  
соб. корр. «МГ».

Республика Северная Осетия — Алания.

и направлении на долечивание в амбулаторных условиях. Для применения такой схемы с пациентами в новом корпусе будут открыты отделения досуговой госпитализации и краткосрочного пребывания, последнее предполагает трёхдневное нахождение на койке. Кроме того, здесь расположатся операционные и отделения реанимации и интенсивной терапии, где станут получать современные пособия пациенты с острым коронарным синдромом,

Владимир КЛЫШНИКОВ,  
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

## Признание

# Работа учёных-медиков отмечена государством

**В Москве прошла церемония вручения премий Правительства РФ в области науки и техники за 2016 г. Награды лауреатам вручали председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев и министр образования и науки Российской Федерации Ольга Васильева.**

Лауреатами стали 156 человек, в их числе 7 академиков и 5 членов-корреспондентов Российской академии наук, 65 докторов наук и 77 кандидатов наук – представители 17 регионов страны, в том числе Москвы, Санкт-Петербурга, Республики Татарстан, Алтайского края, Иркутской, Нижегородской, Новосибирской, Ростовской и других областей.

В числе восьми научных коллективов, работы которых отмечены премиями Правительства РФ 2016 г. в области науки и техники, один научно-медицинский. За разработку и внедрение

междисциплинарной стратегии в лечении колоректального рака присуждена:

Юрию Шелыгину, доктору медицинских наук, профессору, директору Государственного научного центра колопроктологии им. А.Н.Рыжих Минздрава России, руководителю работы; Сергею Ачкасову, доктору медицинских наук, профессору, руководителю отдела того же учреждения; Ильдару Агуллинину, доктору медицинских наук, заведующему отделением Республиканского клинического онкологического диспансера Минздрава Республики Татарстан; Олегу Киту, доктору медицинских наук, профессору, директору Ростовского научно-исследовательского онкологического института Минздрава России; Екатерине Пальцевой, доктору медицинских наук, заведующей отделением Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского; Марине Секачевой, доктору

медицинских наук, врачу-онкологу того же учреждения; Арсену Расулову, доктору медицинских наук, заведующему отделением Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России; Сергею Тюляндину, доктору медицинских наук, профессору, заместителю директора того же учреждения; Олегу Скиленко, доктору медицинских наук, профессору, руководителю учебно-методического центра хирургических технологий образовательных подразделений Федерального научного центра трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова Минздрава России; Георгию Франку, доктору медицинских наук, профессору, академику РАН, заведующему кафедрой Российской медицинской академии последипломного образования Минздрава России.

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ»

## Решения

# Гомеопатии в России объявят бойкот?

**Комиссия по борьбе с лженакуой и фальсификацией научных исследований, работающая при президиуме Российской академии наук, вынесла приговор гомеопатии, назвав методы диагностике и лечения, основанные на использовании сверхмальных доз различных веществ, не имеющими научных оснований, а следовательно – лженакучными. В опубликованном меморандуме члены комиссии уточняют, что их вывод в отношении гомеопатии не голосован, он опирается на тщательный анализ публикаций в российских и зарубежных научных изданиях, отчётов о клинических исследованиях.**

«Гомеопатия как вид альтернативной медицины существует уже более 200 лет. За это время неоднократно предпринимались попытки подвести под гомеопатию научную базу. Все они оказались в итоге безуспешными. Многочисленные предложенные теоретические объяснения возможных механизмов действия гомеопатии находятся в противоречии с твёрдо установленными научными представлениями о структуре материи, устройстве живых организмов и функционировании лекарственных средств. Комиссия подтверждает, что принципы гомеопатии и теоретические объяснения механизмов её предполагаемого действия противоречат известным химическим, физическим и биологическим законам, а убедительные экспериментальные подтверждения её эффективности отсутствуют», – сказано в тексте документа.

Справедливость данного заключения подтверждена подписями не только председателя комиссии по борьбе с лженакуой, академика РАН Евгения Александрова, но также ещё 34 экспертов, среди которых

практикующие врачи и учёные, представляющие разные области науки.

Авторы меморандума настаивают на том, что гомеопатия не является безвредной: больные тратят значительные средства на недействующие препараты и преобретают средствами лечения с подтверждённой эффективностью, что может приводить к неблагоприятным исходам, в том числе к смерти. Следовательно, её применение в медицине должно рассматриваться как противоречащее основным целям отечественного здравоохранения и получить противодействие со стороны государства.

В связи с этим комиссия РАН по лженакуе рекомендует Минздраву России пересмотреть решения о внедрении гомеопатии в систему российского здравоохранения, которые были приняты более 20 лет назад, вывести гомеопатические препараты из медицинского употребления в государственных лечебных учреждениях. А также не включать гомеопатию в стандарты оказания медицинской помощи и клинические рекомендации (протоколы лечения).

Также предлагается обязать производителей гомеопатических лекарственных препаратов обязательно указывать на упаковке на отсутствие доказанной клинической эффективности.

В свою очередь, Федеральной антимонопольной службе рекомендуется «обеспечить защиту граждан от недостоверной рекламы гомеопатии, заявляющей о наличии у гомеопатических препаратов лечебных свойств».

А всем организациям, которые реализуют образовательные программы в сфере здравоохранения, предлагается свернуть программы повышения квалификации по гомеопатии и иные курсы, включающие данную тему. Более того, комиссия по лженакуе считает важнымзнакомить будущих медиков и врачей, проходящих последипломное обучение, «с содержанием и критикой распространённых лженакучных представлений в области медицины, включая гомеопатические».

В документе есть рекомендации Росздравнадзору, страховым компаниям, аптекам, фармацевтам и провизорам, врачам, СМИ и, как ни странно, самим гомеопатам. Последним авторы меморандума советуют знакомиться с современными научными данными об эффективности гомеопатии и рекомендовать пациентам посетить врача не гомеопата для получения научно-обоснованных рекомендаций.

Елена ЮРИНА.

## Проекты

# Земский фельдшер

**Верхняя палата российского Парламента считает необходимым использовать опыт реализации федеральной программы «Земский доктор» при развитии в общероссийском масштабе программы «Земский фельдшер». Об этом в ходе встречи с тружениками социальной сферы села сообщила председатель Совета Федерации Валентина Матвиенко.**

– Совет Федерации предлагает в общероссийском масштабе перейти к аналогичной программе «Земский фельдшер», она позволит пополнить сельское здравоохранение специалистами со средним медицинским образованием, – заявила В.Матвиенко.

Программа «Земский фельдшер» рассчитана на специалистов со

средним медицинским образованием и уже проводится в ряде регионов РФ.

Примечательно, что федеральная программа «Земский доктор» реализуется с 2012 г. Согласно законодательству, до 2015 г. единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн руб. выплачивались медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим после окончания медицинского вуза на работу в село или рабочий посёлок. С 2015 г. возрастной ценз для участников программы увеличен, теперь воспользоваться выплатой при переезде и трудоустройстве в сельской местности могут специалисты в возрасте до 45 лет.

Матвей ШЕВЛЯГИН.

МИА Cito!

## Акции

# Позабыли о сердце

**«Забота о сердце» – так называли свою недавнюю акцию врачи Малгобекской центральной районной больницы Республики Ингушетия.**

у 26 – гипертоническая болезнь, у 9 пациентов – ишемическая болезнь сердца. Все они поставлены на учёт и направлены на дополнительное обследование.

К слову, такие акции в центральной больнице проводятся не от случая к случаю, а вошли в систему, и теперь с большой долей вероятности можно предположить, что и пациенты с вновь выявленной патологией и, вообще, все участники акции «Забота о сердце» станут бережнее относиться к своему здоровью.

В ходе акции было обследовано 122 человека, и для 35 из них впервые выявленная патология явилась полной неожиданностью:

Игорь РУБИНОВ.

МИА Cito!

Республика Ингушетия.

## Криминал

# «Благодарность» за спасение



**По сообщению Минздрава Краснодарского края, страшная история недавно произошла в Сочи. Медики приехали на вызов к пациенту, который потерял сознание. Бригада немедленно приступила к жизнеспасающим мероприятиям. В результате реанимационных действий пациент пришёл в сознание. Однако дальше повёл себя крайне агрессивно: ударил фельдшера коленом, повредил аппаратуру в автомобиле «скорой помощи». Затем вырвался из салона, сел за руль своего автомобиля и уехал.**

Бригада незамедлительно сообщила о происшествии в полицию. По последней информации, агрессивный пациент задержан сотрудниками правоохранительных органов города.

Анапа, Темрюк, Геленджик, Краснодар, Сочи... Пожалуй, пора отметить на карте края города, в которых позволяют себе нападать на тех, кто спасает жизнь больным людям. Всего за последние 2 года в крае

зарегистрировано более 50 случаев такого преступного поведения.

Краснодарская краевая общественная организация медицинских работников, членом которой является министр здравоохранения Евгений Филиппов, оказывает правовую поддержку всем нуждающимся в ней медикам, занимается юридическим сопровождением тех, кто пострадал при исполнении своего долга.

Руководитель этой профессиональной общественной организации доктор Дмитрий Любченко неоднократно говорил, что врачи, фельдшеры, медсёстры, водители должны быть защищены от нападений законом, и в этом заинтересован каждый, к кому они ежедневно спешат на помощь. «Это, безусловно, вызов всему медицинскому сообществу. Мы будем делать всё, чтобы поддержать нашего коллегу и добиться справедливости всеми законными способами», – отметил Дмитрий Александрович.

Аревик ТАМРАЗИН,  
внешт. корр. «МГ».

Краснодар.

**Насколько эффективна система здравоохранения в России?** Этот вопрос то и дело возникает перед нами. Естественно, ответ на него разумно будет поискать у людей знающих, авторитетных, наделённых соответствующей властью. Таких, как заместитель председателя Комитета по социальной политике Совета Федерации РФ, доктор медицинских наук, профессор Людмила КОЗЛОВА. С этого непростого вопроса и началась наша беседа.

— Людмила Вячеславовна, три года вы уже работаете в Совете Федерации, прида в Верхнюю палату Парламента из самой гущи практического здравоохранения и медицинской науки, ведь у вас за плечами десятилетия трудовой деятельности в качестве руководителя кафедры госпитальной педиатрии, проректора Смоленской медакадемии, а уже будучи многие годы профессором, вы пошли заведовать отделением в городской детской больнице... И вот теперь в вашей биографии ещё и достаточно солидный опыт законотворческой работы. Итак, на взгляд сенатора, сколь эффективна сегодня система здравоохранения России?

— То, что наше здравоохранение развивается, очевидно. Об этом говорят объективные показатели: увеличилась, впервые превысив 72 года, продолжительность жизни, значительно снизился уровень смертности во всех возрастных группах населения, а материнская и младенческая смертность достигли минимальных показателей в истории России. Есть успехи в реализации программы «Земский доктор», утверждена единая комплексная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции до 2020 г., сделан реальный шаг к созданию пациентоориентированной модели здравоохранения – сформирован институт страховых представителей, в задачи которых входит не просто помочь пациенту, но и реальная защита его интересов.

Однако... Давайте в основу своей деятельности положим предметную реализацию поручений Президента нашей страны, высказываемых им в ежегодных посланиях Федеральному Собранию. Наши усилия, подчёркивает Владимир Владимирович, должны быть направлены на сбережение людей, умножение человеческого капитала, поддержку традиционных ценностей и семьи, на демографические программы, улучшение экологии, здоровья людей, развитие образования и культуры.

— **Каковы, по-вашему, узловые проблемы, мешающие выполнению установки Президента, каковы векторы их решения?**

— Все проблемы, которые есть в такой многогранной отрасли, как здравоохранение, являются сложными. Их немало, но основные – дефицит медицинских кадров, качество и доступность медицинской помощи.

Сейчас меня волнует дискуссия о реформе педиатрической и терапевтической служб, при помощи которой пытаются решить вопрос дефицита кадров. Я имею в виду фактическую подмену педиатрической и терапевтической участковой служб обслугиванием врачами общей практики. На мой взгляд, это целесообразно в сельской местности и в очень малых районных городах, но не в мегаполисах, не в областных центрах и не в крупных районных городах. Это не только разрушает структуру и принцип участковой педиатрической и терапевтической службы, но и, самое главное, профилактическую работу.

Дефицит медицинских кадров по стране более чем ощущим. На это очень много причин, но одна из главных – падение престижа специальности, низкий социальный статус врача, отсутствие льгот по предоставлению жилья,

## Авторитетное мнение

# В поисках разумной эффективности

## Возможно ли это в здравоохранении?



небольшие заработные платы. Как решить «квартирный» вопрос? Полагаю, так же, как решён он с обеспечением семей военнослужащих, – выдавать сертификаты на жильё. Врачи тоже воюют – только за здоровье людей! Эпоху «бесквартирья» медиков надо заканчивать! А начинать надо с предоставления служебной квартиры, комфортного общежития, льготной ипотеки. Здесь, кстати, очень многое зависит от настроя власти на местах. Скажем, в сельском и дотационном Глинковском районе Смоленской области врачу сразу же оплачивают 95% стоимости ипотеки. Пример, который ждёт своих продолжателей!

Теперь что касается повышения заработной платы, о которой частоrapортуют губернаторы. Как можно её увеличить, если фонд заработной платы не растёт? Механическим сокращением кадров и повышением нагрузки? А это приведёт – и приводит – к снижению качества и доступности медицинской помощи. Порочный круг! Проблемы взаимозависимые. Но корневая – дефицит врачей: не ликвидировав его, кардинально не поднимешь уровень лечения.

— **А вузов-то, точнее медицинских факультетов, при губернских классических университетах стало больше. Количество выпускников увеличилось...**

— Я была и остаюсь во многом не согласной с практикой открытия медицинских образовательных учреждений на местах и считаю, что они должны работать под эгидой Минздрава, а не Минобразования. Концентрация медвузов в центре России высокая, только в Москве их четыре, плюс Рязань, Тверь, Смоленск, Иваново, Воронеж и т.д., сложились медицинские школы, а мы открывали медфаки в близлежащих областных центрах, но ведь уровень преподавания там характеризуется усреднённой степенью подачи учебного материала, так как учат там врачи-практики. Да, они профессионалы, но они далеки от медицинской педагогики. Хорошо, что, например, брянские руководители не поддались в своё время моде на открытие у себя очередного медвуз, а просто укрепили связи со Смоленским университетом (тогда академией), и теперь получают из вуза с многолетней историей надёжно обученных специалистов.

— Кстати, и не только у обычного врача в адрес страховой медицины много нареканий. Люди постоянно жалуются, что им не хватает на лечение денег или квот. Почему в России система страхования так и не заработала?

— Внедряя это новшество, реформаторы хотели снизить затраты на здравоохранение, повысить

эффективность и качество. Авторы реформы считали, что кроме бюджетного финансирования в отрасль пойдут инвестиции от продажи медицинских услуг, лечебные учреждения начнут конкурировать и бороться за пациента.

Не получилось: реформаторы не всё продумали, не учли огромную территорию России, плохие дороги и низкую плотность населения на большей части страны. Поэтому сейчас, находясь в пространстве страховой медицины, всем нам надо подумать, как выйти из сложившейся ситуации и свести негативные последствия к минимуму.

— **Главный принцип нашей страховой медицины – «деньги идут за больным». Выходит, он не оправдал себя?**

— На мой взгляд, нет. Этот принцип означает, что медицинское учреждение получает финансирование за то, что лечит пациентов. Выходит, врач должен быть заинтересован в том, чтобы у него было как можно больше больных. В то время как наша медицина всегда отличалась профилактической направленностью, важной составляющей которой была регулярно проводимая качественная диспансеризация.

Сегодня профилактическая медицина почти забыта. Очень хорошо, что мы сейчас активно пропагандируем здоровый образ жизни, ищем соответствующие мотивации, но забываем советский опыт, когда кружки и секции были бесплатными, а физкультура и спорт – массовыми, количество переходило в качество, чемпионы шли к олимпийской медали, сначала завоевав значок ГТО. Я с удовлетворением констатирую факт появления при правительстве рабочей группы во главе с Ольгой Голодец, которая разрабатывает проект закона о стимулировании мотивации здорового образа жизни. Принятие такого закона во многом позволит, в том числе, вернуться к принципам профилактической медицины, которые были популярны в СССР. Указ по борьбе с курением работает, хотя скептики не верили в своё время. Будет работать и закон о здоровом образе жизни! Мы просто должны стопроцентно и системно выполнять намеченные, показавшие себя эффективными программы. Скажем, при реализации программы «Земский доктор» нельзя допускать, чтобы были перебои с выплатами, стоит распространять и опыт администрации Воронежской области, где работает программа «Земский фельдшер».

— **Такие программы в отличие от пресловутой оптимизации работают на доступность медицины, на её профилактическую направленность, на индивидуальную работу с пациентом?**

— Индивидуальный подход к больному был, есть и остается основой деятельности врача. К сожалению, схоластический подход к работе всё более преобладает, клиническое мышление не требуется. Врач сегодня вынужден думать о том, как избежать штрафных санкций, а не о том, как комплексно, с учётом фона, обследовать больного. Поставлен диагноз «воспаление лёгких» – лечи воспаление, а то, что у пациента повышенная масса тела и надо при

этом хотя бы определить уровень сахара в крови и состояние липидного обмена – это учитывать, оказывается, необязательно, более того, за излишние старания можно быть наказанным. И нередко те, кто незаслуженно попал под такие административные санкции, уходят из практической медицины – таковы реалии – в фармацевтические и страховые компании. Почему сейчас нужен врач, исполняющий только стандарты? С одной стороны, стандарты хороши, но почему мы забываем принципы академика Н. Семашко, профилактику и индивидуальный подход, многократно проверенные отечественной медициной и подхваченные мировой?

Кстати, оптимизация – это отнюдь не есть секвестирование. Работая в постоянном контакте с министерством, я знаю, что оно не настаивает на закрытии коек. Если они неэффективно работают, то их можно перепрофилировать в реабилитационные, паллиативные или другого лечебного направления. Это ведь право региона – определять контуры регионального здравоохранения. У меня складывается такое впечатление, что очень часто из-за нежелания заниматься выстраиванием новой сети всё отдают на откуп экономистам. А их подходы – механическое избавление от подразделений, которые оказываются плохо загруженными.

С другой стороны, очевидно, что сколько денег государство ни выделит здравоохранению при неэффективном их расходовании, они не принесут результата. Должна быть разумная эффективность. А чтобы её достичь, надо вспомнить прекрасные русские поговорки: одна голова – хорошо, а две лучше, семь раз отмерь – один отрежь... Но у нас часто в лечебных учреждениях складывается обстановка, когда врачи, чтобы не оказаться завтра на улице, просто боятся спорить с начальством. В результате реформирование проводится волонтаристски, как это было, например, в столичном здравоохранении. Амбулаторное звено было не подготовлено к работе в новых условиях, но настойчиво разрушалось стационарное. Это не могло не сказатьсь на доступности медицинской помощи. Да и не только в Москве. В областных центрах достаточно часто один кардиолог или эндокринолог обслуживает две, а то и три поликлиники. Какая уж тут доступность!

Конечно, последние годы стали прорывными в деятельности здравоохранения. Но, реализуя новые направления, используя высокие технологии, нельзя забывать о пациентах, о качестве медицинской помощи, о целенаправленном повышении профессионального уровня медиков. Сейчас в Государственной Думе и Совете Федерации стало больше сенаторов-врачей. И наше взаимодействие с Министерством здравоохранения становится всё более интенсивным и конструктивным, а это залог того, что задачи, которые ставят перед нами Президент, мы будем стремиться решать с максимальной эффективностью.

Беседу вёл  
Владимир КОРОЛЕВ,  
корр. «МГ».  
Фото автора.

Надо ли говорить, сколь важно правильное питание для здоровья и развития ребёнка? Кажется, об этом все всё знают. Однако странное дело – конференции, конгрессы, симпозиумы, посвящённые этой теме, вызывают неизменный интерес: из года в год приходится видеть переполненные залы. Одних волнуют новые данные (например, относительно уровня потребления белка), других – ответы на вопросы, возникающие в каждой практической деятельности (скажем, до какого возраста рекомендовать кормить малыша грудью, мнения на сей счёт разные), третьих – методики консультирования родителей по «взращиванию» гениев. Но непременно на таких мероприятиях заходит речь о роли витаминов, очевидно, потому что дети любого возраста, даже при условии правильно организованного питания, относятся к группе риска по дефициту витаминов, поскольку процесс роста и развития у них очень активный, формируются органы и системы (костно-мышечная, нервная, иммунная, психоэмоциональная и др.). Кроме того, они имеют особенности аппетита, избирательность в пище, что не может гарантировать адекватное поступление всех необходимых продуктов питания.

#### Кто в группе риска

Обследование детей, посещающих детский сад в Дмитровском районе Московской области, показало, что обеспечены всеми витаминами были только 18% воспитанников, то есть каждый шестой ребёнок. Каждый пятый малыш имел недостаток одного витамина, а большинство детей – 3-4 витамина. Такая же картина открылась и в Екатеринбурге, и в других субъектах РФ.

От 50 до 70% как детского, так и взрослого населения имеют сочетанный дефицит, то есть недостаток сразу нескольких витаминов, прежде всего витамина D, витаминов группы В, в ряде регионов витамина С, а также бета-каротина. Плюс, на это накладывается недостаток многих минеральных веществ (кальций, йод, железо, цинк, магний).

Влияние витаминов огромное, но проявляется их дефицит порой не специфично: в виде изменений и задержек развития и роста; снижения способности к обучению, устойчивости к физическим и эмоциональным нагрузкам, а также к неблагоприятным факторам внешней среды, как инфекционным, так и экологическим. Известно, что недостаток витаминов повышает риск хронизации заболеваний, а при наличии хронической патологии увеличивает частоту обострений. Появились много работ, которые показывают влияние обеспеченности витаминами на ранних этапах развития ребёнка, на его состояние здоровья во взрослой жизни, скажем, значительный рост переломов шейки бедра связан в том числе и с недостаточной обеспеченностью факторов костеобразования на ранних этапах развития ребёнка. Есть данные, которые касаются роли витамина D не только в функционировании костной ткани, но и внекостной (риск развития онкологических заболеваний, сахарного диабета, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, дисфункций иммунной системы и др.).

#### Несомненная необходимость

– На сегодняшний день не вызывает сомнений необходимость дополнительного использования витаминов в питании ребёнка, – считает заведующая лабораторией возрастной нутрициологии Федерального исследовательского центра питания и биотехнологий кандидат медицинских наук Екатерина Пырьева.

По её словам, особое внимание следует уделять детям, получающим нерациональное питание, занимающимся спортом, детям с недостатком и избыtkом массы тела, проживающим в экологически неблагоприятной обстановке, придерживающимся вегетарианской системы питания, получающим эlimинационные диеты (например, безмолочную),

с учётом возраста, потребности в отдельных ингредиентах. Правда, бытует заблуждение, что синтетические витамины плохо усваиваются. По мнению специалистов, это не так. Сейчас синтезируют абсолютно идентичные по структуре, не отличающиеся от природных витаминов. Да и само понятие синтеза претерпело изменения, например, витамины B<sub>2</sub> и B<sub>12</sub> очень часто получают с помощью микробного синтеза.

Почему рациональнее приём ВМК, а не отдельных витаминов – специалисты объясняют следующим образом. Поступая с пищей, витамины должны превратиться в свою биологически активную форму. Для этого, на-

ви поднимется до нормы). А для быстрого устранения дефицита хорошо использовать комплексы форте с повышенным содержанием, то есть порядка 200-300% от рекомендуемого суточного потребления. Они ликвидируют дефицит буквально через 2 недели. Приём такого комплекса ограничивается месяцем, после чего следует перейти на ВМК с более низким содержанием витаминов.

Известно, что педиатры боятся рекомендовать витамины детям, страдающим аллергией, опасаясь спровоцировать нежелательную реакцию. Как показали исследования, обеспеченность витаминами у таких пациентов

минов в грудном молоке, – рассказала Вера Митрофанова. – Оказалось, у женщин, которые принимали витамины во время беременности, а после рождения ребёнка перестали это делать, содержание витаминов в грудном молоке сильно упало. А у мам, продолжавших принимать специальные комплексы, оно было достаточным для обеспечения ребёнка, да и объём самого молока больше.

– Существует мнение, что использование витаминно-минеральных комплексов может увеличивать число детей, рожденных с высокой массой тела (более 4 кг), – говорит доктор медицинских наук профессор Мария Гмошинская. – Мы провели исследование, оказалось, не увеличивает.

Профессор подчеркнула, что если женщина употребляет специализированные продукты для беременных и кормящих матерей, обогащённые витаминами, то к приёму витаминных комплексов прибегать не стоит. Вместе их использовать нельзя, чтобы не вызывать передозировку.

#### Берегите микробиоту

От питания ребёнка во многом зависит и состав микробиоты, которой сейчас придаётся очень большое значение. (Кстати, вес бактерий, населяющих нас, в 3 раза больше веса мозга).

Изменение многообразия микрофлоры кишечника ведёт к увеличению риска развития различных патологий, в том числе воспалительных заболеваний кишечника и аллергических болезней. Кроме того, есть исследования, показывающие снижение развития речи при снижении многообразия микробиоты кишечника.

Сегодня растёт число детей, страдающих аутизмом. Причин пока никто не знает. Но отмечена взаимосвязь между составом микробиоты и этим заболеванием. Что первично, а что вторично, неизвестно.

Кандидат медицинских наук Александра Суржик напомнила, что первые 1000 дней жизни ребёнка (с внутриутробного периода до 2 лет) – критический отрезок времени для формирования микробного пейзажа человека. Очень важно – чем ребёнок вскармливается, доношенным ли он родился или недоношенным, естественным путём или с помощью кесарева сечения, испытывала ли мама стресс, как долго малыш находился в стационаре, использовали ли антибиотики...

К сожалению, до сих пор у педиатров в ходу такой несуществующий ныне диагноз как «дисбактериоз» и неистребимо желание его вылечить, популярно назначение пробиотиков и преобiotиков без всяких на то оснований.

– Эффекты каждого вида пробиотиков и преобиотиков должны быть доказаны в исследованиях, нельзя переносить свойства одного на другие штаммы пробиотиков и виды преобиотиков. Не все бактерии одинаково полезны, не все преобиотики идентичны. Берегите микробиоту, относитесь к ней осторожно, не вмешивайтесь, когда это не надо, – призвала А. Суржик.

На конференции, посвящённой питанию детей, также были затронуты и другие проблемы, например, вскармливания младенцев, лишённых материнского молока. Не обошлось и без обсуждения вопросов содержания пальмового масла в искусственных смесях.

**Валентина ЕВЛАНОВА,**  
корр. «МГ».

Фото автора.

#### Итоги и перспективы

# Питание ребёнка: новые грани старых проблем

## Дефицит витаминов в еде малыша часто наносит вред его здоровью



Несбалансированный рацион питания имеют до 80% российских детей

страдающим заболеваниями желудочно-кишечного тракта, почек, эндокринной системы, детям, длительно принимающим некоторые лекарственные препараты (противосудорожные, гормональные, противотуберкулёзные), имеющим ограниченный двигательный режим и недостаток инсоляции. А уж часто болеющим ребятишкам коррекция микронутриентного статуса необходима в обязательном порядке. Хотя педиатры об этом нередко забывают.

Восполнить дефицит витаминов у детей старше года можно путём использования обогащённых продуктов питания или приёма специализированных витаминно-минеральных комплексов (ВМК), созданных для различных возрастных категорий.

Большинство витаминно-минеральных комплексов зарегистрировано в качестве биологически активных добавок в пищу. Лишь для детей младше 1,5 лет они зарегистрированы в качестве лекарственных средств.

Главное при использовании витаминов для детей – чёткое соответствие дозы возрасту. Большое разнообразие ВМК на рынке позволяет подобрать их

пример, витамину D необходимо, чтобы организм был хорошо обеспечен витаминами С, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, К. Или чтобы образовалась активная форма витамина В<sub>6</sub>, требуется достаточная обеспеченность витамином В<sub>2</sub>. Поэтому полигиповитаминозные состояния нельзя устранить назначением одного какого-то витамина, стоит назначать комплекс.

Все знают, как для беременных опасен дефицит фолиевой кислоты, но доказано, что именно приём поливитаминного комплекса, содержащий полный набор витаминов, включая фолиевую кислоту, имеет целый ряд преимуществ.

По словам специалистов, эффективность приёма комплексов зависит, прежде всего, от дозы. Если она составляет 30-50% от рекомендуемого суточного потребления, то эффект наступит не ранее чем через 3 месяца, и такие комплексы можно принимать постоянно, без перерывов, как поддерживающие, профилактические. Комплексы с дозировками примерно 100% от адекватного уровня потребления дадут эффект примерно через месяц (уровень витаминов в кро-

существенно ниже, чем у здоровых детей аналогичного возраста. Между тем в работе, опубликованной сотрудниками Научного центра здоровья детей, было доказано, что приём витаминно-минерального комплекса нормализовал витаминный статус детей с бронхиальной астмой, снизил частоту обострений заболевания и частоту ОРВИ.

– Аллергию могут вызывать вспомогательные вещества (наполнители, красители, ароматизаторы), но не сами витамины в тех дозах, которые содержатся в комплексах для детей, – уверяет признанный авторитет в витаминологии, заведующая лабораторией витаминов и минеральных веществ Федерального исследовательского центра питания и биотехнологий профессор Вера Коденцова.

#### До рождения и после

Для коррекции дефицита витаминов и минералов у детей первого года жизни, находящихся на естественном вскармливании, прежде всего следует обеспечить адекватный рацион питания матери и своевременно ввести прикорм (каши, соки и др.). Специализированные витаминно-минеральные комплексы для грудничков есть, но в ограниченном числе и зарегистрированы в качестве лекарственных средств, что подразумевает контроль врача.

– Чтобы ребёнок правильно развивался, витаминно-минеральные комплексы надо принимать ещё с того момента, когда супружеская пара задумала завести малыша, – напомнила В. Коденцова. – Причём не только будущей маме, но и папе, потому что они на равных участвуют в зачатии.

Продолжать использование ВМК женщине рекомендуется и после родов.

– В нашей лаборатории были проведены исследования, когда определяли содержание вита-

## Инициатива

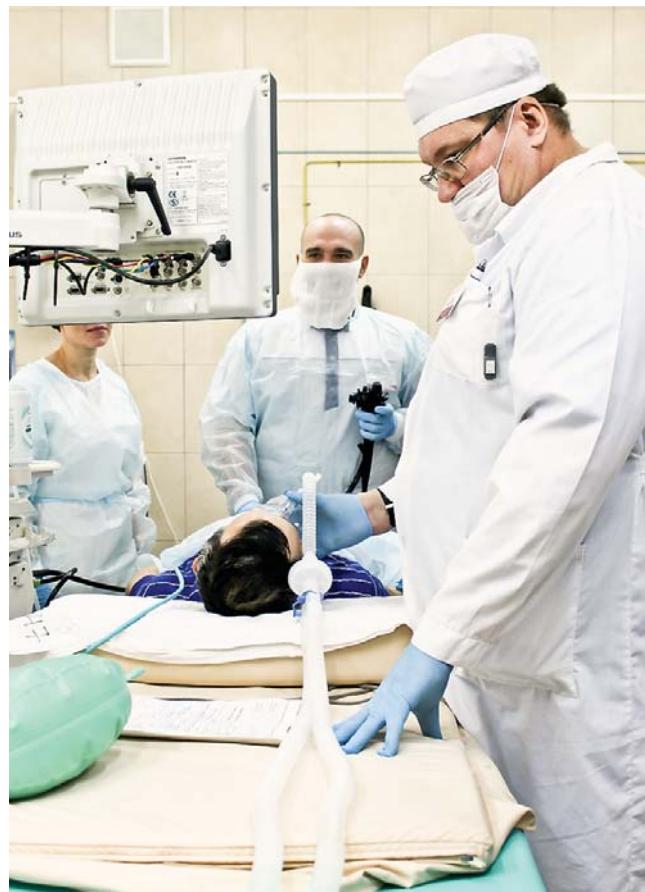
# Пробуждение под контролем

Южноуральцев стараются лечить с комфортом

Для бюджетного российского медучреждения – это первый подобный опыт. До сих пор после операций и процедур, требующих анестезиологического пособия, во всех больницах пациенты перед отправкой в стационар или домой приходят в себя на кушетке в коридоре (это общепринятая практика). Теперь же те, кто после эндоскопического исследования (бронхоскопия, колоноскопия и т. п.) не могут быть переведены в обычное отделение, проходят временное наблюдение в палате пробуждения.

– Мы решили ещё на шаг приблизить условия пребывания в нашей больнице к общемировым стандартам и сделать каждый визит пациентов к нам максимально комфортным, – говорит главный врач Челябинской клинической областной больницы Дмитрий Альтман. – Такую практику мы «подсмогаем» в ведущих зарубежных медицинских центрах и решили, что южноуральцы тоже оценят такое новшество по достоинству.

Здесь пациенты наблюдаются врачом-анестезиологом и медсестрой-анестезисткой, которые точно так же, как и в операционном зале, непрерывно контролируют так называемые жизненно важные функции организма с помощью современных датчиков. В палату проведено всё, что



Процедуру колоноскопии проводят врачи Сергей Молчанов

может потребоваться в ходе экстренной реанимации.

– Под анестезией с недавних пор у нас проводится большинство исследований, – делится заведующая отделением эндоскопии больницы, главный эндоскопист Уральского федерального округа Елена Олевская. – Это удобно и пациенту, который получает минимум психологических и физических неприятных ощущений, и врачам, которые могут максимум внимания уделить результатам исследования. К тому же, под

анестезией можно одновременно провести сразу несколько процедур, что в обычных условиях сделать невозможно.

После того как состояние пациента стабилизируется, он сразу же переводится в обычное отделение, либо отправляется домой, причём некоторые – даже управляемые автомобилем.

– Мы просто в восторге, что у нас теперь есть такой зал! – эмоционально реагирует руководитель центра анестезиологии и реанимации больницы Наталья Сафонова. – Пациент не нервничает в коридоре в ожидании процедуры, а приглашается сюда, с ним работают анестезиологи, вводят 10% дозы анестезии и доставляют его в процедурный зал, но а после манипуляции привозят обратно и не отпускают до тех пор, пока он полностью не придёт в себя.

Благодаря удобному расположению к помощи зала и его сотрудникам могут в любое время обратиться пациенты других отделений диагностического центра, на 7 этажах которого расположены самые разнообразные исследовательские службы – от лабораторий до МРТ, КТ, функциональной диагностики.

Наталья МАЛУХИНА,  
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото автора.

## Перемены

15 новых «неотложек» пополнили автопарк скорой медицинской помощи Омской области. Из них 10 новых машин класса «В» на базе «газель» распределены на подстанции скорой медицинской помощи Омска. За счёт этого будет обновлён и увеличен автопарк скорой медицинской помощи до 105 бригад в сутки. Ещё 5 автомобилей получат сельские районы, нуждающиеся в полноприводных внедорожниках класса «В». Машины поставлены на учёт и полностью готовы к работе. Очередное обновление автопарка службы пришло как нельзя кстати.

## Автопарк пополняется

– Очередная партия новых машин – это тот дополнительный ресурс, который необходим, чтобы закрыть потребность автопарка омской «скорой» и сократить время прибытия бригад к месту вызова до норматива – 23 минуты, – отметил губернатор Виктор Назаров.

Минздраву области уже поручено в ближайшее время приобрести новую партию машин, которые будут оснащены всем необходимым для проведения срочных реанимационных мероприятий.

– Мы направим дополнительно 50 млн руб. на приобретение 10 современных реанимобилей в полной комплектации. Два из них будут специально предназначены для оказания неотложной медицинской помощи детскому населению. Задача номер «один» – закрыть потребность в реанимобилях в этом году, – подчеркнул губернатор. Ещё один приоритет – создание нормальных условий для работы врачей, чтобы работники скорой

помощи всегда чувствовали себя в безопасности.

– Мы оснастили все планшеты врачей тревожными кнопками, чтобы в экстренной ситуации им на помощь оперативно приходили сотрудники Росгвардии. Эта мера безопасности уже оправдала себя: тревожная кнопка вызова патруля понадобилась, наряд прибыл в течение 4 минут и разобрался с дебошем. Надеюсь, это даст всем потенциальным нарушителям понимание, что врачи находятся под защитой и с этим лучше не шутить, – отметил В. Назаров.

В свою очередь, уровень технической оснащённости и комплектации машин «скорой» позволяет врачам и фельдшерским бригадам обеспечивать больным неотложную помощь и оперативную доставку в стационары.

**Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,**  
МИА Cito!  
Омск.

## Санитарная зона

## Кабинеты «острого больного»

В настоящее время в Магаданской области отмечено увеличение числа заболевших гриппом и ОРВИ.

Приостановлены занятия в классах и группах, где число заболевших превышает 25% от числа посещающих школу и детский сад. Как сообщили в правительстве региона, в поликлиниках Колымы будут открыты отдельные кабинеты «острого больного». Проведение диспансеризации населения временно приостановлено.

По информации первого заместителя министра здравоохранения и демографической политики Елены

Кузьменко, все лечебные учреждения региона готовы к оказанию медицинской помощи. И в них, и в аптеках имеется необходимый запас медикаментов. Правительство Магаданской области контролирует цены на лекарственные препараты в целях недопущения необоснованного увеличения их стоимости.

Жителей Колымы призывают не заниматься самолечением и при появлении первых симптомов гриппа и ОРВИ вызывать врача.

**Игнат НИКОЛАЕВ,**  
МИА Cito!  
Магадан.

## Тенденции

Китайская делегация из Хэйхе (КНР) в составе главного врача первой народной больницы города и трёх его заместителей посетила с официальным визитом Амурскую государственную медицинскую академию, где встретилась с руководством вуза и познакомилась с деятельностью клиники кардиохирургии академии.

Цель визита – обсудить возможность сотрудничества больницы Хэйхе и Амурской ГМА в области здравоохранения и, в частности, по профилю «кардиохирургия».

В Китайской народной республике, как и в мире в целом, показатели сердечно-сосудистой заболеваемости населения также высоки. На севере страны в многомиллионной провинции Хэйлунцзян кардиохирургическую помощь жителям с данной патологией оказывает первая народная больница Хэйхе. Однако китайским медикам хотелось бы эти возможности расширить, в том числе благодаря соседству с Благовещенском. Это гораздо удобнее, чем решать данные проблемы в клиниках, находящихся в более отдалённых от Хэйхе городах Харбине и Пекине.

## Объединили сердечные пробелы

### Перспективы сотрудничества с китайскими медиками вдохновляют

«Наших иностранных коллег очень заинтересовали возможности клиники кардиохирургии медакадемии – единственной в регионе, где сегодня выполняются операции на открытом сердце с применением аппарата искусственного кровообращения, тоже, кстати, единственного в регионе, – сказала Татьяна Заболотских, ректор Амурской ГМА. – Такую медицинскую помощь своим кардиологическим больным они в Хэйхе пока обеспечить не могут, а пациентов, которые нуждаются в таких оперативных вмешательствах, у них достаточно. Поэтому руководство китайской больницы намерено более детально обсудить вопросы нашего дальнейшего сотрудничества уже в ближайшем будущем. К слову, в народной больнице Хэйхе сейчас работает недавний выпускник нашей академии, житель Китая. Судя по всему, он немало рассказывал

коллегам о нашей академии и активно способствует расширению сотрудничества».

Китайская делегация осмотрела клинику кардиохирургии, которая поразила их своими небольшими размерами и большими возможностями. Увиденным гости остались довольны – оснащение клиники на уровне мировых стандартов.

– Мы договорились с китайскими коллегами, что на начальном этапе специалисты клиники кардиохирургии вместе с заведующим кардиохирургическим отделением помогут врачам народной больницы Хэйхе выработать алгоритм подготовки китайских пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями к операции в условиях нашей клиники, – рассказала главный врач клиники кардиохирургии Анжелика Зелинская. – Возможно, наш кардиохирург первое время будет выезжать в Хэйхе, чтобы осмотреть

больных, которым показана операция на сердце открытым способом. Нам также нужно будет помочь китайским коллегам разработать алгоритм реабилитации прооперированных больных: процесс этот долгий и дорогостоящий, поэтому проходить его они будут, скорее всего, в своей больнице.

Принять кардиологических больных из Хэйхе мы готовы в любое время. Всё дело только в оформлении необходимых документов по международному сотрудничеству в области здравоохранения. Как только они будут готовы и подписаны, начнём работать.

По словам А. Зелинской, опыт лечения пациентов из сопредельного государства у клиники кардиохирургии Амурской ГМА уже есть: в 2016 г. здесь в частном порядке проходил лечение граждан Китая – ему была выполнена коронарография. В этом году его здесь ждут на проведение оперативного лечения

по протезированию сердечного клапана. Руководство народной больницы об этом случае осведомлено и оказывает содействие и поддержку данному пациенту.

В ходе своего визита в Амурскую ГМА гости из Поднебесной рассказали, что в декабре минувшего года Министерство здравоохранения КНР возложило на первую народную больницу Хэйхе особые полномочия по укреплению добрососедских отношений с российскими коллегами и расширению сотрудничества в области здравоохранения. И визит руководства медучреждения из приграничного Хэйхе в Амурскую ГМА положил начало реализации долгосрочных и взаимовыгодных проектов по охране здоровья граждан двух соседних дружественных стран.

**Николай РУДКОВСКИЙ,**  
соб. корр. «МГ».  
Благовещенск.

**Многих наших граждан в последнее время серьёзно беспокоят проблемы безопасности медицинских работников. Подтверждением этому служат всё чаще и чаще появляющиеся в средствах массовой информации материалы о нападениях на медиков. На тех, кто, отправляясь на вызов по долгу службы спасать других, при этом рискует собственным здоровьем и даже жизнью...**

#### Разборки по-крупному

Мы уже привыкли к грубому и неуважительному отношению в адрес тех, кто спешит на помощь. Но зачастую недовольство так захлестывает человека, что он ещё и руки распускает.

Хотя бы недавний пример: 27-летний житель Сочи набросился с кулаками на приехавшего ему на помощь фельдшера «скорой», избил его и при этом повредил реанимационное оборудование. Находившийся, по предварительным данным, в состоянии наркотического опьянения дебошир был задержан. Но, конечно, уже после того, как причинил телесные повреждения медицинскому работнику, который, получив сотрясение мозга, угодил на большинную койку.

Не менее буйный пациент ударил женщину-врача «скорой» во Владимире. Врачу досталось от него во время осмотра в приёмном отделении больницы скорой помощи, где он повёл себя агрессивно и стал избивать её. Неизвестно, чем бы всё закончилось, если бы не подоспела помощь. Утихомирить разбушевавшегося смогли коллеги врача да полицейские. Сам он теперь утверждает, что... ничего не помнит. А вот доктор оказилась на больничном, у неё сотрясение мозга, вывих руки, множественные ушибы.

Главный врач Владимирской больницы скорой помощи Евгений Яскин обеспокоен безопасностью сотрудников, отмечая, что примерно 20-25% поступающих в БСП – люди, находящиеся в состоянии алкогольного опьянения. «Часто встречаемся с грубостью, но такой случай, когда доктора с много летним стажем избили прямо на рабочем месте, в приёмном покое больницы, произошёл первый раз», – подчеркнул он.

Попутно обратим внимание, что только за пять январтских дней во Владимире отмечено три случая нападения на персонал скорой помощи – врачей, фельдшеров, водителей. Во время совсем недавнего инцидента, пока сотрудники службы «03» оказывали помощь в квартире, на улице агрессивный прохожий разбил зеркало реанимобиля и накинулся на водителя. Зачинщика драки даже не стали задерживать, ведь ему грозит... штраф за мелкое хулиганство. Всего-навсего...

Аналогичный случай недавно зарегистрирован в Санкт-Петербурге. После столкновения с машиной «скорой» водитель «мерседеса» представительского класса с московскими номерами, вооружившись ножом, ринулся на медиков. Свидетели инцидента отмечали, что владелец престижного авто был «настроен серьёзно». К счастью, тем удалось скрутить нападавшего и передать подоспевшим (как всегда... не совсем вовремя) сотрудникам правоохранительных органов.

#### Цена разборки – жизнь

А вот в Петропавловске-Камчатском столкновение с автохамами привело к настоящей трагедии. Эхо этого громкого дорожного инцидента докатилось аж до Кремля. Напомним, что тогда автоледи преградила дорогу ехавшей на вызов бригаде скорой помощи. Водитель «скорой» включил сирену (мигалка уже работала), потребовал освободить проезд. После долгих препирательств иномарка уступила проезд. Тогда возмутился пассажир автомобиля и начал угрожать врачам. По словам оче-

видцев, он продолжал что-то выкрикивать и бросался на машину «03». Конфликт длился несколько минут. Когда агрессивный пассажир отступил, медики проехали по указанному адресу, но, как оказалось, лишь для того, чтобы констатировать смерть 21-летнего молодого человека. Вследствие задержки врачам, чтобы добраться до пациента, понадобилось 13 минут вместо 3. Следственный комитет РФ возбудил уголовное дело по факту несвоевременного оказания неотложной медицинской помощи

#### Автохам – тот же террорист?

Случай в Петропавловске-Камчатском стал этаким брошенным камнем, от которого пошли большие круги по воде. Многие – законодатели, медицинские работники, юристы, политики и т.д. – убеждены, что обеспечение безопасности медицинских работников необходимо срочно выводить на новый уровень.

Новый законопроект предусматривает за непредоставление

наказания за применение насилия в отношении медперсонала при выполнении профессиональных обязанностей.

#### Сам... такой!

Конечно, иногда врачи сами дают повод для негативного к себе отношения. Вспомним, например, недавний резонансный случай в Калининграде, когда педиатр отказалась подниматься к 5-летнему пациенту из-за неработающего лифта и провела приём больного

#### А что же пациенты?

Вот с этим не всё так однозначно, как многим представляется. Откуда берётся агрессия, не на пустом же месте? Разумеется. Отношение людей к медицине, а, соответственно, и к медикам не такое уж радужное. Это подтверждает и недавний опрос, проведённый Всероссийским центром изучения общественного мнения. По представленным данным, в конце 2016 г. самыми насущными проблемами для россиян оказались низ-

#### Острая тема

# «03» идёт на таран?

## Ситуация с безопасностью медицинских работников по-прежнему тревожит общество



**Доколе наши «скорые» будут под угрозой нападения?!**

(ч. 1 ст. 109 – причинение смерти по неосторожности).

Буквально на следующий день депутаты Госдумы РФ предложили ввести уголовную ответственность для водителей, которые препятствуют работе «скорой» (согласно действующему КоАП, подобное нарушение наказывается штрафом 500 руб. или лишением прав на 3 месяца).

На инцидент отреагировал пресс-секретарь Президента РФ Дмитрий Песков, который «солидаризировался с теми, кто возмущён непропуском машины «скорой помощи».

Глава Минздрава России Вероника Скворцова также высказалась по поводу нападения на медиков. Произошедшее она назвала безобразием и предположила, что сотрудники «скорой» могли бы пойти к пациенту пешком, однако «человеческие амбиции и одной, и другой стороны оказались выше интересов конкретного больного».

Действительно, молодой человек умирал в квартире на втором этаже, от машины скорой помощи до его подъезда было не более 50 м. Однако на станции скорой помощи Петропавловска-Камчатского с обвинениями не согласны. По мнению заместителя главного врача Галины Куликовой, медики действовали правильно. «Поведение мужчины из перегородившего проезд автомобиля было неадекватным... Иди пешком означало рисковать здоровьем и жизнью. Кроме того, в «скорой» много реанимационной аппаратуры, и неизвестно, какая могла понадобиться в этом случае.

Вот что по этому поводу говорит депутат Московской городской думы, врач Людмила Стебенкова:

«По России за последний год произошло 1200 случаев нападений, нанесения увечий и лишения жизни людей, которые лечат и спасают. И это по данным Минздрава! Я уверена, что их несколько тысяч. Это вопиющие факты! Ситуация вышла из-под контроля, и необходимо принимать жёсткие меры».

Активисты – за внесение в Уголовный кодекс пункта, который предусматривает ужесточение

ребёнка прямо в холодном подъезде.

Многие каналы также недавно показали сюжет, речь в котором шла о том, как, опять же, вследствие не работающего лифта, пожилой пациентке со сломанной ногой пришлось на коленях ползти на 2-й этаж в рентгенкабинет. Другим способом попасть в нужный кабинет женщина не смогла, поскольку в здании отсутствуют пандусы и коляски. Родственники зафиксировали весь «процесс» на мобильный телефон и выложили в сеть. Теперь территориальный орган Росздравнадзора по Республике Башкортостан совместно с прокуратурой проверяют поликлинику при ГКБ № 13 Уфы, где произошёл инцидент.

Как выяснилось впоследствии, лифт в этом лечебном учреждении не функционировал в течение 5 лет! Лишь после этого вопиющего случая главного врача уволили.

Доктора тоже бывают не правы. Были случаи, когда они, жалуясь на свою малую юридическую защищённость, лишь раздували конфликт. Ведь они тоже люди. Хотя простить их, конечно, нельзя...

Известно, что на рассмотрение в парламент страны внесён за-

конопроект, предусматривающий наказание не только за нападение, но даже за угрозы врачам, вплоть до тюремного заключения. Эта инициатива находит поддержку. В частности, наш уважаемый читатель, заведующий кафедрой госпитальной и детской хирургии Новосибирского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Юрий Чикинёв (см. «МГ» № 3 от 18.01.2017) задался аналогичным вопросом: а может, медицинским работникам обращаться со встречными исками к своим пациентам? «...Мы даже в ситуациях откровенного людского хамства не практикуем иски о защите чести и достоинства врача, лечебного учреждения. Может быть, зря?» – спрашивает он. Хотя тут же добавляет: «Всякий раз, когда в суде выносится обвинительное решение в адрес врачей, об этой новости говорят все телеканалы и печатные издания. Почему же нам не взять за правило рассказывать журналистам обо всех случаях, когда претензии пациента к врачу оказались необоснованными, и суд встал на сторону медработника?»

Вот это действительно необходимо. Наша газета всегда защищала и продолжает защищать врача, понимая, в сколь сложных условиях он трудится.

тосты, экономика в целом и... здравоохранение. Причём наиболее существенно за прошлый год выросла именно актуальность проблемы здравоохранения: в январе она тревожила 7% опрошенных, в декабре – 17%. Таковы факты. Многие в обиде на медицину! Отношение населения к системе здравоохранения – очень и очень щекотливая тема. Реформирование, реструктуризация, оптимизация, развитие отрасли при всех их несомненных благах привели и к обратному эффекту. Имеет место сокращение ФАПов, амбулаторий, больниц и, соответственно, количества врачей. Половина всех жалоб людей связана со снижением доступности медицинской помощи, коммерциализацией услуг, высокими ценами на лекарства, нехваткой специалистов. Недовольны пациенты качеством лечения, низким профессиональным уровнем докторов, их равнодушным отношением. И тем не менее мы ни в коей мере не берёмся заявлять, дескать, проблема – в противостоянии пациентов и врачей.

#### #Это\_медицин\_виноват

Пользователи социальных сетей вступаются за врачей. С помощью адвоката запустили хэштег #Это\_медицин\_виноват. Онлайн-флешмоб в поддержку медицинского сообщества набирает обороты, медики всей России сочиняют незамысловатые стишкы, дескать, во всех бедах человечества виноваты они, вредители...

Да и юзеры с помощью этой фразы высмеивают тягу граждан «во всех смертных грехах» винить медиков: «Если ты с утра не рад – это медик виноват», «Выпил водки суррогат – это медик виноват», «Кошка бросила котят – фельдшер «скорой» виноват»...

#### Не запускать маховик ужесточения

Даже невзирая на то, что вопрос с защитой медицинских работников остаётся болевой точкой, только ужесточать наказание – путь ошибочный. Он приведёт к господству тоталитарного «нормативизма», когда понятие «право», несмотря на бесконечные поправки, изменения и дополнения к законам, не обеспечивается. Тем самым мы нанесём ещё больше вреда и врачам, и пациентам. Мы и так уже наблюдаем вовсю запущенный маховик ужесточения!

Насилие над любым человеком – это преступление. А для борьбы с преступниками существует законодательство. Надо лишь, чтобы оно было не избирательным, равно как и правосудие – не «басманным», тогда и хулиганам неповадно будет поднимать руку на медиков.

Александр ИВАНОВ,  
обозреватель «МГ».

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 9 (2039)

(Продолжение.  
Начало в № 5 от 25.01.2017.)

Среди ГКС в терапии СШ предпочтение отдаётся гидрокортизону. Выбор данного ЛС обусловлен тем, что, наряду с общими эффектами, гидрокортизона является синтетическим аналогом кортизола, которому принадлежит ключевая роль в поддержании естественной адаптивной реакции на стресс, регуляции сосудистого тонуса и поддержании целостности эндотелия. Оптимизация гемодинамики под влиянием низких доз гидрокортизона связана с задержкой натрия и воды, восстановлением чувствительности а-адренорецепторов к катехоламинам. На фоне применения гидрокортизона наступает репрессия генов, кодирующих синтез ионизированной NO-сингтетазы (iNOS) и снижение содержания моноксида азота. В наибольшей степени позитивный гемодинамический эффект гидрокортизона наблюдается у лиц с относительной надпочечниковой недостаточностью.

В выполненных к настоящему времени метаанализах применение гидрокортизона у пациентов с СШ сопровождалось более быстрым и устойчивым регрессом индекса тяжести органной дисфункции, статистически значимым увеличением доли больных, вышедших из шока, сокращением длительности вазопрессорной поддержки и ИВЛ, уменьшением сроков пребывания в ОРИТ. При этом не выявлено увеличения риска таких клинически значимых НЛР ГКС, как суперинфекции, желудочно-кишечные кровотечения и полинейропатия.

Между тем отсутствие однозначного позитивного влияния гидрокортизона в низких дозах на выживаемость является причиной существования разных точек зрения в отношении конкретных показаний для его назначения при СШ.

В последнее десятилетие усилились дискуссии по поводу целесообразности добавления низких доз ГКС в терапию ОРДС у больных без СШ. Этому способствовало, с одной стороны, появление новых сведений о роли ГКС – в частности, активация ГКС-рецепторов на альвеоцитах, макрофагах и ряде циркулирующих клеток стала рассматриваться в качестве важнейшего шага для восстановления локального гомеостаза при остром повреждении лёгких. С другой стороны, интерес к ГКС вырос в связи с эпидемическими вспышками новых вирусных инфекций (тяжёлый острый респираторный синдром, птичий и свиной грипп), при которых острое повреждение лёгких является ведущим патологическим синдромом.

В нескольких РКИ показано, что продолжительное введение метилпреднизолона в низких дозах (1 мг/кг/сутки), наряду со снижением содержания ряда провоспалительных цитокинов в крови и/или БАЛ, приводило к более быстрому приросту коэффициента оксигенации, сопровождающемуся статистически значимым сокращением длительности ИВЛ. При этом пациенты на фоне введения ГКС имели сравнимую с контрольной группой частоту таких НЛР, как суперинфекции и кровотечения.

В то же время необходимо принять во внимание тот факт, что пациенты с инфекционной природой ОРДС входили в данные исследования субпопуляционно, и только около половины из них приходилось на лиц с пневмонией. Осторожное отношение к назначению ГКС при ОРДС связано с неопределенностью временного окна для начала терапии, оптимального препарата (гидрокортизон, метилпреднизолон) и режима его дозирования.

Продолжается изучение возможностей использования ГКС у пациентов с ТВП без проявлений СШ, однако их клинические преимущества остаются противоречивыми.

В качестве показаний для применения ГКС при ТВП рекомендуется использовать следующие: длительность СШ < 1 сут., рефрактерный СШ или необходимость

использования норадреналина (НА) в дозе, превышающей 0,5 мкг/кг/мин. Препаратором выбора является гидрокортизон в дозе 200-300 мг/сутки; наиболее обоснованным выглядит инфузионный путь введения препарата со скоростью 10 мг/час после нагрузочной дозы 100 мг. Через 2 суток необходимо оценить эффект от включения ГКС в схему терапии ТВП; длительность их назначения не должна превышать 7 дней.

## Иммуностимуляция

В настоящее время благодаря внедрению современных технологий интенсивной терапии большинство пациентов с тяжёлым инфицированием, в том числе осложнёнными СШ, переживает первую фазу системного воспаления – неконтролируемое гипервоспаление. Однако у некоторых из них через несколько дней или недель может формироваться состояние, которое характеризуется пониженной реактивностью в отношении любого повреждающего фактора.

Для сепсис-индуцированной иммуносупрессии характерно снижение фагоцитарной активности моноцитов, их антигенпрезентирующей способности, торможение синтеза провоспалительных цитокинов и увеличение секреции антивоспалительных

ГМКСФ на основании клинических критериев сепсиса нецелесообразно.

В настоящее время мы не располагаем необходимыми фундаментальными знаниями и диагностическими критериями, раскрывающими особенности ответа макроорганизма на инфекцию, и, соответственно, не можем надлежащим образом индивидуализировать иммунотерапию у постели больного.

## Ингибитор тканевого фактора

В экспериментальных и клинических исследованиях показано, что повышение экспрессии тканевого фактора на эндотелии сопровождается активацией систем коагуляции и воспаления и ассоциируется с увеличением летальности при сепси-

# Диагностика, лечение и профилактика тяжёлой внебольничной пневмонии у взрослых

## Федеральные клинические рекомендации

Аргументов для рутинного использования ГКС у пациентов с ОРДС без СШ, а также их назначения другим категориям больных ТВП пока недостаточно.

### Заместительная терапия иммуноглобулинами

Использование ИГ при терапии сепсиса основано на следующих эффектах, полученных в экспериментальных и клинических исследованиях: нейтрализация бактериальных токсинов и ряда других компонентов клеточной стенки, повышение клиренса липополисахарида, опсонизация бактерий, способствующая их фагоцитозу и ускорению процесса антиген-презентации, снижение бактериальной колонизации, ограничение митогенной способности бактерий, ослабление воспалительного ответа за счёт снижения секреции провоспалительных медиаторов и связывания циркулирующих цитокинов, восстановление реактивности клеток при феномене «иммунного паралича».

Наибольшие перспективы при лечении сепсиса связаны с использованием поликлональных ИГ, которые в ходе метаанализа РКИ продемонстрировали снижение относительного риска смерти по сравнению с плацебо. При этом более высокая эффективность выявлена для препаратов, обогащённых IgM.

Однако, несмотря на положительные результаты РКИ, однозначно рекомендовать применение внутривенных ИГ пациентам с ТВП, осложнённой сепсисом прежде всего. Это связано со следующими ограничениями имеющейся доказательной базы: крайняя разнородность групп по основной нозологии и небольшое количество пациентов во многих РКИ, различные конечные точки оценки эффективности (letalность в ОРИТ, 28-дневная летальность, госпитальная летальность), разные режимы дозирования ИГ (от 0,5 до 2,0 г/кг на курс терапии), разные препараты.

Гетерогенность септических больных по особенностям течения системного воспаления, тяжести органно-системных нарушений и прогнозу требует поиска и выделения субпопуляций больных, в которых назначение ИГ способно оказать наиболее значимый эффект. В качестве подходов для скрининга и выделения пациентов с наиболее высокой ожидаемой пользой от назначения ИГ следует использовать шкалы тяжести общего состояния, тяжести органных расстройств, детекцию в крови эндотоксина.

медиаторов и негативных костимулирующих молекул. Среди последних особое значение имеет моноцитарно-макрофагальный протеин PD-1 (programmed death 1), который индуцирует апоптоз, повышает секрецию ИЛ-10, блокирует пролиферацию Т-лимфоцитов. Помимо дисфункции лимфоцитов, у данной категории больных наблюдается обусловленное апоптозом снижение количества как Т-, так и В-клеток.

Установленные изменения при СШ явились основанием для проведения экспериментальных и клинических исследований ЛС, способных восстанавливать активность лейкоцитов, в том числе гранулоцит-колониестимулирующего фактора (ГКСФ) и гранулоцит-макрофаг-колониестимулирующего фактора (ГМКСФ).

Интерес к ГКСФ связан с его способностью усиливать фагоцитоз, образование и созревание нейтрофилов. Эффекты ГМКСФ заключаются в индукции пролиферации и дифференцировки нейтрофилов, моноцитов, макрофагов, дендритных клеток, повышении экспрессии HLA-DR рецепторов на моноцитах, увеличении продукции провоспалительных цитокинов в ответ на стимуляцию эндотоксином.

Эффективность ГКСФ и ГМКСФ изучалась в ряде РКИ при сепсисе с различной локализацией первичного очага. Следует отметить, что метаанализ РКИ не выявил повышения выживаемости при добавлении к терапии ГКСФ и ГМКСФ. Однако в группе активной терапии по сравнению с плацебо отмечалось более быстрое разрешение проявлений СВР.

Эффективность ГКСФ и ГМКСФ исследовалась отдельно при ТВП с развитием сепсиса и СШ. Позитивные результаты, выражавшиеся в повышении выживаемости, получены только в одном исследовании, включавшем 18 пациентов с ТВП, осложнившейся формированием сепсиса и СШ. При этом пациенты контрольной группы оказались тяжелее по шкале АРАСНЕ II – 31 vs 25 баллов и имели более высокое исходное содержание в крови ИЛ-6.

Результаты исследований свидетельствуют о том, что ориентация на критерии сепсиса/тяжёлого сепсиса/СШ при определении показаний к назначению ГКСФ и ГМКСФ недостаточна, поскольку в исследование попадают пациенты с различными проявлениями иммунологической дисфункции, в том числе и без иммуносупрессии.

Для успешного выбора кандидатов к проведению иммуностимуляции необходимо понимание фенотипа воспалительного ответа; рутинное использование ГКСФ и

ГМКСФ на основании клинических критериев сепсиса нецелесообразно.

Разработанный рекомбинантный ИТФ – тифакогин в экспериментальных исследованиях продемонстрировал способность вызывать регресс проявлений лёгочного повреждения (уменьшение интерстициального отёка, снижение сосудистой проницаемости и нейтрофильной инфильтрации ткани).

Однако в многоцентровом РКИ в общей популяции больных сепсисом различий в 28-дневной летальности при использовании тифакогина и группе сравнения не получено; положительный эффект выявлен только у лиц с международным нормализованным отношением < 1,2 и пациентов, не получавших гепарин. У пациентов с ТВП летальность в группе тифакогина не отличалась от плацебо.

Тифакогин в РФ в настоящее время не зарегистрирован.

### Активированный протеин С

Активированный протеин С (АПС) ограничивает феномены воспаления и гиперкоагуляции посредством торможения освобождения тканевого фактора, провоспалительных цитокинов, активации V и VIII факторов свёртывания. АПС являлся первым адьюванты ЛС, включённым в рекомендательные протоколы интенсивной терапии тяжёлого сепсиса и СШ в 2004 г., так как выполненное в 2001 г. РКИ продемонстрировало снижение абсолютного риска смерти у пациентов с сепсисом при применении АПС.

Однако последующие РКИ и выполненные на их основе три метаанализа привели к противоречивым результатам – только в двух было подтверждено положительное влияние препарата на прогноз, при этом в одном из них назначение АПС сопровождалось статистически значимым увеличением риска кровотечений. В 2011 г. после публикации результатов РКИ у пациентов с СШ, среди которых более 40% составили пациенты с пневмонией, приостановлено проведение дальнейших исследований с АПС, так как он не подтвердил благоприятного влияния на прогноз.

АПС в РФ не зарегистрирован.

### Статины

Статины являются ключевой группой гиполипидемических ЛС, что обусловлено их способностью обратимо ингибировать редуктазу ГМГ-КоА – ключевой фермент биосинтеза холестерина у человека. В последнее время появились исследования о наличии у статинов дополнительного

**Таблица 12**  
**Показания и противопоказания к ЭКМО**

Потенциальные показания к ЭКМО	<ul style="list-style-type: none"> <li>Рефрактерная гипоксемия <math>\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 &lt; 50</math> мм рт.ст., персистирующая<sup>1</sup>; несмотря на <math>\text{FiO}_2 &gt; 80\%</math> + PEEP (<math>\leq 20</math> см <math>\text{H}_2\text{O}</math>) при <math>\text{Pplat} = 32</math> см <math>\text{H}_2\text{O}</math> + прональная позиция +/- ингаляционный NO</li> <li>Давление плато <math>\geq 35</math> см <math>\text{H}_2\text{O}</math>, несмотря на снижение PEEP до 5 см <math>\text{H}_2\text{O}</math> и снижение VT до минимального значения (4 мл/кг) и pH <math>\geq 7,15</math>.</li> </ul>
Противопоказания к ЭКМО	<ul style="list-style-type: none"> <li>Тяжёлые сопутствующие заболевания с предсказанный продолжительностью жизни больного не более 5 лет</li> <li>Полиорганская недостаточность и SAPS II <math>&gt; 90</math> баллов или SOFA <math>&gt; 15</math> баллов</li> <li>Немедикаментозная кома (вследствие инсульта)</li> <li>Решение об ограничении терапии</li> <li>Техническая невозможность венозного или артериального доступа</li> <li>Индекс массы тела <math>&gt; 40</math>.</li> </ul>

<sup>1</sup>Характер персистирования зависит от динамики процесса (несколько часов для быстропрогрессирующих состояний и до 48 часов в случае стабилизации).

противовоспалительного и иммуномодулирующего действия, связанного с блокадой синтеза мевалоната. Мевалонат является прекурсором популяции изопренонидов, влияющих на распределение клеточных мембранных протеинов с сигнальными свойствами, в том числе контролирующих реакцию воспаления. Статины снижают провоспалительный потенциал лейкоцитов, ограничивая либерацию цитокинов, хемокинов и других реагентов острой фазы воспаления.

Преимущества включения данной группы ЛС в комплексную терапию ВП изучались в 7 исследованиях, при этом в 5 из них показано снижение летальности в группе статинов. Однако доказательств, позволяющих рекомендовать рутинное использование статинов при инфекциях, включая ТВП, пока недостаточно, так как большинство исследований по дизайну являлись наблюдательными, носили ретроспективный характер, при оценке эффективности в них использовались различные конечные точки и длительность приёма препаратов.

Кроме того, ТВП не является официально зарегистрированным показанием для применения данной группы ЛС.

#### Селен

Течение тяжёлых инфекций сопровождается развитием оксидативного «взрыва», связанного с активацией гранулоцитов и эндотелия. Активные формы кислорода обладают плейотропным действием, включая пролиферацию, поддержание сосудистого тонуса и привлечение в очаг повреждения клеток, участвующих в воспалительной реакции.

Основной негативный момент для макроорганизма при возникновении дисбаланса в системе свободного радикального окисления заключается в возможности клеточной деструкции через активацию процессов периоксидации липидов, протеолиза, повреждения ДНК. Одними из наиболее уязвимых мест являются митохондрии, где под действием свободных радикалов нарушается целостность мембран и эффективность работы цитохромного комплекса; активация каспаз в дальнейшем ведёт к индукции апоптоза.

Важную роль в механизмах реализации антиоксидантной защиты играют селенопротеины; в настоящее время их насчитывают около 30. Селенопротеины присутствуют как в плазме крови, так и локализованы на поверхности клеточных мембран, цитозоле, митохондриях и ядре. За счёт селеноэнзимов нейтрализуется до 92% перекиси водорода, которая образуется прежде всего в органах с крайне высоким содержанием свободных радикалов. Их эффективность выше, чем железо- и серосодержащих энзимов. Контроль уровня пероксида в клетке приводит к снижению метаболизма арахидоновой кислоты, торможению активности ядерного фактора NF-кБ и ограничению апоптоза.

Показано, что снижение содержания в плазме крови селена ассоциируется с тяжестью течения сепсиса и его исходом. Изложенные обстоятельства послужили основанием для использования селена в терапии жизнеугрожающих инфекций, включая пациентов с ТВП. Опубликованный в 2013 г. metaанализ девяти РКИ у пациентов с сепсисом выявил снижение риска летального исхода в группе парентерального введения селена по сравнению с группой пациентов без лечения. Это, безусловно, даёт определённые перспективы использования препарата в качестве адьювантной терапии пациентов с ТВП, осложнённой сепсисом.

Препараты селена для внутривенного введения в РФ в настоящее время не зарегистрированы.

Следует отметить, что анализ доказательств клинической эффективности большинства ЛС адьювантной терапии при ТВП имеет ограничения, так как большинство крупных международных исследований проводилось среди пациентов с сепсисом/СШ, осложняющим инфекции разной локализации, а пациенты с ВП составляли наибольшую, но всё-таки лишь часть изучаемой популяции.

#### Респираторная поддержка

Острая ДН развивается у 58-87% больных с ТВП, потребность в проведении ИВЛ у данной категории пациентов достигает 66%. Острая ДН является ведущей причиной летальности больных пневмонией. По данным проспективных исследований, госпитальная летальность у пациентов с ТВП, нуждающихся в проведении ИВЛ, составляет 46%.

Главной задачей лечения острой ДН является обеспечение нормальной оксигенации организма, так как выраженная гипоксия обладает потенциально летальными эффектами. Назначение кислорода является одним из основных направлений терапии острой ДН при пневмонии. Показаниями к  $\text{O}_2$ -терапии является  $\text{PaO}_2 < 55$  мм рт.ст. или  $\text{Sp(a)}\text{O}_2 < 88\%$  (при дыхании воздухом). Оптимальным является поддержание  $\text{Sa(p)}\text{O}_2$  в пределах 88-95% или  $\text{PaO}_2$  – в пределах 55-80 мм рт.ст.

При умеренной гипоксемии ( $\text{SpO}_2$  80-88%), при условии достаточного респираторного усилия больного, сохранённом сознании и быстрой обратной динамики инфекционного процесса возможна коррекция гипоксемии ингаляциями кислорода при помощи простой носовой маски ( $\text{FiO}_2$  45-50%) или маски с расходным мешком ( $\text{FiO}_2$  75-90%). Если не достигаются «целевые» параметры оксигенации, следует рассмотреть вопрос о вентиляции лёгких.

Если достижение «целевых» значений параметров оксигенации сопровождается нарастанием респираторного ацидоза и выраженной работой дыхания больного, то в такой ситуации также следует рассмотреть вопрос об иницииции респираторной поддержки. То есть кислородотерапия не должна использоваться вместо респи-

раторной поддержки, если есть налицо показания к её применению.

#### Показания к ИВЛ при острой ДН на фоне тяжёлой ВП

##### Абсолютные:

- Остановка дыхания
- Нарушение сознания (сопор, кома), психомоторное возбуждение
- Нестабильная гемодинамика (АД сист  $< 70$  мм рт.ст., ЧСС  $< 50$ /мин)

##### Относительные:

- ЧДД  $> 35$ /мин
- $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 150$  мм рт.ст.
- Повышение  $\text{PaCO}_2 > 20\%$  от исходного уровня

- Изменение ментального статуса.

Подходы к ИВЛ при ТВП без выраженной асимметрии между лёгкими существенно не отличаются от тактики при ОРСВ – используется тактика протективной вентиляции лёгких (с использованием малых VT и подхода «открытого лёгкого»), что позволяет значительно уменьшить риск вентилятор-ассоциированного повреждения лёгких.

**Альтернативой традиционной респираторной поддержке является НВЛ**, то есть вентиляционное способе без постановки искусственных дыхательных путей (интубационной или трахеостомической трубкой) с помощью масок.

#### Показания к неинвазивной вентиляции лёгких при тяжёлой ВП

- Выраженная одышка в покое, ЧДД  $> 30$ /мин

- $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 250$  мм рт.ст.

В отличие от традиционной респираторной поддержки, НВЛ позволяет избежать развития многих инфекционных и механических осложнений, в то же время обеспечивая эффективное восстановление газообмена и достижение разгрузки дыхательной мускулатуры у больных с острой ДН.

Следует подчеркнуть, что для проведения НВЛ при тяжёлой ВП необходим строгий отбор больных, главными критериями являются сохранение сознания и кооперативность больного, а также стабильная гемодинамика. Применение НВЛ при тяжёлой ВП особенно обосновано у больных с фоновым заболеванием ХОБЛ при условии хорошего дренирования дыхательных путей и на ранних этапах развития острой ДН. Предикторами неуспеха НВЛ при тяжёлой ВП являются:

$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 127$  мм рт.ст. при поступлении;

$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 149$  мм рт.ст. после 1 ч НВЛ.

НВЛ может быть использована для отлучения больных от респиратора после длительной инвазивной респираторной поддержки.

Особую сложность представляет проблема проведения вентиляционного способа больным с острой ДН на фоне несимметричного (унилатерального) поражения лёгких. При массивном поражении одного лёгкого наблюдается значительное различие лёгочного комплаенса – более низкое в поражённом лёгком и более высокое в здоровом, или менее поражённом лёгком.

В такой ситуации поражённое (более жёсткое) лёгкое получает меньшую часть дыхательного объёма. Использование положительного давления на выдохе (PEEP) в данной ситуации, как правило, неэфф-

ективно и может даже быть вредно: для того чтобы расправить альвеолы в поражённом лёгком, необходим такой уровень РЕЕР, чтобы возможно было перерастяжение здоровых альвеол, приводящее к снижению общего комплаенса лёгких и повышению риска баротравмы. Предложено несколько подходов для улучшения оксигенации у больного с односторонней пневмонией: использование фармакологических препаратов (ингаляционный оксид азота); периодическое придание больному положения на здоровом боку (decubitus lateralis); раздельная вентиляция лёгких с учётом разного комплаенса и различной потребности РЕЕР в здоровом и «больном» лёгком.

**Крайне тяжёлые случаи острой ДН при тяжёлой ВП могут потребовать проведения ЭКМО.** Быстро прогрессировавшая острая ДН у больных с тяжёлой ВП диктует необходимость осуществить заблаговременный контакт с центром, располагающим возможностями проведения ЭКМО. ЭКМО проводится в отделениях, имеющих опыт использования данной технологии: стационары, в которых есть специалисты, в том числе хирурги, перфузиологии, владеющие техникой канюлизации центральных сосудов и настройкой ЭКМО. Показания и противопоказания к ЭКМО представлены в таблице 12.

#### Пациенты с ТВП, не отвечающие на лечение

У большинства больных ВП к 3-5 дню с момента начала потенциально эффективной фармакотерапии и респираторной поддержки отмечается регресс клинических симптомов и признаков пневмонии, уменьшение проявлений ССВП и органической дисфункции. Однако часть пациентов с ВП (до 40% госпитализированных в ОРИТ) не отвечает на лечение, что может проявляться прогрессированием острой ДН и необходимостью проведения ИВЛ, развитием СШ, усугублением проявлений ПОН. Ухудшение в сроки  $> 72$  ч чаще всего связано с развитием осложнений ТВП (парапневмонический плеврит, эмпиема плевры), декомпенсацией сопутствующих заболеваний или нозокомиальной суперинфекции. Такие пациенты требуют тщательного мониторинга, так как летальность в группе не ответивших на лечение существенно возрастает.

При неэффективности стартовой терапии необходимо провести дополнительные лабораторные и инструментальные исследования с целью уточнения степени выраженности органной дисфункции, выявления осложнений ТВП/декомпенсации сопутствующих заболеваний, пересмотреть режим АБТ с учётом полученных результатов микробиологических исследований, оценить необходимость интенсификации респираторной поддержки и показания к адьювантной фармакотерапии.

У ряда пациентов может отмечаться более медленное разрешение клинических симптомов ВП с отсроченным достижением показателей клинической стабильности; это может сопровождаться отсутствием рентгенологического разрешения очагово-инфилтративных изменений в лёгких или их прогрессированием (медленно разрешающаяся или неразрешающаяся пневмония).

К факторам риска неадекватного (позднего) ответа на лечение относят пожилой возраст ( $> 65$  лет), наличие хронических сопутствующих заболеваний (ХОБЛ, хроническая сердечная недостаточность, почечная и печёночная недостаточность, злокачественные новообразования, СД и др.), мультилобарной инфильтрации, полостей деструкции, экссудативного плеврита или эмпиемы плевры, лейкопении, бактериемии, выявление высоковирулентных возбудителей (*L. pneumoniae*, *Enterobacteriaceae*), особенно при наличии факторов риска инфицирования антибиотикорезистентными штаммами, венёвогенные очаги инфекции, нерациональная эмпирическая АБТ.

У пациентов с медленно разрешающейся/неразрешающейся ВП, помимо поиска потенциальных причин неэффективности лечения, важное значение имеет дифференциальная диагностика с другими инфекционными и неинфекционными заболеваниями, которые могут протекать под маской ТВП. К ним в первую очередь относятся туберкулёз лёгких, злокачественные новообразования, ТЭЛА (табл. 13).

(Окончание следует.)

**Таблица 13**  
**Неинфекционные причины очагово-инфилтративных изменений в лёгких**

Новообразования
Первичный рак лёгкого (особенно т.н. пневмоническая форма бронхиолоальвеолярного рака)
Эндобронхиальные метастазы
Аденома бронха
Лимфома
ТЭЛА и инфаркт лёгкого
Иммунопатологические заболевания
Системные васкулиты
Волчаночный пневмонит
Аллергический бронхолёгочный аспергилллёз
Облитерирующий бронхиолит с организующейся пневмонией
Идиопатический лёгочный фиброз
Эозинофильная пневмония
Бронхоцентрический грануллематоз
Прочие заболевания/патологические состояния
Хроническая сердечная недостаточность
Лекарственная (токсическая) пневмопатия
Аспирация инородного тела
Саркоидоз
Лёгочный альвеолярный протеиноз
Липоидная пневмония
Округлый ателектаз

**Ещё недавно на самом высоком уровне говорилось о необходимости повысить престиж врачебной профессии. Сделано в этом направлении достаточно. Конкурс в медицинских вузах в среднем достиг 30 человек на место, а балл ЕГЭ в 2016 г. за каждый экзамен оказался самым высоким среди всех специальностей – 78,91. Даже у тех, кто поступает по целевому набору, ЕГЭ был 68 баллов, что выше, чем для «целевиков» в других вузах. Такие данные привела министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова на итоговом Совете ректоров медицинских и фармацевтических вузов, который прошёл в Российском университете дружбы народов.**

Хорошо себя зарекомендовала и система интегрированного образования. За последние годы руководство медицинских вузов перестало выступать (по крайней мере – активно) с требованиями вернуть экзаменационные испытания. Всё дело в целевом приеме. Его квота последовательно увеличивается и составила в прошлом году 56,8%, что на 2% выше, чем в 2015 г. То есть департаменты здравоохранения выдают направления на учёбу в вузе, а абитуриенты берут на себя обязательство вернуться в родной город. Таким образом, органы управления должны подумать, кого они рекомендуют для обучения. Именно им предстоит трудоустраивать выбранных молодых людей в подведомственные лечебные учреждения. В 2016 г. такой подход позволил преодолеть дефицит подготовки врачей определённых специальностей – онкологов, реаниматологов, психиатров, судебных медиков. Этому способствовал и тот факт, что в ординатуру тоже стали принимать «целевиков». Научились за последние годы добиваться возвращения выпускников в лечебные учреждения, давшие такие направления. Статистика свидетельствует: процент возврата на подготовленные рабочие места в целом по стране превысил 86%.

Нельзя обойти вниманием и главную новацию прошлого года – аккредитацию. Впервые был запущен новый механизм допуска к профессиональной деятельности – трёхэтапный экзамен по двум специальностям. В этом году через него «дадут зелёный свет» в профессию выпускникам лечебных и педиатрических факультетов. Как известно, после сдачи экзамена молодые врачи могут сразу приступить к работе в поликлиниках участковыми терапевтами и педиатрами. Поскольку их обучали по образовательным стандартам третьего поколения, главное достоинство которых – ориентированность на практические навыки и умения.

– В 2015 г. число врачей, работающих в медицинских организациях системы Минздрава, выросло на 1061 специалиста, – заявила В.Скворцова. – Особенно важно, что при этом удалось сократить кадровый дисбаланс. Так, выросло число врачей, работающих на селе. Одним из основных механизмов устранения кадровых перекосов является адресная целевая подготовка специалистов по заявкам регионов и программа «Земский врач».

### Не на HeadHunter, а в приёмную

Когда московское здравоохранение проводило наступательную оптимизацию, Минздрав России и популярный портал HeadHunter запустили совместный кадровый проект. Государственные больницы и поликлиники получили возможность бесплатно размещать объявления о вакансиях на этом

ресурсе. Первый отчёт показал, что воспользовались такой возможностью 338 медицинских учреждений, предложив более 2,5 тыс. вакансий.

Но позже руководство портала вынуждено было признать, что даже в Москве врачи предпочитают трудоустраиваться старыми «дедовскими» способами, позвонив в конкретное лечебное учреждение, а не откликнувшись на вакансию в интернете.

Итак, даже в Москве участковый терапевт (наиболее востребованная специальность) получает не более 70 тыс. руб. Между тем стоимость аренды однокомнатной квартиры начинается от 30 тыс. в месяц, несмотря на серьёзное снижение цен в условиях экономических трудностей.

В этой связи интересно обратиться к опыту Московской области. Подмосковье всегда считалось хорошим местом для трудоустройства. Даже в Москве участковый терапевт (наиболее востребованная специальность) получает не более 70 тыс. руб. Между тем стоимость аренды однокомнатной квартиры начинается от 30 тыс. в месяц, несмотря на серьёзное снижение цен в условиях экономических трудностей.

И сразу изменилась статистика. Показатель обеспеченности врачами на 10 тыс. населения сдвинулся с мёртвой точки – с 28 в 2014 г. до 32 – в 2016 г.

### Нужны не только знания, но и навыки

Как показывают социологические опросы, на 1-м курсе значительная часть студентов мечтает тем не менее стать в будущем

доктору навыкам: «посмотреть» пациента, прослушать его фонендоскопом, выполнить первые, не очень сложные хирургические вмешательства и в то же время приобретать потихоньку опыт. После этого периода – прорваться в ординатуре по кардиохирургии. Хирург должен быть готов к любым непредвиденным обстоятельствам при проведении сложных вмешательств на сердце и сосудах.

В нашу клинику более 60% кардиохирургов приходят после становления в общей хирургии. Есть, безусловно, и те, кто были ординаторами и аспирантами, достаточно долгое время учились у старших товарищей, в том числе в операционной, и прекрасно себя зарекомендовали. Но это дорога, которая не всегда даёт ожидаемые результаты. Формально, сегодня можно получить сертификат кардиохирурга, прорвавшись 2 года в ординатуре. По моим представлениям, после столь короткого периода обучения молодой врач не умеет ровным счётом ничего. Не случайно на западе, чтобы освоить такую интеллектуальную, высокотехнологичную и престижную специализацию медицины отводится гораздо больше времени. Например, в США сначала нужно отдать 5 лет общей хирургии, затем освоить в течение такого же периода грудную хирургию. И только после этого войти в состав сердечно-сосудистой бригады, чтобы овладевать мастерством. Наконец, через 2 года ежедневной работы в операционной предстоит очень трудный и требующий огромных усилий экзамен.

Каждый кардиохирург – это штучный специалист, а статус клиники зависит от сложности и результатов операций, которые в ней проводятся. Ошибки в тактике и технике проведения вмешательств должны быть исключены. За этими словами часто стоит не только здоровье, но и жизнь больного. Для этого до мельчайших деталей отрабатываются применяемые технологии.

И мне не стыдно за своих молодых кардиохирургов. Они являются мастерами своего дела. Назову некоторых из них. Павел Каравайкин приехал к нам из Саратова («МГ» № 73 от 28.09.2016 уже рассказывала о нём как об одном из победителей стипендиальной программы «ТАКЕДА – Золотые кадры медицины»). В больницах этого города он освоил некоторые операции на сосудах. Павел пришёл к нам, научившись общей хирургии, обладая отличным кругозором.

Ещё один наш состоявшийся молодой кардиохирург – Стасислав Чернявский. Он прокладывал свою дорогу в хирургию в больницах Крыма. После этого Владислав прошёл специализацию по сердечно-сосудистой хирургии.

Хочу подчеркнуть, что операции на сердце требуют не только знаний, умений, но и большой самоотдачи, любви к специальности. Поэтому каждая клиника с удовольствием приглашает на работу специалистов, которые постоянно подкрепляют свои знания, обладают огромным желанием самосовершенствоваться, и это всё закладывается ещё в студенческие годы.

Роман Николаевич прав, ключ к успеху для приёма на работу молодых врачей не редко лежит в этой плоскости. Надо уметь ставить перед собой конкретные задачи, добиваться их выполнения. И искренне считать, что врач должен постоянно повышать свою квалификацию.

Алексей ПАПЫРИН,  
корр. «МГ».

Москва.

Фото  
Юрия ЛУНЬКОВА.

Партнёр рубрики – компания «Такеда Россия», организатор всероссийской стипендиальной программы «ТАКЕДА – Золотые кадры медицины».

### Актуальная тема

# Прошу принять меня на работу

Как проблема дефицита кадров решается в отрасли



– Исторически сложилось так, что у сайтов, предлагающих вакансии, нет врачебной аудитории, – замечает менеджер по работе с партнёрскими программами HeadHunter Никита Мереминский. – Обычно соискатели конкурируют в борьбе за должности, а в медицине всё наоборот. У нас было опубликовано 13 тыс. резюме врачей и 70 тыс. вакансий. Налицо дисбаланс спроса и предложения. Конкурируют не специалисты, а... вакансии.

Конечно, были и те, кто попробовал трудоустраиваться с помощью интернет-ресурса. Но была такая особенность – более половины искали работу, не связанную с лечением пациентов. Например, очень активно трудоустраивались с помощью кадровых агентств желающие стать медицинскими представителями фармацевтических компаний.

### На первом месте – жильё

Можно рассуждать о том, что собственную квартиру иметь в наш век необязательно. Это – анахронизм, миграция рабочей силы правит бал во всём мире. Хороший заработок позволит арендовать подходящее жилище, поэтому не надо будет обременять себя десятками лет на выплаты по ипотеке или выбирать работу, прежде всего ориентируясь на то, сможет ли поликлиника или больница предоставить служебное жильё. Однако реальность быстро расставляет жизненные приоритеты

стока врачей. Свою положительную роль играла близость городов и районов к Москве. В столице много ведущих образовательных медицинских учреждений, всегда можно продолжить обучение в ординатуре или пройти специализацию по новому направлению деятельности. Но главный мотивационный момент – в области всегда старались как-то решить проблему с жильём медиков, прекрасно понимая, что обеспечить их столичными зарплатами в ближайшее время не удастся.

В Московской области обратились к модели создания ипотечных программ. Первый опыт их разработки был признан неудачным. Жёсткие критерии отбора в 2013–2014 гг. позволили только 11 врачам улучшить свои жилищные условия. Более привлекательным стал второй этап подпрограммы «Социальная ипотека», который начали реализовать в прошлом году. Её уникальность заключается в том, что затраты на приобретение квартиры полностью компенсируются из регионального бюджета: 50% стоимости выдаётся в виде жилищной субсидии, остальные 50% предоставляются в течение последующих 10 лет в виде ежемесячной выплаты компенсации на оплату кредита. Участник программы погашает только проценты по кредиту. В результате жилищные сертификаты получили в прошлом году 287 врачей, в том числе и те, которые давно работают в Московской области.

– Я считаю, что путь в профессию у сердечно-сосудистого хирурга должен начинаться не в федеральном центре, – уверен он. – Оптимально, когда молодой врач на первом этапе овладевает тонкостями специальности в городской больнице на периферии. В лечебном учреждении такого уровня разумно проработать 5 лет, чтобы почувствовать, оценить, что такое хирургия. Именно здесь лучше научиться многим нужным

И я считаю, что путь в профессию у сердечно-сосудистого хирурга должен начинаться не в федеральном центре, – уверен он. – Оптимально, когда молодой врач на первом этапе овладевает тонкостями специальности в городской больнице на периферии. В лечебном учреждении такого уровня разумно проработать 5 лет, чтобы почувствовать, оценить, что такое хирургия. Именно здесь лучше научиться многим нужным

И я считаю, что путь в профессию у сердечно-сосудистого хирурга должен начинаться не в федеральном центре, – уверен он. – Оптимально, когда молодой врач на первом этапе овладевает тонкостями специальности в городской больнице на периферии. В лечебном учреждении такого уровня разумно проработать 5 лет, чтобы почувствовать, оценить, что такое хирургия. Именно здесь лучше научиться многим нужным

**Букет патологий**

В городской поликлинике № 129 ДЗМ на протяжении 16 лет наблюдалась женщина 1965 года рождения. Из анамнеза: в течение 30 лет пациентка курила и злоупотребляла алкоголем. С 2000 г. страдала сахарным диабетом 2-го типа. С 2007 г. – на инсулиновой терапии. Из анамнеза: артериальная гипертензия 3-й степени, ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, НК-2, цереброваскулярная болезнь, хроническая ишемия головного мозга. Транзиторная ишемическая атака от 2004 г. ХОБЛ. Ожирение 3-й степени. Хронический гастрит, хронический панкреатит. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Хроническая венозная недостаточность. Генерализованный деформирующий остеоартроз. Диабетическая ангиопатия. Диабетическая полинейропатия.

Пациентка регулярно посещала терапевта, эндокринолога и невролога по месту жительства. Главной целью этих визитов, что характерно, было получение льготных лекарственных препаратов. Наряду с инсулинами получала терапию ингибиторами АПФ, бета-блокаторами, диуретиками, блокаторами кальциевых каналов, антиагрегантами. Глюкоза крови на фоне терапии – 6,5 ммоль/л. В марте 2015 г. в связи с декомпенсацией диабета проходила стационарное лечение в ГКБ № 68 ДЗМ в отделении эндокринологии. В июне того же года на медико-социальной экспертизе была установлена 3-я группа инвалидности по общему заболеванию.

В клиническом анализе крови весной прошлого года обращали на себя внимание снижение тромбоцитов и повышение лимфоцитов. В моче – белок. На УЗИ органов брюшной полости – диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Кроме того, при УЗДС сосудов головы и шеи отмечались видоизменённые, повышенной экогенности шейные лимфоузлы. Также визуализировались подчелюстные и оконоушные лимфоузлы, в связи с чем была рекомендована консультация терапевта, флюорография и маммография, а также повторение УЗДС брахиоцефальных сосудов. Однако пациентка данные обследования не прошла.

Примечательно, что после получения постоянной группы инвалидности со всеми вытекающими льготами пациентка в поликлинику по месту жительства не обращалась.

**У бездны на краю**

В октябре минувшего года женщина вызвала бригаду «03». Предъявляла жалобы на слабость, одышку при физической нагрузке и отёки нижних конечностей. При осмотре: ЧСС – 90/мин., АД – 140/80 мм рт.ст. Отёки и трофические язвы нижних конечностей. Уровень глюкозы в крови – 8,3 ммоль/л. ЭКГ – без патологии. Сатурация кислорода – 98%. Доктора «скорой» расценили клиническую картину как частичную декомпенсацию хронической сердечной недостаточности. Проведена терапия диуретиками. Пациентка была оставлена дома с обеспечением динамического наблюдения терапевта по месту жительства.

Спустя 3 дня по адресу больной на пульте «03» был вновь зафиксирован вызов. На этот раз «скорую» вызывали родственники – пациентка, с их слов, была без сознания. Прибывшая через несколько минут бригада нашла женщину в сознании (обморок был кратковременен). Больная жаловалась на общую слабость. АД – 90/60 мм рт.ст. ЧСС – 90/мин. Глюкоза – 7,6 ммоль/л. Отёки нижних конечностей сохранились. ЭКГ – без динамики. От госпитализации, на которой настаивали врачи, пациентка отказалась. Была вновь оставлена под динамическое наблюдение, на этот раз – «неотложкой».

И всё же, сутки спустя, родственники больной повторно

одним из ключевых показателей эффективности системы здравоохранения и, как следствие, – оказания медицинской помощи на сегодняшний день является распространённость коморбидности (полиморбидности) среди населения. Полиморбидный больной на современном этапе – повсеместное и вездесущее явление в ежедневной практике клиницистов. Однако, справедливо ради, следует констатировать, что проблема ведения таких пациентов – одна из основных в клинической практике на современном этапе.

В этой связи за рубежом активно внедряется и широко применяется «командный» подход к пациенту – мультидисциплинарное его ведение. В нашей стране использование такого подхода очень тяжело осуществить на практике: большинство отечественных

государственных медучреждений банально к этому не готовы. Тем не менее коморбидных пациентов следует «выносить» на всевозможного рода консилиумы с целью выработки у докторов принципов ведения таких больных, насколько это возможно в суровых отечественных реалиях.

В качестве семинарского занятия на предмет коморбидности выступила очередная московская городская клинико-анатомическая конференция, собравшая руководителей столичных медучреждений, а также главных специалистов Департамента здравоохранения Москвы (ДЗМ) и прошедшая, по традиции, под председательством заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития, профессора, заслуженного врача РФ Леонида ПЕЧАТНИКОВА.

**Клинический разбор**

# Коварные происки коморбидности

## Ложное знание хуже истинного незнания



**Лимфатическая система человека**

вызывали бригаду «03». Женщина предъявляла жалобы на общую слабость, одышку в покое и головокружение. При осмотре: АД – 60/20 мм рт.ст., ЧСС – 100/мин. Глюкоза – 4,3 ммоль/л. ЭКГ – без динамики. На этот раз медики сумели убедить женщину в необходимости госпитализации с последующим стационарным лечением, в связи с чем бригадой «03» больная была доставлена в ГКБ им. братьев Бахрушиных в сопровождении родственников.

### По дороге в небытие

В приёмном отделении стационара цифры АД составили 80/10 мм рт.ст. Сознание нарушено, отмечались судороги. Анамнез собран со слов родственников и докторов «03». Обращал на себя внимание тот факт, что, несмотря на отказ от инсулинотерапии в течение нескольких дней и приём диуретиков, уровень глюкозы в крови составлял 4,5 ммоль/л. Пациентка была госпитализирована в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) с диагнозом «Гипотония неясного генеза».

Дежурная реанимационная бригада расценила состояние больной как тяжёлое. Пациентка была заторможена. На вопросы отвечала односложно. Неврологическая симптоматика отсутствовала. Бросалась в глаза иктеричность склер. Отёки верхних и нижних конечностей. Трофические язвы нижних конечностей. ЧД – 20/мин. Дыхание в лёгких жёсткое, ослаблено в нижних отделах. Сатурация кислорода – 96%. АД 100/60 мм рт.ст. ЧСС – 100/мин. При пальпации – увеличение печени. Глюкоза крови – 1,5 ммоль/л.

Доктора заключили, что тяжесть состояния больной обусловлена гипогликемией, явлениями гиповолемии и энцефалопатии, а также

нарушениями водно-электролитного и кислотно-основного балансов.

В общем анализе крови отмечалась лейкопения, анемия, тромбоцитопения. В биохимическом анализе крови – снижение белка, повышение креатинина, мочевины, общего билирубина, АСТ, АЛТ, Гамма-ГТ и ЛДГ. Глюкоза крови – от 2,2 до 8,8 ммоль/л в течение суток с измерением через каждые 2 часа. При исследовании КЩС – метаболический ацидоз.

На УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства – гепатосplenомегалия на фоне диффузных изменений в этих органах. В почках – конкременты. При рентгенографии органов грудной клетки – диффузные изменения в обоих лёгких. Предположительно – за счёт патологии лимфоузлов.

ЭКГ – изменения миокарда, тахикардия. Эхо-КГ – без патологии. УЗДС сосудов нижних конечностей – неполная окклюзия подколенной, передней большеберцовой артерий обеих ног.

Консультация психиатра: оглушение с эпизодами психомоторного возбуждения. Консультация невролога: энцефалопатия. Исключено ОНМК. Консультация терапевта: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. АГ 3 ст. НК-2. ЖДА. ХПН. Ожирение 3-й степени.

Пациентке проводилась терапия глюкозой, глюкокортикоидами, диуретиками, антикоагулянтами, кислородотерапия. Однако спустя 25 часов от момента госпитализации у пациентки внезапно наросли признаки острой дыхательной недостаточности, в связи с чем она была переведена на ИВЛ. АД – 60/40. Инфузционная терапия – без эффекта. Нарастала сердечно-сосудистая недостаточность. На ЭКГ – асистolia. Реанимационные мероприятия в течение получаса – без эффекта. Дежурной бригадой

ОРИТ была констатирована биологическая смерть пациентки.

Заключительный клинический диагноз: «ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. ЦВБ. ХИГМ, СД 2-го типа, декомпенсация. АГ 3-й степени. НК-3. ДН 2-й степени. ТЭЛА? Пневмония? Полиорганская недостаточность. Отёк лёгких. Ожирение. Диабетическая микро- и макроangiопатия. Атеросклероз. Нефросклероз. Почки артериальная гипертензия. Гипертрофия миокарда. Хроническая анемия. Тромбоцитопения. Полиорганская недостаточность. Жировой гепатоз. Респираторный дистресс-синдром. Отёк головного мозга. ХОБЛ. Непосредственная причина смерти – синдром полиорганской недостаточности».

Несмотря на перестраховку в виде россыпи всевозможных нозологий и синдромов, клиницисты, что называется, «промахнулись». Сей факт красноречиво продемонстрировало патологоанатомическое исследование. Итак, патологоанатомический диагноз: «Лимфома Ходжкина. Сахарный диабет 2-го типа. Ожирение. Диабетическая микро- и макроangiопатия. Атеросклероз. Нефросклероз. Почки артериальная гипертензия. Гипертрофия миокарда. Хроническая анемия. Тромбоцитопения. Полиорганская недостаточность. Жировой гепатоз. Респираторный дистресс-синдром. Отёк головного мозга. ХОБЛ».

Несмотря на перестраховку в виде россыпи всевозможных нозологий и синдромов, клиницисты, что называется, «промахнулись». Сей факт красноречиво продемонстрировало патологоанатомическое исследование. Итак, патологоанатомический диагноз: «Лимфома Ходжкина. Сахарный диабет 2-го типа. Ожирение. Диабетическая микро- и макроangiопатия. Атеросклероз. Нефросклероз. Почки артериальная гипертензия. Гипертрофия миокарда. Хроническая анемия. Тромбоцитопения. Полиорганская недостаточность. Жировой гепатоз. Респираторный дистресс-синдром. Отёк головного мозга. ХОБЛ».

Несмотря на перестраховку в виде россыпи всевозможных нозологий и синдромов, клиницисты, что называется, «промахнулись». Сей факт красноречиво продемонстрировало патологоанатомическое исследование. Итак, патологоанатомический диагноз: «Лимфома Ходжкина. Сахарный диабет 2-го типа. Ожирение. Диабетическая микро- и макроangiопатия. Атеросклероз. Нефросклероз. Почки артериальная гипертензия. Гипертрофия миокарда. Хроническая анемия. Тромбоцитопения. Полиорганская недостаточность. Жировой гепатоз. Респираторный дистресс-синдром. Отёк головного мозга. ХОБЛ».

Несмотря на перестраховку в виде россыпи всевозможных нозологий и синдромов, клиницисты, что называется, «промахнулись». Сей факт красноречиво продемонстрировало патологоанатомическое исследование. Итак, патологоанатомический диагноз: «Лимфома Ходжкина. Сахарный диабет 2-го типа. Ожирение. Диабетическая микро- и макроangiопатия. Атеросклероз. Нефросклероз. Почки артериальная гипертензия. Гипертрофия миокарда. Хроническая анемия. Тромбоцитопения. Полиорганская недостаточность. Жировой гепатоз. Респираторный дистресс-синдром. Отёк головного мозга. ХОБЛ».

Несмотря на перестраховку в виде россыпи всевозможных нозологий и синдромов, клиницисты, что называется, «промахнулись». Сей факт красноречиво продемонстрировало патологоанатомическое исследование. Итак, патологоанатомический диагноз: «Лимфома Ходжкина. Сахарный диабет 2-го типа. Ожирение. Диабетическая микро- и макроangiопатия. Атеросклероз. Нефросклероз. Почки артериальная гипертензия. Гипертрофия миокарда. Хроническая анемия. Тромбоцитопения. Полиорганская недостаточность. Жировой гепатоз. Респираторный дистресс-синдром. Отёк головного мозга. ХОБЛ».

Несмотря на перестраховку в виде россыпи всевозможных нозологий и синдромов, клиницисты, что называется, «промахнулись». Сей факт красноречиво продемонстрировало патологоанатомическое исследование. Итак, патологоанатомический диагноз: «Лимфома Ходжкина. Сахарный диабет 2-го типа. Ожирение. Диабетическая микро- и макроangiопатия. Атеросклероз. Нефросклероз. Почки артериальная гипертензия. Гипертрофия миокарда. Хроническая анемия. Тромбоцитопения. Полиорганская недостаточность. Жировой гепатоз. Респираторный дистресс-синдром. Отёк головного мозга. ХОБЛ».

Несмотря на перестраховку в виде россыпи всевозможных нозологий и синдромов, клиницисты, что называется, «промахнулись». Сей факт красноречиво продемонстрировало патологоанатомическое исследование. Итак, патологоанатомический диагноз: «Лимфома Ходжкина. Сахарный диабет 2-го типа. Ожирение. Диабетическая микро- и макроangiопатия. Атеросклероз. Нефросклероз. Почки артериальная гипертензия. Гипертрофия миокарда. Хроническая анемия. Тромбоцитопения. Полиорганская недостаточность. Жировой гепатоз. Респираторный дистресс-синдром. Отёк головного мозга. ХОБЛ».

Несмотря на перестраховку в виде россыпи всевозможных нозологий и синдромов, клиницисты, что называется, «промахнулись». Сей факт красноречиво продемонстрировало патологоанатомическое исследование. Итак, патологоанатомический диагноз: «Лимфома Ходжкина. Сахарный диабет 2-го типа. Ожирение. Диабетическая микро- и макроangiопатия. Атеросклероз. Нефросклероз. Почки артериальная гипертензия. Гипертрофия миокарда. Хроническая анемия. Тромбоцитопения. Полиорганская недостаточность. Жировой гепатоз. Респираторный дистресс-синдром. Отёк головного мозга. ХОБЛ».

Несмотря на перестраховку в виде россыпи всевозможных нозологий и синдромов, клиницисты, что называется, «промахнулись». Сей факт красноречиво продемонстрировало патологоанатомическое исследование. Итак, патологоанатомический диагноз: «Лимфома Ходжкина. Сахарный диабет 2-го типа. Ожирение. Диабетическая микро- и макроangiопатия. Атеросклероз. Нефросклероз. Почки артериальная гипертензия. Гипертрофия миокарда. Хроническая анемия. Тромбоцитопения. Полиорганская недостаточность. Жировой гепатоз. Респираторный дистресс-синдром. Отёк головного мозга. ХОБЛ».

Несмотря на перестраховку в виде россыпи всевозможных нозологий и синдромов, клиницисты, что называется, «промахнулись». Сей факт красноречиво продемонстрировало патологоанатомическое исследование. Итак, патологоанатомический диагноз: «Лимфома Ходжкина. Сахарный диабет 2-го типа. Ожирение. Диабетическая микро- и макроangiопатия. Атеросклероз. Нефросклероз. Почки артериальная гипертензия. Гипертрофия миокарда. Хроническая анемия. Тромбоцитопения. Полиорганская недостаточность. Жировой гепатоз. Респираторный дистресс-синдром. Отёк головного мозга. ХОБЛ».

Несмотря на перестраховку в виде россыпи всевозможных нозологий и синдромов, клиницисты, что называется, «промахнулись». Сей факт красноречиво продемонстрировало патологоанатомическое исследование. Итак, патологоанатомический диагноз: «Лимфома Ходжкина. Сахарный диабет 2-го типа. Ожирение. Диабетическая микро- и макроangiопатия. Атеросклероз. Нефросклероз. Почки артериальная гипертензия. Гипертрофия миокарда. Хроническая анемия. Тромбоцитопения. Полиорганская недостаточность. Жировой гепатоз. Респираторный дистресс-синдром. Отёк головного мозга. ХОБЛ».

Несмотря на перестраховку в виде россыпи всевозможных нозологий и синдромов, клиницисты, что называется, «промахнулись». Сей факт красноречиво продемонстрировало патологоанатомическое исследование. Итак, патологоанатомический диагноз: «Лимфома Ходжкина. Сахарный диабет 2-го типа. Ожирение. Диабетическая микро- и макроangiопатия. Атеросклероз. Нефросклероз. Почки артериальная гипертензия. Гипертрофия миокарда. Хроническая анемия. Тромбоцитопения. Полиорганская недостаточность. Жировой гепатоз. Респираторный дистресс-синдром. Отёк головного мозга. ХОБЛ».

Несмотря на перестраховку в виде

– Профессор Бенедетти, расскажите, пожалуйста, о своих исследованиях в области изучения эффекта плацебо.

– Если вкратце, то сегодня можно утверждать, что действие плацебо формируется благодаря психосоциальному контексту. Мы наблюдаем, что так называемые ритуалы терапии – допустим, сам ритуал «приёма лекарства» – запускает в организме множественные биохимические процессы, схожие с тем, как если бы человек принял настояще лекарство.

Когда врач сообщает пациенту, что ему вскоре дадут болеутоляющее, уже в этот момент в его мозгу регистрируется снижение ощущения боли. И, как оказалось, когда пациент надеется вскоре получить действующий препарат, а потом вместо него принимает плацебо, это не отменяет уже запущенной программы облегчения и расслабления. В своих исследованиях мы показываем, что разные психологические факторы могут влиять на активацию одних и тех же участков головного мозга, «отвечающих» за лечение.

**– Так в чём же отличие лекарства от плацебо?**

– Если задаться вопросом – чем является лекарственный препарат, ответ на него будет достаточно простым. Это молекула, которая, поступая в организм человека, приводит к развитию определённых биохимических реакций. Что касается плацебо, всё гораздо сложнее.

По сути, это лекарственная пустышка, но такое определение было бы, конечно, неполным. В данном случае речь идёт о совокупности психосоматических реакций, которые оказывают влияние на состояние пациента. Мы знаем о целом ряде контекстуальных механизмов (включая осознательные и тактильные ощущения), которые могут приводить к изменению самочувствия в сторону улучшения. Это те самые «ритуалы» терапии (инъекции, капельницы, иглоукалывание и др.).

Нередко меня спрашивают: в чём заключается механизм действия плацебо? Но этот вопрос не совсем корректен. По сути, это совокупность механизмов в зависимости от конкретной ситуации и нозологии. К примеру, у пациента, испытывающего послеоперационную боль, при приёме плацебо происходит активация опиоидных рецепторов, так же, как и при приёме наркотических обезболивающих средств. Сегодня это уже доказано.

**– Какие факторы связаны с эффектом плацебо? Почему одни пациенты реагируют на такое «лечение», а другие – нет?**

– Один из главных факторов в этом плане – ожидания, связанные с лечением и облегчением симптомов. И здесь важен предыдущий опыт, ведь, как известно, с нами происходит то, на что мы настраиваемся.

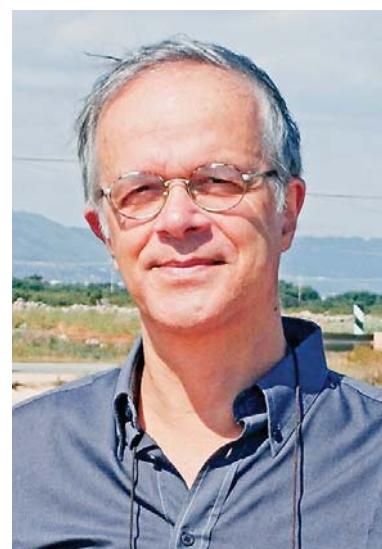
Так, первая реакция на плацебо может быть незначительной и едва заметной. Однако если давать пациенту с болью морфин на протяжении нескольких дней, а потом – плацебо, то эффект будет практически тем же, что и на препарате. То есть в данном случае «включается» предыдущий опыт эффективного лечения.

Ещё – мотивация, а также эмоции, которые тоже очень

## Авторитетное мнение

# Великая иллюзия исцеления

## О плацебо, ноцебо, врачебной этике и особенностях лекарственной терапии



Как известно, успех лечения во многом зависит от настроения пациента, его веры в эффективность назначенной лекарственной терапии. «Меня обязательно вылечат, и всё будет хорошо», – такая позитивная установка, считают нейробиологи, может запустить в мозгу человека сложный каскад биохимических реакций, способных повлиять на восприятие симптомов и течение заболевания. Именно по этой «схеме» действует плацебо и его менее известный антипод – ноцебо.

Фабрицио БЕНДЕТТИ, профессор Университетской медицинской школы города Турин (Италия) – один из тех учёных, которые вернули доверие и научный интерес к данной теме. По мнению экспертов, лаборатория, которой он руководит, является ведущим научным центром по изучению плацебо в мире.

В 1990-х годах, изучая нейробиологические механизмы боли, Бенедетти получил новые данные о действии этого феномена. Его книги «Эффект плацебо: разбираясь в устройстве здоровья и болезни» и «Мозг пациента: нейронаука отношений между врачом и пациентом» давно уже стали бестселлерами, а его имя хорошо известно в мировых научных кругах.

Часовая лекция профессора Бенедетти, посвящённая этой сложной и в чём-то даже интригующей тематике, стала одним из центральных мероприятий VII Международного конгресса «Управляем болью», состоявшегося в Москве. В плотном рабочем графике, в перерыве между заседаниями, известный учёный нашёл время и дал эксклюзивное интервью «Медицинской газете». В беседе были также затронуты этические вопросы, связанные с лекарственной терапией боли.

важны. Позитивный настрой, расслабленность, доверие снижают боль. Тревога, наоборот, делает её более острой. Если я с уверенностью сообщу вам, что через несколько минут вы получите очень эффективное лекарство, тем самым я напрямую повлияю на ваш уровень тревожности. А она играет огромную роль в том, как мы воспринимаем боль.

И это в первую очередь касается пациентов, испытывающих боль при различных онкологических заболеваниях. Помимо самой боли, их мучают неопределённость, тревога, страх перед смертью. И вот когда врач говорит пациенту, что сейчас он получит очень мощное лекарство, то напрямую «моделирует» сигнал тревоги, то есть снижается её уровень, что в свою очередь ведёт к снижению болевых ощущений.

Между уровнем тревожности и ощущением боли есть явная и измеримая связь. Чем более вы напуганы – тем острее чувствуете боль, тем сильнее у вас что-то болит, по вашим ощущениям.

**– Иными словами, человек ждёт боль, и она приходит. Этим, наверное, обусловлен негативный эффект ноцебо, ухудшающий состояние пациента?**

– В числе факторов, которые могут оказать такое воздействие, самый частый случай – неблагоприятный диагноз. Особенно если врач сообщает о нём пациенту без определённой подготовки – буквально оглушает, раздавливает его этой новостью. И в такой ситуации эффект ноцебо может многократно возрасти. Есть риск, что пациент начнёт

страдать больше – он будет переживать усиление боли. И абсолютно безвредное вещество, каким, по сути, является ноцебо, может усугубить его состояние.

Но это больше в теории. Сегодня мы слишком мало знаем о клинических и практических аспектах применения ноцебо.

врач должен говорить правду, какой бы горькой она ни была. Другое дело, как он её озвучит и какая за этим последует реакция со стороны пациента. Это целая наука – коммуникация между врачом и пациентом.

К сожалению, в вузах вопросам коммуникации не уделяют



Неэтично и даже преступно использовать такие подходы в отношении людей, страдающих от боли, вне зависимости от причин, которыми она вызвана. Такие немногочисленные исследования проводятся только с участием здоровых добровольцев.

**– Получается, что ожидания пациента связаны с тем, как он ощущает боль? Означает ли это, что врач не должен «пугать» его плохим прогнозом и скрывать информацию о возможном скором исходе?**

– Это очень сложный вопрос. Главная проблема заключается в том – как сообщить «плохие новости» больному. Конечно,

ситуации всё это в совокупности может оказать колоссальное негативное влияние на пациента.

**– Вы упомянули об онкологических больных. В последние годы появились лекарственные препараты, которые при некоторых формах рака способны привести к непролongированной ремиссии – от нескольких недель до 3-6 месяцев. Это крайне дорогостоящие лекарства, и сегодня они активно продвигаются на рынок. Хотелось бы услышать ваше мнение по поводу целесообразности их применения в клинической практике.**

– Да, я понимаю, о чём вы говорите. Это большой вопрос из области этики. Скажу так: очень многое зависит от самого лекарственного препарата. Если доказано, что он реально улучшает качество жизни пациента, облегчает его страдания, снижает боль и проявления заболевания, то, конечно, применение такого лекарства более чем оправдано. Но если речь идёт только о продлении жизни и этот период на самом деле исчисляется парой недель, то мой ответ скорее «нет», чем «да».

**– Разве такая позиция не жестока по отношению к пациентам?**

– Нет, в этом нет ничего жестокого. И более того, такой подход этически оправдан и в других областях медицины. В частности, при проведении некоторых хирургических вмешательств. Опять же, если операция нужна для того, чтобы продлить жизнь пациента всего на несколько недель, то в такой манипуляции нет необходимости, поскольку это не приведёт в конечном итоге к излечению, а только увеличит его страдания.

**– И последний вопрос – какое место должна занимать лекарственная терапия в процессе лечения? Стоит ли людям излишне уповать на таблетку?**

– Иными словами, какое место лекарственной терапии в иерархии видов лечения? Если это серьёзное хроническое заболевание и пациент страдает от боли, то, конечно, без лекарств не обойтись. Но есть состояния, при которых лекарственная терапия не слишком эффективна. Поэтому в лечении таких пациентов таблетки будут на последнем месте. Так что всё зависит от конкретной ситуации.

Беседу вели  
Ирина СТЕПАНОВА,  
корр. «МГ».

Идея

# Рождение химеры

**Русский военный врач А.Максимов волею судьбы оказался в Чикаго, где выдвинул идею существования в костном мозге стволовых клеток крови, которые и были выделены в начале 90-х. За 30 лет до этого оксфордский зоолог Дж.Гердон получил клонированных лягушек из клеток кишечного эпителия, подчеркнув, что далеко не все клетки способны давать клоны. Много позже выяснилось, что успеха он достигал лишь при использовании стволовых клеток крипт, «скрытых» в глубине кишечных ворсин. Затем японец С.Яманака получил индуцированные плюрипотентные стволовые (иПС) из фибробластов кожи взрослого организма (плюрипотентными он назвал их за способность давать многие типы разных клеток). Нобелевскую премию ему дали в надежде на то, что иПС позволят решить множество медицинских проблем.**

Понадобилось, однако, внедрение в широкую практику ген-редактирования, позволяющего выключать таргетные ген-мишени, что обеспечило основу создания разновидовых биохимер, о чём сообщили ведущие журналы мира. Первого успеха достигли специалисты Института биоисследований в калифорнийском городе Ла-Джолла, которые с помощью ген-редактирования выключили у мышей ген, отвечающий за формирование поджелудочной железы, после чего пересадили в полость зародышевого мешка (бластоцеля) будущего мышонка иПС крысы. К удивлению учёных химеричные мышата родились не только с железой, но и «дополнительным» желчным пузырём, который у крыс отсутствует. Оказалось, что активированные клетки мышного эмбриона как-то «включили» геномную программу крысиных клеток, отвечающую за желчный пузырь.

Понятно, что грызуны слишком малы для «производства» органов и тканей человека. Поэтому учёные перенесли три типа человеческих клеток в более чем 1400 свиных зародышей, а также в эмбрионы коров. Лишь один из типов

привёл к формированию у химер достаточного количества клеток человека, обеспечив «урожайность» 1:100 000, что чрезвычайно мало. Тем самым калифорнцы столкнулись с проблемой малого выхода дорогостоящих экспериментов, как Гердон и Яманака до них. Вполне возможно, что клетки человека «съедались» иммунной системой развивающихся зародышей свиней и коров, хотя гены отторжения и выключались ген-редактированием. Тем не менее получение химер было встречено с энтузиазмом, поскольку размер и форма свиных органов максимально близки человеческим да к тому же дают многочисленное потомство.

Исследователи Университета Джонса Хопкинса в Балтиморе переносили новорождённым крысятам стволовые клетки сердечной мышцы здорового человека и людей с кардиомиопатиями. Развитие крысят способствовало созреванию стволовых клеток, в результате чего были получены функциональные клетки сердечной мышцы человека, сокращающиеся после электрического импульса. Модель развития, как считают учёные, позволит разобраться с возникновением сердечных проблем и разработкой новых лекарств для сердечников.

Помимо большого значения химер для практики, не менее важна и теория. Значительно больший успех с клетками грызунов обусловлен их близким эволюционным родством, и важно понять геномные механизмы расхождения видов. Меньший успех с клетками человека в зародышах копытных свидетельствует о большем «разрыве» во времени образования наших видов. В своё время после первых удачных переносов человеческих генов мышам учёные задавались вопросом о числе генов, перенос которых даст жизнеспособную геномную химеру двух видов. Сейчас решение проблемы перешло уже на клеточный уровень, по крайней мере первый полуисинтетический микроорганизм уже создан. А в не таком уж и отдалённом будущем биоконструкторы заговорят об «оснащении» антропоморфных роботов вполне себе функциональными тканями и

органами, одним из которых может стать мозг, выращенный в той же корове или быке. Недаром древние египтяне почитали быка Аписа священным и на протяжении веков сохраняли мумии быков в особом храме-святилище Серапеуме.

Сон разума, как говорится, рождает чудовищ. С этим можно только сравнить порождения мифов и легенд, одними из которых являются разного рода химеры, соединяющие в себе части разных животных: ихтиохимера с рыбьим хвостом, с ним же гиппокампы, или морские кони в упряжке Посейдона, кони на сухе с торсами мужчины или женщины. Но самая известная химера с огнедышащей пастью родилась на южном побережье нынешней Турции там, где горит вечный огонь выходящего из земли природного газа.

Аристотель считал дельфинов рыбами, поэтому средневековые его последователи изображали чешую у наших морских братьев по разуму (сравни: адельф – брат, филадельфия – «братьская любовь»). Зоологов, познакомившихся в XVIII веке с разнообразием животного мира, да и нынешних поражает необычайное разнообразие млекопитающих, число известных видов которых перевалило за 70 тыс. Ламарк первым попытался объяснить расходжение-дивергенцию исходных форм развития, обозначив его латинским словом evolutio, идущим, как ему казалось, миллионы лет. Сегодня мы знаем, что нас от нынешних грызунов – мышей и крыс – отделяет чуть ли не 200 млн лет, и полагаем, что к нам намного ближе коровы и свиньи. Последние считаются идеальными с точки зрения использования их органов и тканей для развивающейся трансплантологии. Проблема, однако, в непреодолимом барьере иммунного отторжения, попытки преодоления которого с помощью ген-модифицированных животных оказались безуспешными.

Игорь ЛАЛАЙНЦ,  
кандидат биологических наук.

По материалам  
Cell Reports, Nature.

## Новые подходы

# Встроенный генератор инсулина

**В Великобритании впервые провели испытания «искусственной поджелудочной железы», которая автоматически регулирует уровень глюкозы в крови, на беременных женщинах. Все 16 участниц по итогам использования гаджета родили здоровых детей. Учёные из Кембриджского университета заявили, что необходимо будет провести испытания на большем количестве людей, но, возможно, устройства будут доступны уже через 2 года.**

К сожалению, сахарный диабет 1-го типа не зависит от стиля жизни или диеты. При беременности он может вызвать множество осложнений – от преждевременных родов до смерти плода, так как уровень глюкозы в крови из-за гормональных изменений может меняться непредсказуемо. Примерно в половине случаев женщины с диабетом 1-го типа жалуются на спровоцированные им болезни у детей. Плод погибает во время беременности менее чем в 2% случаев, но этот процент в 5 раз выше, чем у здоровых матерей. Им

приходится постоянно контролировать уровень сахара, вводя себе инсулин несколько раз в день. «Искусственная поджелудочная железа» решает эту проблему, упрощая им жизнь.

Учёные нашли способ объединить два стандартных устройства – монитор глюкозы и инсулиновую помпу – в одно, которое управляет с планшетного компьютера или смартфона. Под кожу живота вживляется специальный датчик, который постоянно измеряет уровень сахара и отсылает их компьютеру. Тот рассчитывает необходимое количество инсулина и даёт соответствующую команду небольшому аппарату, который нужно носить на поясе. Аппарат, в свою очередь, отправляет «заказ» в кровь. Исследователи подсчитали, что женщины, носившие устройство во время беременности, контролировали свой уровень глюкозы на 25% лучше.

Руководитель научной работы Элизабет Робертсон назвала результат изысканий реальным прорывом и добавила, что первая «искусственная поджелудочная железа» в Великобритании по-

явилась ещё в 1977 г. и занимала целый кабинет. «Теперь люди используют планшеты или смартфоны, и это потрясающее достижение», – подчеркнула она.

В свою очередь, одна из участниц исследования, Лаура Карвер, поделилась, что когда она пережила выкидыш, то винила во всём свою болезнь. Ей приходилось измерять уровень сахара по 10 раз в день и по 6 раз вводить себе инсулин. Однако с новым устройством её жизнь значительно облегчилась, и в результате новой беременности на свет появился здоровый мальчик. Сейчас ему уже 11 месяцев.

Миссис Карвер сообщила, что если до использования «искусственной поджелудочной железы» уровень сахара у неё колебался в приемлемых пределах примерно в течение 50% времени, то с гаджетом этот показатель увеличился до 80%. «Он снял с меня ответственность и дал мне возможность меньше беспокоиться», – пояснила она.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации dailymail.co.uk.

**МОЛЕКУЛЯРНАЯ  
ДИАГНОСТИКА  
2017**

18-20 апреля, ГК "КОСМОС"  
г. Москва, пр. Мира, 150

IX ВСЕРОССИЙСКАЯ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

**ТЕМЫ КОНФЕРЕНЦИИ:**

- Молекулярная диагностика вирусных гепатитов
- Современные подходы к молекулярной диагностике инфекций органов репродуктивной системы
- Новые направления молекулярной диагностики ВИЧ-инфекции
- Методы молекулярного анализа в онкологии
- Молекулярная диагностика инфекций беременных и новорожденных
- Современные методы в диагностике туберкулеза
- Технологии молекулярного анализа в криминалистике и судебной медицине
- Молекулярная эпидемиология
- Технология выявления инфекционных и наследственных болезней животных
- ... и другие темы

Организаторы:  
Некоммерческое партнерство «Национальное научное общество инфекционистов»,  
ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора

[www.md2017.ru](http://www.md2017.ru)

## В клиниках и лабораториях

# Создавая реестр врождённой патологии

**Учёные из Института Сенгерса (Великобритания) провели глобальное исследование генетических «поломок» у детей и выявили новые наследственные заболевания, которые ранее не рассматривались как отдельные нозологические единицы. Исследование позволяет диагностировать редкие состояния более чем тысячи детей по всей стране, что, в свою очередь, ускорит обнаружение механизмов заболеваний и методов их коррекции.**

Целью исследования сенгерских учёных стало не только выделение новых редких заболеваний, но и поиск методов их диагностики с помощью современных геномных технологий. Учёные обследовали 20 тыс. человеческих генов, взятых более чем из 4 тыс. семей Великобритании и Ирландии, где были выявлены дети с расстройством развития. Все случаи были обработаны и объединены в группы схожих генетических нарушений. В результате им удалось не только выявить мутации в генах, которые были связаны с уже известными заболеваниями, но и обнаружить 14 новых нарушений развития, вызванных спонтанными мутациями, которых не было ни у одного из родителей.

По подсчётам авторов, новые генетические мутации, которые могут влиять на состояние здоровья и дальнейшее развитие, несут 42% детей. Каждый из 300 детей, родившихся в Великобритании, имеет редкие патологии, вызванные новой мутацией, и каждый год их количество увеличивается на 2 тыс. Согласно результатам работы, пожилые родители имеют более высокий

риск рождения ребёнка с расстройством развития, вызванным новой мутацией.

Если у 20-летних родителей генетическое отклонение имеет 1 из 450 детей, то у 45-летних вероятность отклонения наблюдается у 1 из 210 детей. Исходя из этого, было подсчитано, что каждый год около 400 тыс. из 140 млн новорождённых во всём мире будет иметь отклонения в развитии, вызванные новой спонтанной мутацией, которой не было ни у матери, ни у отца.

Согласно словам одного из авторов работы доктора Джереми Макрея, каждое из этих нарушений является редкой патологией, поэтому широкий охват исследований имел решающее значение для диагностики.

«Практикующий врач может определить только один конкретный случай, – пояснил он. – Однако мы, сотрудничая с сотнями врачей по всей стране, смогли систематизировать тысячи клинических наблюдений. Это позволило нам классифицировать детей по генетическим расстройствам и разработать диагностику подобных патологий».

– Это исследование касается огромного числа семей, – резюмировал один из руководителей исследования, доктор Мэтт Херлс. – Правильный диагноз патологии ребёнка может принести огромное облегчение для родителей, так как позволит им связаться с другими семьями, где дети имеют такие же расстройства. Кроме того, эти семьи смогут участвовать в профильных исследовательских проектах, а также получат возможность подключиться к системе специализированного медицинского обслуживания.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.  
По информации ВВС.

А как у них?

# Домашние роды приравняли к больничным

Но только в присутствии профильного специалиста

**Кнессет (Парламент Израиля)** утвердил в первом чтении законопроект, призванный обеспечить получение финансового пособия женщинам, которые предпочитают рожать дома, а не в родильных отделениях больниц. До недавнего времени «Битуах леуми» (Национальный институт страхования, НИС) не одобрял, а потому не оплачивал роды в домашних условиях. Более того, некоторые видные врачи-акушеры (в том числе и израильские) считают, что в цивилизованном обществе такие роды неприемлемы.

И тем не менее в еврейском государстве в домашних условиях рожают от 600 до 800 женщин в год. Несомненно, роженицы, решившие не обращаться в родильные отделения, считают роды не медицинской процедурой, а естественным биологическим процессом. У будущих мам всегда хватает времени оценить по своему усмотрению собственное состояние и решиться на роды дома. Присутствие только близких людей в «родных стенах» исключает психологический дискомфорт. Но в таких случаях по предписаниям израильского Министерства здравоохранения обязательно присутствие профессиональной акушерки или по крайней мере членов семей, обладающих опытом принятия родов. Однако опасность родов вне стен больничного учреждения чревата осложнениями. Могут возникнуть внезапные кровотечения даже во время здоровых родов.

Так, в августе 2016 г. девочка-младенец, родившаяся по желанию родителей в домашних условиях, была срочно направлена в столичную больницу. К сожалению, там ей уже не смогли помочь — ребёнка привезли без признаков жизни. Сведения об этой трагедии были переданы в полицию и Министерство здравоохранения. Представитель больницы в сообщении СМИ подчеркнул: «Если во время родов в домашних условиях отсутствуют профессиональные акушерки, то при возникновении нештатных ситуаций и отсутствии медицинской



помощи возможны трагические последствия».

В соответствии с положениями законопроекта женщина, рожавшая в домашних условиях, будет иметь право на пособие, только если лицензированная акушерка или врач подадут заявление в Министерство здравоохранения о том, что они присутствовали при родах и при этом были выполнены все медицинские предписания.

Одновременно Минздрав обязан сообщить о родах в НИС и организовать выплату пособий: 1571 шекель (около 400 долл.) на первого ребёнка, 847 — на второго и 525 — на третьего и последующих детей. Эти деньги призваны помочь родителям на первых порах компенсировать затраты на приобретение всего необходимого для новорождённых. Разумеется, эти суммы всего лишь начало так называемых детских выплат.

В сентябре 1959 г. в Израиле был принят Закон о выплате родителям ежемесячных пособий на воспитание детей со дня рождения до 18 лет. Эти «воспитательные» пособия, размер которых определяется количеством детей в семье, продолжают выплачиваться юношам и девушкам, призванным на срочную воинскую службу в течение всего срока их службы.

С января 2017 г. стартовала новая сберегательная программа для детей. В рамках этой программы, названной «Сбережения для каждого ребёнка», НИС в дополнение к пособию на детей будет вклады-

вать ежемесячно 50 шекелей на счёт ребёнка до исполнения ему 18 лет. Закон предусматривает выплаты по данной программе задним числом, начиная с мая 2015 г. Родители смогут ежемесячно добавлять к этой сумме также 50 шекелей.

В день исполнения ребёнку 18 лет НИС произведёт разовый вклад в сумме 500 шекелей, после чего совершеннолетний бенефициант сможет получить свои сбережения, но только с разрешения родителей. Если до исполнения юноше или девушке 21 года сбережения по «детской программе» полностью или частично не будут востребованы, то НИС произведёт ещё один взнос в размере 500 шекелей. После этого молодые люди смогут снимать деньги с этого счёта без разрешения родителей. Кроме того, после завершения службы в ЦАХАЛЕ (Армия обороны Израиля) демобилизованные израильские парни и девушки получают немалые денежные подарки от различных армейских структур.

Таким образом, государство не оставляет своих граждан без денежных пособий на каждом жизненном этапе. Молодым людям, входящим во взрослуую жизнь, стартовый капитал накапливается почти два десятилетия.

Захар ГЕЛЬМАН,  
соб. корр. «МГ»

Иерусалим.

Вехи

В скором времени человечество может столкнуться с глобальной эпидемией слепоты. Высокая энергия света экранов компьютеров и смартфонов вызывает необратимое повреждение сетчатки, сообщили учёные Университета Комплутенсе в Мадриде (Испания). Согласно результатам исследований, миллионы детей, которые проводят много времени, буквально уставившись в дисплей, могут в дальнейшем полностью ослепнуть.

## «Ослепляющий» прогресс

Исследования были проведены на крысах, которых подвергали излучению экранов планшетов. Одна группа крыс была защищена светофильтрами, вторая не имела защиты. После трёх месяцев эксперимента у крыс, подвергшихся воздействию экранов без фильтров, обнаружилась гибель примерно 23% сетчатки.

Крысы, защищённые фильтрами, не получили никаких повреждений глаз. Как показало исследование, воздействие светодиодного света от планшетных экранов способствует экспрессии генов и выделению ферментов, вызывающих гибель клеток сетчатки. Причём если начать использовать защитные фильтры, клетки сетчатки начинают восстанавливаться.

В настоящее время в мире выпущено около 900 млн цифровых устройств и значительная часть их принадлежит детям, которые не

используют ни защитный экран, ни защитные очки. Опрос более 2 тыс. детей в возрасте от 8 до 18 лет показал, что в среднем в день они проводят около 7,5 часов учёбы и отдыха за устройствами со светодиодными дисплеями, 4,5 часа — телевизору и около часа — видеиграм. Особенность детей в том, что они, в отличие от взрослых, смотрят на экраны почти вплотную, и в результате получают в три раза больше кратковолнового света, что в итоге может привести к полной слепоте, уверяют учёные.

Кстати, помимо повреждения сетчатки, экраны компьютера вызывают сухость глаз, так как дети смотрят на экран почти не моргая.

Марк ВИНТЕР.

По информации BBC.

Ракурс

## Сожалеющие о содеянном

Чувство вины после случайного секса на одну ночь испытывают 35% замужних женщин, и только 20% мужчин чувствуют неловкость за измену, оказавшись в постели с незнакомкой. Более того, 80% женщин, отказавшись от связи на одну ночь, были счастливы, тогда как 60% мужчин сожалели, отказавшись от перспективы неожиданного adultery. В целом, только 40% мужчин, удержавшись от измены, считают, что сделали правильный выбор.

Чтобы оценить отношение людей к сексу на одну ночь, исследователи опросили 263 норвежца возрастом от 19 до 37 лет, которые пережили один случайный половой контакт. Как выяснилось, только 30% женщин сказали, что чувствовали себя счастливыми после случайного секса. В то же время полную удовлетворённость ощущали более половины мужчин.

По словам автора исследования, профессора Лейфа Эдварда Отте-

сена Кеннэйра, женщины чувствуют себя менее счастливыми из-за страха беременности, половых заболеваний и плохой репутации (как известно, мнение о женщинах и мужчинах, ведущих активную половую жизнь, в обществе кардинально различны). Кроме того, склонность женщин чувствовать себя виноватыми может быть связана с эволюционными процессами. Мужчинам больше нравится секс в любом виде, так как они чаще испытывают оргазм, получая его как награду за распутство.

Как показало исследование, и мужчины, и женщины, сожалеющие о случайной измене, не испытали оргазм во время неожиданного секса. Кроме того, желание мужчин переспать со всеми случайными женщинами может быть вызвано эволюционной способностью осеменять огромное число самок и теоретически стать отцом сотен детей, увеличивая шансы на своё биологическое продолжение.

Ян РИЦКИЙ.

По информации Science Daily.

## Кстати

Бокал красного вина может противодействовать негативному влиянию курения на кровеносные сосуды. К такому выводу пришли исследователи из Саарского университета (Германия). По словам ведущего исследователя Виктории Шварц, найдено доказательство того, что употребление красного вина перед выкуренной сигаретой предотвращает большинство сосудистых повреждений, вызванных курением.

Исследования проводились на 20 молодых здоровых некурящих добровольцах, которые согласились выкуривать 3 сигареты в день. Половина участников за один час до курения выпивала небольшое количество красного вина. Однако в целом красное вино

## ...Истина — в вине

добровольцев периодически собирали анализы крови и мочи. После курения в крови обнаруживаются микрочастицы, которые являются остатками эндотелиальных клеток, тромбоцитов и моноцитов.

Это указывает на то, что клетки и кровеносные сосуды были повреждены. Исследователи выяснили, что у добровольцев, которые потребляли красное вино перед курением, негативных клеточных изменений не происходит.

Применимы ли эти результаты к старикам, больным или хроническим курильщикам, пока не ясно, говорится в исследовании. Однако в целом красное вино



можно рассматривать как способ защиты от сердечно-сосудистых заболеваний, и, в частности, от острого повреждения эндотелия, системного воспаления и клеточного старения сосудов, вызванного сигаретным дымом.

Как пояснила доктор Шварц, красное вино стимулирует образование ряда факторов, которые расслабляют эндотелий и улучшают его функции в коронарных артериях, таких как оксид азота. Причина такого воздействия пока не понята — вероятнее всего здесь сказывается влияние фенола, который содержится в красном вине. Этот вопрос учёные намерены прояснить в дальнейших исследованиях.

Алина КРАУЗЕ.

По информации Z-news.

История эта и впрямь настолько необычна, что можно понять решение тогдашнего ответственного секретаря газеты «Красная звезда» Александра Карпова: «Обождём печатать...» Действительно, подвиг уроженца Брянского областного города Почеп будущего генерал-майора медицинской службы Ефима Дыскина показался матёруму газетчику настолько невероятным, что... Впрочем, всё по порядку. Вот как описана эта история в рассказе-хронике бывшего главного редактора главной красноармейской газеты страны Давида Ортенберга: «Год 1942.».

«14 апреля. Сегодня опубликован Указ Президиума Верховного Совета СССР о присвоении звания Героев Советского Союза четырнадцати воинам. Среди них – посмертно – Панфилову Ивану Васильевичу, прославленному командиру прославленной гвардейской дивизии. Есть в номере и проникновенные строки из поэмы Николая Тихонова: «Боец! Он должен быть таков!»

И дальше Давид Иосифович рассказывает о том, как в ноябре 1941 г. после звонка в редакцию командующего артиллерией 16-й армии на позицию только что закончившегося боя был срочно отправлен корреспондент Павел Трояновский. И вот что он рассказал, вернувшись.

В критические дни битвы за Москву в 16-ю армию К.Рокоссовского был направлен 694-й зенитный полк. Его поставили на одном из главных направлений, и наводчик Дыскин, будучи 5 раз раненым, подбил семь вражеских танков и погиб.

Корреспондент побывал у могильного холма под тремя берёзками, на котором стоял столбик с вырезанной из фанеры звездой. А на дощечке химическим карандашом были

Далёкое – близкое

# Артиллерист, который обманул смерть

## А затем стал военным доктором



**Генерал-майор медицинской службы, Герой Советского Союза Е.Дыскин**

написаны даты рождения и смерти комсомольца Дыскина. А у командующего 16-й армией К.Рокоссовского спецкор ознакомился с наградным листом, по которому наводчика орудия посмертно представляли к званию Героя Советского Союза. Всё это так, и из песни, как говорится, слов не выкинешь. Однако дававший виды ответчик редакции Александр Карпов всё же засо-

мневался: «Видано ли, в одном бою наводчик орудия самолично подбил семь вражеских танков?» Главный редактор газеты согласился с мнением ответственного секретаря, тем более что указа всё не было. Но вот он появился, и 14 апреля 1942 г. материал о том подвиге был наконец напечатан. А потом вообще начались чудеса.

Спустя четыре с лишним десятилетия бывшему главному редактору «Красной звезды» позвонил бывший спецкор газеты Павел Трояновский и сообщил, что герой очерка жив-здоров, что он сумел обмануть смерть. А в той могиле, которую когда-то видел журналист, похоронен совсем другой боец. О своём же поистине чудесном спасении Героя Советского Союза Ефим Дыскин рассказал позже сам:

«Силы покидали меня – скрывалась большая потеря крови. Неимоверным усилием удалось опередить врача, открыть огонь, и я увидел ещё один чёрный столб дыма... Потом потерял сознание. Как узнал впоследствии, меня, тяжелораненого, унесли товарищи на шинели...» (К слову, по мнению военных историков, семь подбитых танков – это был рекорд для одного боя за всю историю Великой

Отечественной). Выжившего же бойца увезли в медсанбат, а потом переправили в госпиталь на Урал, где он лечился аж до 1944 г.

«Меня собирали буквально по частям, – с юмором объяснял потом уже сам ставший врачом Ефим Анатольевич. – Вот потому так долго и задержался в госпитале...»

Не безынтересна, думается, история о том, как боец узнал о присвоении ему звания Героя Советского Союза. Находясь на излечении в Свердловском госпитале, услышал по радио тот самый Указ Президиума Верховного Совета СССР. Не поверив, написал лично М.Калинину. И только получив ответ всесоюзного старосты, начал принимать поздравления докторов и товарищей. А на тропу врачевателя судьба вывела Ефима Дыскина так.

В годы войны в Свердловском госпитале разместили эвакуированное из Киева военно-медицинское училище. С.Дыскин обратился к начальнику училища с просьбой разрешить ему посещать занятия по медицине. Вот так, сам ещё находясь на лечении и превозмогая боль от многочисленных ран, Ефим Анатольевич сумел окончить медицинское училище и успеш-

но сдать выпускные экзамены. В 1947 г. бывший наводчик-артиллерист окончил Военно-медицинскую академию им. С.М.Кирова, а позже – адъюнктуру при ней. В 1951 г. защитил кандидатскую диссертацию, а в 1961 г. стал доктором медицинских наук. Дослужившись до звания генерал-майора медицинской службы, Ефим Дыскин долгие годы возглавлял кафедру нормальной анатомии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, стал профессором, заслуженным деятелем науки РСФСР. Его перу принадлежит больше ста научных работ, Ефим Анатольевич – дважды лауреат премии Академии медицинских наук СССР.

Умер солдат и выдающийся врач 14 октября 2012 г. в Санкт-Петербурге в возрасте 89 лет. А известный журналист и писатель Давид Ортенберг заключает свой рассказ о нём сообщением о том, что Ленинградская киностудия выпустила в своё время фильм «Солдат», посвящённый бывшему артиллеристу.

**Василий ШПАЧКОВ,  
соб. корр. «МГ».**

Брянск.

Фото из архива.

## Проекты

# Путешествие в прошлое

## Музыка в контексте технических изобретений

Самарский академический театр оперы и балета и Самарский государственный медицинский университет создают авторский проект «Музыкальное историческое путешествие».

В нём будет представлен ряд музыкальных постановок, которые отразят изменения музыки и технологий во времени.

### 50 тысяч лет назад

Первое музыкальное путешествие перенесёт нас на 50 тыс. лет назад, когда музыкальной основой был, прежде всего, ритм, а первыми музыкальными инструментами и орудиями труда – камни и палки. А первые медицинские инструменты изготавливались в то время из камня, рыбьей чешуи и костей. Сопровождающий музыку фильм начнётся с сюжета о том, как первобытный человек изготавливает прообраз будущей флейты из ветки дерева и извлекает первые звуки. Также будут поставлены приёмы первой медицинской помощи и лечебной магии – врачевания, основанного на культовой практике.

Становление человеческой цивилизации тесно связано с развитием медицины и музыки.

Человек создаёт смычковые инструменты, появляются новые звуки, ритмы и мелодии. Параллельно из поколения в поколение передаются и накапливаются знания, появляется целое учение о лечении.

Музыкальный ряд откроет произведение «Танец огня», которое начнётся с барабанных ритмов и флейт, ведь первыми рукодельными инструментами считаются духовые – флейты, вырезанные из кости более 60 тыс. лет назад. Символизируя появление новых технологий, которые изменяют наш мир, постепенно в музыку будут включаться и другие инструменты оркестра, а также гитара и орган. Последнюю часть трека сопроводят космические сцены, которые создаются специалистами технопарка СамГМУ. Завершится первое музыкальное путешествие постановкой танца «Магия врачевания», которая отразит путь развития Homo sapiens от эмбриона до человека будущего. В постановке танца примут участие студенты СамГМУ, а хореографию готовит заслуженная артистка РФ, педагог-репетитор Самарского академического театра оперы и балета Валентина Пономаренко.

### 50 лет назад

Одно из музыкальных исторических путешествий будет в страну The Beatles. В 2017 г. исполняется 50 лет с выхода музыкального альбома группы Sgt. Pepper's Lonely Hearts Club Band («Оркестр клуба одиноких сердц сержанта Пеппера»). Вышедший в 1967 г. альбом не только открыл новые направления для поп-музыки, блюза и рок-н-ролла, но и дал толчок для развития новых тембров, синтезирующих звучание инструментов симфонического оркестра. Развивается и профессиональная музыкотерапия, ведь музыка проникает в сферу человеческих эмоций и при правильном применении вызывает изменения в работе сердца, органов дыхания и кровообращения.

На сцене Самарского академического театра оперы и балета уже начались первые репетиции авторских музыкальных произведений, которые должны воссоздать атмосферу, царившую на студии EMI на Эбби-Роуд, когда легендарная четвёрка за несколько дней до рождества в 1966 г. приступила к работе над этим проектом. Технические инновации в проекте будут представлены освоением человеком космического пространства, ведь Самара по праву является космической столицей России.

### 50 лет вперёд

Самара – пионер разработок в области IT-медицины – имеет потенциал, чтобы стать одной из точек роста в сфере отечественных нейротехнологий. Сегодня мы находимся на пороге новой глобальной сети Нейронет, которая полностью размывает границы между реальным и виртуальным. Фрагменты решений, разрабатывающиеся в мире сегодня, примерно через 50 лет собираются в индустрию, которая изменит нашу жизнь даже больше, чем глобальная сеть Интернет. Специалисты технопарка СамГМУ уже создали клип «Твой выбор – он лидер», раскрывающий эту тему, идёт разработка сценария танца.

В 2016 г. Самарский академический театр оперы и балета отметил 85-летие творческой деятельности. Это повод не только подвести итоги, но и разработать новые формы работы взаимодействия со зрителем, реализовать новые творческие проекты, направленные, в том числе, и на нравственно-эстетическое воспитание молодёжи. Именно на это направлен проект «Музыкальное историческое путешествие», в котором студенты медицинского вуза реализуют свои идеи совместно с профессиональными артистами.

**Геннадий КОТЕЛЬНИКОВ,  
ректор СамГМУ академик  
РАН:**

– Идея попробовать свои силы на больших концертных площадках зародилась в студенческой среде, и этот молодёжный тренд мы решили поддержать. Мы видим, как растёт сценическое мастерство студентов и уровень проводимых ими массовых мероприятий. Молодёжная энергия – это источник новых идей, которые могут обеспечить более активное присутствие России в культурном информационном пространстве. Реализация совместного проекта будет ещё одной формой работы с молодёжью, способствующей формированию её зрительской культуры.

**Наталья ГЛУХОВА,  
генеральный директор Самарского академического театра оперы и балета заслуженный работник культуры РФ:**

– За 85-летнюю историю наш театр оперы и балета накопил достаточный опыт взаимодействия с культурным и образовательным сообществом, но он не останавливается на достигнутом и ищет новые современные формы работы, в том числе и с молодёжью. Мы поддерживаем инициативу руководства и студентов медицинского университета по расширению взаимодействия с театром. «Трудом и знаниями, человеколюбием и искусством» – под таким достойным девизом СамГМУ готовы подписаться и деятели искусства.

**Владимир РЕЗНИКОВ,  
внешт. корр. «МГ».**

Самара.

А ещё был случай

# О времена, о нравы!..

Или что такое сауна в Европе



О вкусах не спорят и о нравах тоже. Сегодня наша «продвинутая» Европа озабочена демонстрацией равенства мужчин и женщин, свободой сексуальных меньшинств и прочей... А вот как всё это зародилось, не задумывались?..

Вы когда-нибудь посещали сауну в Европе? Лицо я и Европу-то посетила впервые семнадцать лет назад. Вместе с сауной, конечно, – зачем себя ограничивать? Ну и нравы там, я вам скажу... Впрочем, что же торопиться, давайте по порядку...

Туда я попала в качестве врача спортивного лагеря, а моя подруга Света – в качестве воспитателя. Она хоть и окончила Московский авиационный институт по специальности инженера-конструктора, но очень удачно «сконструировала» один за одним троих детей, так что воспитатель из неё получился лучший, нежели инженер...

Поехали в Словакию, на горнолыжный курорт. Пока дети обеспеченных родителей гоняли по склонам с инструкторами, мы тоже потихонечку приобщались к «красивой» жизни – сами учились кататься на горных лыжах на тре-

нировочной горке. К концу недели с непривычки болело всё. Чтобы расслабиться, выгнать из тела молочную кислоту, мы отпросились у руководства лагеря на пару часов в сауну, в соседний отель.

Принеслись пораньше с целью насладиться первым «чистым» парам и были пока единственными посетителями. Как и полагается в местах «общего пользования» – облачились в купальники и расположились на пустующих пока полках. Моя подруга убежала из парилки быстро. А я люблю жар: я разлеглась, разнежилась, прикрыла глаза – медитирую. Дважды хлопнула входная дверь – это стали «подтягиваться» следующие посетители, любители «чистого» пара.

Ну а мне пора наружу, надо сделать перерыв перед следующим заходом, охладиться, чтобы капилляры «заиграли»...

Открывая глаза – батюшки! Прямо передо мной сидит голый мужчина и пристально смотрит на меня. Маньяк! Решительно встаю на дрожащие ноги и замечаю ещё одного... маньяка.

Этот, видно, уже давно сидит, вот и голый пах руками прикры-

вает. Быстро, но с достоинством – наружу. Выскакиваю в спасительную пустоту коридора и что же: навстречу мне движется ещё один голый мужчина, тоже, наверное, маньяк! Обложили, гады!

Но нас, русских, так просто не возьмёшь! Решительно разворачиваюсь и распахиваю стеклянную запотевшую дверь во внутренний дворик. Здесь пространство с маленькой студёной купелью под открытым небом – для самых «креативных» парильщиков.

Мне сегодня «выпала честь» быть одной из них. Но долго я здесь не продержусь, надо прорываться к Светке. И где она, кстати?..

Богатое воображение рисует кровавые сцены. Нет, всё будет в порядке, мы же в Европе, в конце концов, в цивилизованном мире! Хватит «моржеваться», я одна сплошная сосулька! Вперёд, пока коридор свободен от голых тел.

Всё-таки по дороге мне попались ещё два тела: «старческо-обвисшее» мужское и «сумчатое» женское. Как я обрадовалась последнему... Значит, это не сбродице маньяков, а просто очень «продвинутое» в плане равенства полов общество!

А вот и моя подруга-беглянка – моется под душем в купальнике под ноги двух атлетически сложенных немцев.

Быстро мы из этой общественной сауны ретировались. Наш «купальный камуфляж» не пришёлся по душе этому «головожопому» обществу! Да и мы не оценили «равенства полов»: ну не радует наш глаз ни распльяшаяся фигура древней дамы, ни «взбунтовавшаяся» напоследок потрёпанная плоть её напарника...

В общем, те ещё нравы у этой Европы... Но о нравах – как и о вкусах – не спорят!

Любовь КОЛОСОВА,

врач.

Москва.

Умные мысли

## Не жизнь, а просто анекдот

Диалоги, услышанные в палате

Выполняя рекомендацию

- Так ты был у хирурга?
- Был.
- И что он тебе порекомендовал?
- Больше ходить.
- И как ты теперь?
- Вот, хожу... по врачам.

Ошалели!

- Доктор, у моего мужа шалят нервы!
- И почему это вас так беспокоит?
- Так ведь шалят всё время с другими девицами!

Прогресс?

Врач – пациенту:

- Так-так, уважаемый, выглядите вы неплохо. А как теперь, после лечения, эти ваши круги в глазах?

Пациент:

- Они стали квадратными.

Тупой!

- Почему ты так расцарапал себе физиономию?!
- Потому что брился тупой бритвой.
- Но почему – тупой?!
- Так ведь доктор сказал, что для моего здоровья вредно всё острое.

Всё познается в сравнении

Во время обхода лечащий врач спрашивает у одного из больных:

- И какой у вас вчера был стул?
- Не лучше, чем стол! – бурчит тот.

Успокоила

В приёмном покое разговаривают две женщины:

- Врач уже осмотрел вашего супруга?
- Осмотрел.
- И что он сказал?
- Что у него рожа.
- Да не расстраивайтесь вы так, милая, мой вон тоже красотой не блещет.

Падший

Разговаривают двое знакомых:

- Что это с вашим соседом?
- Упал духом.
- А почему весь в бинтах?
- Так ведь с третьего этажа.

«Диалоги записал» врач-«смехотерапевт» высшей категории  
Евгений ТАРАСОВ.



Ответы на сканворд,  
опубликованный  
в № 7 от 01.02.2017.

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: Д. ВОЛОДАРСКИЙ, В. ЕВЛАНОВА, В. ЗАЙЦЕВА, А. ИВАНОВ, В. КЛЫШНИКОВ, Т. КОЗЛОВ, В. КОРОЛЕВ, Д. НАНЕИШВИЛИ, А. ПАПЫРИН, Г. ПАПЫРИНА, В. САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И. СТЕПАНОВА, К. ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).  
Дежурный член редакколлегии – И. СТЕПАНОВА.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-65711 от 13.05.2016 г. Учредитель: ООО «Медицинская газета».

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

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.  
Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.  
Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.  
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.  
E-mail: mggazeta@mgz.ru (редакция); rekmedic@mgz.ru (рекламная служба); inform@mgz.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).  
«МГ» в Интернете: www.mgz.ru  
ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,  
БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М»  
143405 Московская область  
Красногорский район, г. Красногорск,  
автодорога «Балтия», 23 км,  
владение 1, дом 1.  
Заказ № 17-01-00313  
Тираж 28 857 экз.  
Распространяется  
по подписке  
в Российской Федерации  
и зарубежных странах.