# Медицинская газета®

10 июня 2015 г.
среда
№ 42 (7564)

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru


События

## Сердечно — к сердечным делам

### У главной кардиологической клиники страны – юбилей

*В.Скворцова и Е.Чазов во время работы конференции*

**Российский кардиологический научно-производственный комплекс Минздрава России отметил 70-летний юбилей. Этому событию была посвящена Всероссийская научно-практическая конференция «70 лет борьбы за жизнь», прошедшая в стенах РКНПК.**

Открыла мероприятие министр здравоохранения РФ член-корреспондент РАН Вероника Скворцова, зачитав телеграмму председателя Правительства РФ Дмитрия Медведева.

– С первых лет своей работы центр вывел страну на передовые рубежи в оказании медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Именно здесь впервые в мире были проведены уникальные хирургические операции. Как известно, нынешний год – национальный год борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Так, за последнее десятилетие в нашей стране почти в 2 раза снизилась смертность от подобных причин: с 1200 до 650 случаев на 100 тыс. населения. Однако чтобы достигнуть показателей, характерных для стран с развитыми системами здравоохранения, отечественной отрасли предстоит ещё немало работы, которую высшее отраслевое ведомство целиком и полностью возлагает на Институт кардиологии.

– Нам всем следует руководствоваться не достигнутыми свершениями, а тем, что ещё предстоит сделать. Девизом своей жизни я давно избрал слова Вольтера: «Жить – значит работать, труд есть жизнь человека», – отметил генеральный директор клиники академик РАН Евгений Чазов.

В ближайшие годы в РКНПК будут заняты разработкой инновационных методов лечения, созданием новых методов диагностики, расширением экспериментальных исследований и производством новых лекарственных средств на собственной базе.

В данной конференции приняли участие известные российские учёные – кардиологи, неврологи, кардиохирурги, эндокринологи, терапевты, а также зарубежные специалисты.

**Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,**
**обозреватель «МГ».**


**Михаил КУЗЬМЕНКО, председатель Общероссийского профсоюза работников здравоохранения:**

Мы настаивали и будем настаивать на изменении методологии Росстата по оценке средней заработной платы.

*Стр. 4*

**Пётр ГЛЫБОЧКО, ректор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, член-корреспондент РАН:**

Если руководитель медицинской организации активно привлекает кафедральных сотрудников к медицинской деятельности, то от этого, безусловно, должны выигрывать все участники лечебного и учебного процесса.

*Стр. 10*

**Роман КАЛИНИН, ректор Рязанского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова:**

Мы не забываем, что мы готовим не только врача, мы воспитываем гражданина страны.

*Стр. 11*

Признание

## Персонификация операций

**Одним из 100 лучших изобретений России за 2014 г. признана разработка Томского НИИ онкологии и Томского политехнического университета. Сибирские учёные предложили оригинальный способ получения реагента для приготовления меченного технецием 99-m наноколлоида на основе гамма-оксида алюминия. За сложной формулировкой – цель, которая формулируется предельно просто: персонификация объёма операций при злокачественных опухолях.**

Речь идёт о радиофармпрепарате, который может использоваться для выявления у онкобольных так называемых сторожевых лимфатических узлов. Известно, что, удаляя саму опухоль, онкохирурги одновременно выполняют лимфодиссекцию – удаляют лимфатические узлы в местах вероятного метастазирования. Однако эта обязательная часть хирургического лечения нередко вызывает серьёзные осложнения. Объём хирургического вмешательства можно минимизировать, если у хирурга будет уверенность в том, что данный лимфоузел поражён, а другие – нет.

Существующие в настоящее время в мире радиоактивные наноколлоиды для выявления сторожевых лимфатических узлов не зарегистрированы в Российской Федерации, и этим всё сказано... Томская разработка – это решение серьёзной задачи по импортозамещению очень важного препарата. К тому же, как подчёркивают в Сибирском отделении медицинских наук РАН, предложенный томичами радиофармпрепарат показал в 5 раз более высокую эффективность в сравнении с зарубежными аналогами.

Доклинические испытания наноколлоида уже завершены. Впереди – исследования в клинике.

**Елена БУШ,**
**соб. корр. «МГ».**
Томск.

Акции

## «Женский день здоровья» — на Дальнем Востоке

**Под патронатом Департамента здравоохранения Приморского края во Владивостоке прошла Всероссийская акция «Женский день здоровья». Она состоялась в рамках краевой научно-практической конференции для акушеров-гинекологов, проведённой в Тихоокеанском государственном медицинском университете, и собрала более 120 профильных специалистов Владивостока.**

Из-за неточной или несвоевременной диагностики вероятность возникновения осложнений «женских болезней» возрастает в 4 раза - такова статистика. Обычно в основе репродуктивных неудач, акушерских осложнений родов и послеродового периода лежат те или иные воспалительные процессы.

По словам главного акушера-гинеколога Департамента здравоохранения Приморского края Евгении Шутка, «мероприятие, которое может обучить врачей сохранять и приумножать женское здоровье, является важным и значимым, и любые новые методики, появляющиеся в лабораторной диагностике (если доказаны их эффективность и безопасность), необходимо в обязательном порядке внедрять в клиническую практику».

В период проведения акции пациентки по назначению врача могли бесплатно пройти исследование по инновационной методике «Фемофлор», получившей в 2014 г. национальную медицинскую премию «Призвание». В целом в России такую помощь получили уже более миллиона женщин.

**Василий СЕРЕБРЯКОВ.**
**МИА Cito!**
Приморский край.

## Новости

### Москвичи — о работе поликлиник

95% москвичей по итогам опроса «Московская поликлиника» высказались за предложение открыть в поликлиниках «кабинеты здорового пациента», в которых можно будет получить справку, выписку из медицинской карты или иной документ без консультации врача. Об этом сообщили в Департаменте здравоохранения Москвы.

Наряду с этим по итогам проекта 76% столичных жителей считают удобной рассылку результатов анализов по электронной почте, а 60% респондентов поддержали идею внедрения телефонных консультаций врача (в том случае, если это не связано с диагностикой).

Среди электронных сервисов, которые должны быть введены в поликлиниках в первую очередь, москвичи назвали электронные амбулаторные карты (так считают 62% опрошенных) и электронные рецепты (22%).

Что касается передачи обслуживания пациентов на дому специальным выездным бригадам, то большинство москвичей – 63% – одобряют это предложение, отметили в департаменте.

**Яков ЯНОВСКИЙ.**

Москва.

### «Умный» аппарат в ЦРБ

В Хасанской центральной районной больнице появилось новое оборудование. Поступивший иммуноферментный анализатор значительно увеличил пропускную способность её лаборатории. С установкой аппарата учреждение фактически избавилось от лишних расходов на отправку биоматериала на анализ во Владивосток. Срок выполнения исследований также значительно сократился.

На практике это означает, что современная техника чуть ли не полностью выполняет работу за человека. Если раньше лаборант должен был вручную «капать» реактивы, готовить сыворотки, то сейчас он лишь загружает планшет с пробирками в аппарат и нажимает кнопку. Дальше робот действует по заданной программе. Он «изучает» любые инфекции: гепатиты В и С, ВИЧ, ИППП, краснуху. Несмотря на то, что больнице придётся больше тратить на расходные материалы, плюсов с приобретением анализатора значительно больше. Техника приобретена за счёт собственных средств больницы.

**Николай ИГНАТОВ.**

Приморский край.

### Госпиталь в новом виде

В Омском областном госпитале для ветеранов войн завершён капитальный ремонт терапевтического отделения. Проведена полная замена окон на пластиковые стеклопакеты, медицинской мебели для пациентов. Закуплена новая медицинская техника и медицинские расходные материалы.

– Также проведён частичный ремонт неврологического отделения и некоторых кабинетов поликлиники. В частности, полностью реконструирована регистратура, что позволило уменьшить очередь на запись приёма к врачам. В настоящее время продолжается ремонт приёмного отделения. Этот процесс не останавливается. Надеюсь, что в дальнейшем мы отремонтируем весь госпиталь, – рассказал главный врач этого специализированного лечебно-профилактического учреждения Евгений Захаров.

Заместитель министра здравоохранения Омской области Марина Костенко отметила, что забота о старшем поколении является приоритетным направлением в организации оказания медицинской помощи в регионе. Данный вопрос стоит на контроле у губернатора.

**Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.**

Омск.

### Клещи не дают покоя

В Хабаровском крае подтверждён первый случай заболевания вирусным энцефалитом. Заражённый клещ укусил не привитого ребёнка. Благодаря своевременному оказанию медицинской помощи заболевание протекало в лёгкой форме, и в настоящее время пострадавший от укуса клеща маленький пациент уже выписан из стационара.

– Хочется ещё раз напомнить, что Хабаровский край является эндемичной территорией по клещевому энцефалиту, поэтому следует всегда соблюдать определённые правила, чтобы минимизировать возможность контакта с насекомыми, – отметила Евгения Куркина, главный специалист отдела развития первичной медико-санитарной помощи Министерства здравоохранения края.

Всем, кто выходит в лес или выезжает на природу, специалисты рекомендуют использовать одежду, закрывающую кожные покровы, с плотными манжетами или резинками. Необходимо также регулярно проводить осмотры друг друга, пользоваться репеллентами.

К слову, дальневосточный вид вируса вызывает наиболее тяжёлые формы заболевания. Ежегодно за медицинской помощью в учреждения здравоохранения края обращается около 5 тыс. человек, пострадавших от присасывания клеща, из них 30% – дети.

**Николай РУДКОВСКИЙ.**

Хабаровск.

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

## Акценты

# От разработки до применения

## В России введён новый вид медицинской помощи

**Два новых положения, одно из которых регулирует организацию оказания медицинской помощи в рамках клинической апробации, другое определяет источник финансирования этого вида медицинской помощи (им станет государственный бюджет), появятся скоро в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Об этом сообщила журналистам заместитель председателя Совета Федерации Галина Карелова.**

*Передовые методы лечения будут быстрее внедряться в практическое здравоохранение*

Вице-спикер напомнила, что палата одобрила изменения в этот закон, таким образом, в России введён новый вид медицинской помощи. Она будет оказываться в рамках клинической апробации – практического применения разработанных и ранее не использовавшихся в нашей стране методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи.

Для этого Этический комитет Минздрава России должен дать заключение об обоснованности возможности проведения клинической апробации и согласования соответствующего протокола. Решение по оказанию медпомощи в рамках клинической апробации, включающее число пациентов по каждому методу профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, а также рекомендации в отношении медицинских организаций, участвующих в оказании этого вида помощи, будут приниматься экспертным советом министерства.

«Речь идёт о формировании системы практического применения новых методов диагностики, лечения и реабилитации, доказавших свою безопасность на доклинических этапах, – отметила Г.Карелова. – Это очень важная тема. Все мы хорошо знаем, каким долгим может быть путь от завершения работы над новым способом лечения, технологией операции или разработкой нового препарата до его официального оформления и применения. Благодаря закону этот путь станет значительно короче. У медиков появится дополнительная возможность для более эффективной помощи и использования инновационных методов на практике. Для граждан это означает возможность бесплатно, вне рамок программы обязательного медицинского страхования, воспользоваться самыми передовыми методами лечения».

Напомним, что этой весной Президент РФ подписал Закон о внесении изменений в федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации». Этот законодательный акт разрешает оказание медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации. Тем самым закон устанавливает новый вид медицинской помощи.

**Иван ВЕТЛУГИН.**
**МИА Cito!**

## Рядом с нами

# Медики помогали паломникам

**Есть на Тамбовщине святое место – Мамонтова пустынь, что в Сосновском районе. Его история насчитывает без малого четыре сотни лет. Восьмой год подряд здесь торжественно отмечают престольный праздник Святителя Николая Чудотворца. Вот и в этот раз сотни паломников из разных мест России добирались до села Мамонтово, чтобы поклониться святыне и принять участие в крестном ходе.**

День выдался на редкость жарким, а некоторые участники торжества были преклонного возраста. Так что за ними, как говорится, глаз да глаз нужен в плане оказания экстренной медицинской помощи. На этот случай здесь дежурила выездная бригада Центра медицины катастроф. В её составе находились старшая медицинская сестра Виктория Чехвалова и её младшая коллега Жанна Саяпина.

*Виктория Чехвалова (справа) и Жанна Саяпина*

Виктория Николаевна 24 года назад окончила Тамбовское медицинское училище, и всё это время трудится в системе здравоохранения. У Жанны Ивановны трудовой стаж больше на 6 лет, она также верна раз и навсегда выбранной профессии, посвятив ей свою трудовую жизнь. В остальном они очень схожи: в любви к своей профессии, людям, которым служат верой и правдой.

Ещё медсестёр объединяет высокий профессионализм, тяга к совершенствованию, повышению квалификации. Они имеют множество поощрений от руководства центра. Неслучайно на самые ответственные мероприятия, как и в этот раз, дежурить назначают именно их. К слову, праздник прошёл без происшествий. «С серьёзными жалобами к нам никто не обратился!» – порадовались за паломников Жанна и Виктория. А 17 обратившимся с головной болью и повышенным артериальным давлением медсёстры быстро, качественно и эффективно помогли.

**Валерий ЧИСТЯКОВ,**
**внешт. корр. «МГ».**

Тамбов.

Официально

# Зарплаты врачей в 2016 г. проиндексируют

**Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев дал распоряжение о рассмотрении вопроса об индексации в 2016 г. заработных плат и социальных выплат отдельным категориям граждан, в том числе врачам.**

Согласно опубликованному на сайте кабинета министров сообщению, «Минтруду (М.Топилину), Минфину (А.Силуанову) и Минздраву (В.Скворцовой) совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти и с участием субъектов РФ поручено рассмотреть вопрос о порядке индексации в 2016 г. заработных плат. Это касается и социальных выплат, порядка предоставления мер социальной поддержки отдельным категориям граждан, исходя из соблюдения принципов адресности и нуждаемости».

Кроме того, Минфину, Минэкономразвития (А.Улюкаеву) и Минтруду поручено проработать вопрос о направлении средств Фонда национального благосостояния на сбалансированность (покрытие дефицита) бюджета Пенсионного фонда РФ на 2016 г. и плановый период 2017 и 2018 гг. и о результатах доложить в Правительство РФ.

Эти и другие поручения даны по итогам ряда рабочих совещаний в кабинете министров.

**Константин ЩЕГЛОВ, обозреватель «МГ».**

Однако

# Виноваты эксперты, а не депутаты?

**Комитет Госдумы РФ по охране здоровья не предлагал оплачивать листок временной нетрудоспособности только тем пациентам, которые участвуют в программе по сбережению здоровья, заявил заместитель председателя комитета Сергей Дорофеев. Об этом предложении депутатов сообщило ранее агентство «Интерфакс».**

Мы не привязываем оплачиваемый больничный к участию россиян в программе по сбережению здоровья – такое мнение высказали на парламентских слушаниях эксперты, сказал С.Дорофеев. Однако, по его мнению, в стране всё же должна существовать система такой социально-экономической мотивации. «Рассматриваются варианты – от предоставления госгарантий, к примеру, оплачиваемого больничного листа исключительно после участия в программах или получение бонусов в случае участия в такой программе», – заявил, по сообщению агентства, депутат.

Такой же точки зрения придерживаются и ряд его коллег, а также в экспертном совете по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике. Они полагают, что в этом предложении есть рациональное зерно.

«Я положительно отношусь к этим идеям – если человек не беспокоится за своё здоровье, почему остальные должны своими налогами за него платить, – говорит председатель Комитета по охране здоровья Сергей Калашников. – Это ещё и показатель общей культуры, если человек не следит за здоровьем, он сам себя не уважает. Но в конкретике надо быть осторожными. Так, вопрос о прививках, очень серьёзный и неоднозначный, и по этому поводу и нет никаких инициатив.

Впрочем, никакой конкретики нет и по другим направлениям – всего лишь смутные идеи, которые никак не оформлены. Например, о том, что хорошо бы сделать дифференцированный взнос в фонд ОМС в зависимости о того, какой образ жизни ведёт человек. Но поскольку нет механизмов, эти идеи не отливаются ни в какую норму закона. Это всего лишь правильная мысль, которая очень далека от реализации».

А вот какое мнение высказал председатель экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике, доктор медицинских наук, профессор Виталий Омельяновский:

«Меры по контролю расходов на здравоохранение и ограничению давления на бюджет предпринимаются сегодня во всём мире. У нас же пациент может сколько угодно раз обратиться к врачу, вызывать без повода «скорую». Кроме того, если пациент знает, что он может курить, пить, вести нездоровый образ жизни и при этом есть система здравоохранения, которая ему бесплатно поможет, то очевидно, что мотивация к здоровому образу жизни у него снижается.

Это тот вопрос, который сегодня очень сложно урегулировать на законодательном уровне. Однако это то, о чём говорит Президент, когда призывает к повышению мотивации к здоровому образу жизни. Государство не может тянуть этот груз самостоятельно, нужны партнёрские отношения с населением, которое должно нести солидарную ответственность за своё здоровье.

В частности, можно говорить о введении соплатежа за необоснованный вызов «скорой» или врача на дом. Такие эксперименты, которые ещё в 80-е годах проводились в США, показали, что число неоправданных услуг сокращается до 40%».

**Валентин МАЛОВ.**
**МИА Cito!**

Конкурсы

# Медицинское сообщество ждёт смелых идей!

**В канун прошедшего на днях в Воронеже X съезда фтизиатров России увидела свет брошюра «Сделаем мир чище и здоровее» о Всероссийском конкурсе «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века», учреждённом Российским обществом фтизиатров при поддержке Министерства здравоохранения РФ, Всемирной организации здравоохранения и профессионального врачебного издания «Медицинская газета».**

В ней рассказывается о первых шагах этого важного для повышения престижа профессии фтизиатра начинания, содержится краткая информация о победителях, опубликовано положение об очередном этапе конкурса 2015 г.

Стартовавший 30 января второй по счёту конкурс продлится до 10 ноября. Причём он организован не только для фтизиатров, но и для старшекурсников медицинских и фармацевтических вузов, молодых организаторов здравоохранения, исследователей, врачей всех специальностей, кто так или иначе соприкасается с проблемой туберкулёза. Победителям будут вручены дипломы и денежные вознаграждения. Также премию получит конкурсант, заручившийся наибольшей поддержкой своих почитателей по итогам онлайн-голосования.

Приглашаем всех желающих!

С полным текстом брошюры можно ознакомиться на сайте «Медицинской газеты».

**Александр ИВАНОВ, корр. «МГ».**

Проекты

# Порядок вызова «скорой» будет изменён

**Разработан план по изменению работы медицинских служб на транспорте, в том числе порядок вызова скорой помощи, сообщила журналистам заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец.**

По её словам, после ситуации в аэропорту Шереметьево, когда скончался один из пассажиров, разработан план мероприятий по изменению порядка оказания медицинской помощи на всех транспортных узлах. Теперь в момент посадки самолёта в аэропорту обязательно должна присутствовать специализированная группа, которая может решить проблему, возникшую на борту.

В середине августа прошлого года в аэропорту Шереметьево скончался 24-летний мужчина, возвращавшийся вместе с женой из свадебного путешествия. По словам его супруги, это произошло из-за того, что в аэропорту не было дежурного реанимобиля, а скорая помощь приехала слишком поздно.

«Конечное определение и квалификацию этого случая выносит Следственный комитет. Разработан план мероприятий по тому, как изменяется оказание медицинской помощи во всех транспортных узлах. Сюда попадают и авиатранспорт, и железнодорожный, и морские, и речные перевозки», – сказала вице-премьер.

**Иван МЕЖГИРСКИЙ.**
**МИА Cito!**

Итоги и прогнозы

# Пульмонологи о прошлом и будущем

**В Благовещенске прошёл VI съезд пульмонологов Сибири и Дальнего Востока.**

Участие в нём также приняли ведущие специалисты в области респираторной медицины. Основные цели прошедшего съезда – обобщение результатов фундаментальных и прикладных исследований, определение приоритетных направлений в решении актуальных проблем.

На пленарном заседании директор Дальневосточного научного центра физиологии и патологии дыхания член-корреспондент РАН В.Колосов говорил об особенностях внебольничной пневмонии в условиях чрезвычайных ситуаций. Также выступили докладчики из Смоленска, Хабаровска и Благовещенска.

В рамках съезда для врачей прошли школы Российского респираторного общества, научные симпозиумы, мастер-классы и «круглый стол» по вопросам взаимодействия органов управления здравоохранения, Роспотребнадзора, научных и образовательных учреждений в обеспечении респираторного здоровья населения. Участники съезда обсудили вопросы эпидемиологии болезней органов дыхания, формы и методы совершенствования пульмонологической помощи населению в социально-демографических условиях Сибири и Дальнего Востока и многие другие.

**Иван НИКОЛАЕВ.**
**МИА Cito!**

Благовещенск.

Криминал

# Регион — новый, проблемы — старые

**В Республике Крым с начала нынешнего года возбуждено 23 уголовных дела по фактам получения и дачи взяток, мошенничества, присвоения и растраты денежных средств, а также злоупотребления должностным положением в сфере здравоохранения. Об этом сообщает агентство Крыминформ со ссылкой на МВД по Республике Крым.**

«По данным полиции, часть уголовных дел уже направлена в суд. Судебного решения ожидают должностные лица Красногвардейского, Евпаторийского лечебных учреждений, Алуштинской и Раздольненской больниц, Малореченской амбулатории», – сообщили в местном МВД, добавив, что во многих случаях фигурантам инкриминируется получение взяток за выдачу фиктивных справок гражданам о прохождении медкомиссии.

**Ян РИЦКИЙ.**
**МИА Cito!**

Республика Крым.

В центре внимания

# Время такое подошло – не расслабляться

## Профсоюз и министерство: единство действий в интересах медиков

**На VI съезд Профсоюза работников здравоохранения РФ – общероссийский форум, собрались лучшие представители российского здравоохранения, заслуженные, уважаемые люди, которые признаны в трудовых коллективах лечебных учреждений. От 2,2 млн членов на форум было избрано 244 делегата от 80 региональных организаций.**

**Среди гостей – делегации из Армении, Азербайджана, Белоруссии, Казахстана, Киргизии, Узбекистана, Таджикистана.**

Стало доброй традицией накануне судьбоносных событий обсуждать с партнёрами проблемы отрасли. На этот раз в важной встрече с делегатами съезда участвовали представители Минздрава России, Федерального фонда ОМС, Министерства труда и социальной защиты, Госдумы РФ, Федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. На ней были названы имена тех, кто был награждён нагрудным знаком «Отличник здравоохранения РФ» и почётной грамотой Минздрава России. Это, в принципе, известные фамилии. Первый заместитель министра здравоохранения Игорь Каграманян вручил нагрудный знак «Отличник здравоохранения РФ» Михаилу Андрочникову, заместителю председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ и Николаю Торчинову, председателю Северо-Осетинской республиканской организации профсоюза. Почётную грамоту Минздрава России получили Геннадий Щербаков, заместитель председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ, председатели региональных организаций: Ивановской – Галина Вацуро, Московской – Анатолий Домников, Якутской – Людмила Корнилова, Хакасской – Сергей Молостов, Ульяновской – Светлана Свирина.

Начался съезд с поздравлений. От Президента РФ его огласил Игорь Каграманян. В поздравительном письме отмечается, что за 25 лет Профсоюз работников здравоохранения РФ вырос в крупную, авторитетную организацию и выступает надёжным партнёром в решении актуальных проблем отечественного здравоохранения, совершенствовании законодательной базы, нормализации трудовых отношений, защите законных прав и интересов работников и ветеранов отрасли. В условиях реформирования здравоохранения взаимодействие с профсоюзом было особенно востребовано. В.Путин выразил уверенность, что решения съезда будут учтены в практической деятельности при дальнейшем эффективном взаимодействии с профсоюзом и пожелал плодотворной работы на съезде.

Поздравляя участников съезда с юбилеем, президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль обратил внимание на общность целей. Действуя в одном ключе, отраслевой профсоюз и НМП сумели переломить ситуацию в охране труда работников здравоохранения и отстояли ряд льгот. Леонид Михайлович предостерёг от новоявленных «солидарностей», которые своими действиями только усугубляют положение, при этом преследуют зачастую политические цели.

Сегодня общая задача профсоюза и Национальной медицинской палаты – добиться принятия на федеральном уровне социального пакета, в котором будут учтены важные гарантии, предоставляемые работникам здравоохранения. В заключение Л.Рошаль призвал к единству действий в интересах медиков.

### Курс остаётся прежним

Отчёт о работе ЦК профсоюза работников здравоохранения РФ за период после V съезда и задачах на предстоящий период сделал председатель Михаил Кузьменко.

Преобразования последних лет в сфере здравоохранения, как и во всей российской экономике, проходили под лозунгами рыночного фундаментализма. Курс на минимизацию социальных обязательств государства, создание конкурентных отношений в нерыночной среде, так называемых квазирынков, сокращение «издержек», которые и так минимальны в отечественной экономике здравоохранения, во многом определяют траекторию развития нашей отрасли сегодня. Между тем общественные блага в большинстве стран мира предоставляются отнюдь не по рыночным принципам. Финансовые ресурсы в странах с эффективным здравоохранением в разы превосходят цифры консолидированного бюджета отрасли в России.

*В президиуме съезда*

Перманентная оптимизация, реорганизация неэффективных медицинских организаций, бесконечные поиски огромных, в кавычках, внутренних ресурсов, заявления о неумении врачей «торговать» произведёнными услугами – всё это сопровождает «бухгалтерский» по своей сути подход к медицине. Он определяет череду организационных решений, направленных на поиск источников финансирования. Это обычно заканчивается или филиализацией, или ликвидацией учреждений здравоохранения, отметил докладчик некоторые перегибы оптимизации.

И далее. Многие решения последнего времени обращены как бы в «пользу больных», однако обсуждаются и принимаются они кулуарно, без заинтересованного диалога с гражданским сообществом, без просчёта возможных последствий. Не учитывается специфика отдельных видов медицинской помощи, территориальных, культурных и других особенностей регионов России, зависимость реформ от предшествующей траектории развития. Для населения это оборачивается снижением доступности и объёмов бесплатной медицинской помощи, для медицинских работников – потерей рабочих мест, которые в некоторых регионах значительны.

С одной стороны, за последние 3 года статистический средний уровень заработной платы у врачей, медицинских сестёр и санитарок вырос в соответствии с целевыми показателями «дорожных карт», увязанных с указами Президента РФ от 7 мая 2012 г. – до этого он составлял около 70% от средней зарплаты по экономике в целом. С другой стороны, этот рост в большинстве регионов обеспечивается либо сокращением рабочих мест и экономией фондов оплаты труда, либо увеличением объёмов и избыточной интенсификацией работы.

– Мы настаивали и будем настаивать на изменении методологии Росстата по оценке средней заработной платы, исходя из необходимости её расчёта на ставку. Общество должно ясно представлять, какой ценой достигаются целевые показатели «дорожных карт» в здравоохранении, – отметил М.Кузьменко.

Важным вопросом в этой связи для Профсоюза работников здравоохранения является нормирование труда. Это тесно связано с максимально допустимыми значениями норм времени на приём одного пациента. Профсоюз продолжит своё участие в решении этого вопроса. Существенные задачи стоят в этой области и перед первичными организациями, так как на основе принятых типовых норм будут устанавливаться конкретные нормы времени на местах, нагрузки и объёмы планируемых работ.

Президент страны благодаря настойчивости профсоюзов поставил перед Правительством РФ задачу утверждения базовых окладов по профессиональным квалификационным группам (ПКГ). Это – основа такой системы гарантий. Вплотную заниматься этим вопросом предстоит уже в текущем году. Профсоюз намерен твёрдо отстаивать позицию – минимальный базовый оклад работающего в здравоохранении должен быть не ниже МРОТ.

В сегодняшних условиях профсоюз нашёл консолидированную позицию с Минздравом России по структуре заработной платы – установлению доли тарифной части не менее 55-60%. Но все реально представляют, насколько сложно проходит реализация этих подходов на местах. Практически каждый действующий компонент в структуре зарплаты отстаивается именно профсоюзами, в том числе их коллективными действиями.

В условиях очередного кризиса в стране Правительство РФ сократило федеральные обязательства для бюджетной сферы на 2015 г. Профсоюзы выразили своё несогласие с этим. Урезание расходов на оплату труда не только ставит под угрозу реализацию майских указов Президента, но и не исключено, что это будет означать очередной виток снижения уровня зарплаты, сокращения рабочих мест, дальнейшую интенсификацию труда, возникновение реальных проблем с задержкой заработной платы.

***Выступает М.Кузьменко***

В этих обстоятельствах председатель ставит задачу – не позволять органам власти как публичным образованиям без внятного обоснования принимать решения, влияющие на количество занятых, заработную плату и условия труда работников. Здесь требуется широкое общественное обсуждение данных вопросов, что предполагает высокую информированность, знания и продуманную аргументацию позиций профсоюзных лидеров по всем аспектам трудовых отношений.

– Выступая против сомнительных преобразований, мы, по сути, обеспечиваем социальную стабильность, предсказуемость реформ в отрасли, да и в целом в стране, – констатировал М.Кузьменко.

Далее докладчик остановился на вопросах, связанных с социальными гарантиями работникам. Это касается, прежде всего, реализации направления Стратегии долгосрочного развития пенсионной системы в России и преобразования системы досрочных пенсий. Основным является предложение об увеличении стажа работы, дающего право на досрочную пенсию. Профсоюз считает такой подход неприемлемым. Эти предложения направлены на одностороннее ухудшение положения работников, вызывают в медицинском сообществе только отрицательную реакцию и приведут к ухудшению кадровой ситуации в здравоохранении. Поэтому задача – сохранить право медиков на досрочную пенсию.

С 2014 г. установлены новые правила предоставления компенсаций медицинским работникам – это касается дополнительных отпусков, повышенной оплаты труда и льготной пенсии по спискам. Влияние этих правил на компенсационную часть бюджета работника отрасли значительно. Предложенный Минтрудом подход не устраивал профсоюз, поскольку из нормативных актов были выведены объективно присутствующие в работе и неустранимые вредные (опасные) производственные факторы. Это – биологический фактор и напряжённость трудового процесса. Общими усилиями удалось добиться положительного результата в этом вопросе.

Необходимо активно продолжать работу профсоюза, считает докладчик, по осуществлению контроля за соблюдением работодателями и их представителями норм трудового законодательства. Проведение проверок является основной и наиболее эффективной

формой профсоюзного контроля. Экспертизы коллективных договоров и соглашений, взаимодействие с органами прокуратуры и суда, исполнительной властью и федеральной инспекцией труда помогают успешно выявлять, пресекать и предупреждать нарушения трудовых прав членов профсоюза.

Значительным событием в 2014 г. стало вхождение в союз двух новых организаций – Крыма и Севастополя. Их на съезде представляли делегации и профсоюзные лидеры – Ольга Турчанинова и Ирина Кравченко.

– Да, сделано немало, но те цели, ради которых создан профсоюз, постоянно требуют от нас больших усилий и сплочённости, – докладчик обратил внимание на молодёжную политику профсоюза: участие в коллективных действиях и акциях солидарности, обучение молодых активистов, проведение конкурсов профессионального мастерства, образовательных форумов и слётов, развитие новых направлений информационной работы. Будущее профсоюзной организации зависит от того, насколько широко удастся заинтересовать молодых врачей и медсестёр, фельдшеров и фармацевтов, иных специалистов, работающих в здравоохранении, профсоюзной идеей.

В заключение М.Кузьменко выразил уверенность, что выполнение решений, которые примет съезд, зависит от сплочённости профсоюзных рядов, честности и открытости позиций.

Как сказал герой одного известного фильма: «...Я думаю, что сила в правде: у кого правда, тот и сильней!» В правде и наша сила.

В видеообращении к делегатам съезда генеральный секретарь Интернационала общественного обслуживания Роза Паванелли выразила полную поддержку действиям Профсоюза работников здравоохранения России, последовательно и настойчиво отстаивающего права трудящихся, в целом же международное профсоюзное движение сегодня адаптируется к новым реалиям, отвечая на срочные вызовы.

Обстоятельный отчёт контрольно-ревизионной комиссии сделал её председатель Павел Зырянов.

Председатель профсоюза Таджикистана Раджаб Ульмасов поздравил делегатов со знаменательной датой – 70-летием Победы, к которой причастны все граждане бывшего Советского Союза, сражавшиеся на полях войны и трудовом фронте, и пожелал медикам России мира, добра, оптимизма.

## В рамках обсуждения

Прения по докладу открыл Геннадий Шабалин, председатель Пермской региональной организации. Его главная мысль заключалась в том, что пока на федеральном уровне не выстроится стройная система организации здравоохранения, разделений, объединений лечебных учреждений не избежать. Но любая реорганизация должна быть направлена на улучшение материального положения работников.

Г.Шабалин дал удовлетворительную оценку работе Центрального комитета и первым назвал от имени областной профсоюзной конференции в Перми кандидатуру Михаила Михайловича Кузьменко на пост председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ.

О многоплановой работе по реформированию системы здравоохранения и реализации майского указа Президента РФ «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» и участии отраслевого профсоюза в этом процессе говорил представитель Ростовской областной организации Сергей Брусняк. Он поднял вопрос об установлении адекватных должностных окладов, а также индикаторов «дорожных карт» за принятую норму рабочего времени, а оплата работы по совместительству или сверх нормы должна быть дополнением к показателям «дорожной карты». Напряжение в коллективах вызывает острая нехватка врачей, других специалистов, особенно в малых городах и сельской местности, что приводит к ухудшению доступности квалифицированной помощи населению, порождает очереди и увеличивает и без того непомерную нагрузку на медперсонал. Серьёзную озабоченность у работников здравоохранения вызывает и тот факт, что социальная пенсия с апреля превышает должностной оклад работающих врачей. И всё это происходит в условиях повсеместного роста цен на продукты питания, лекарства, услуги ЖКХ.

С.Брусняк предложил внести главных врачей муниципальных учреждений здравоохранения в список муниципальных служащих с распространением на них не только ответственности, но и льгот, в том числе по пенсионному обеспечению.

С учётом колоссального опыта М.Кузьменко, высоких конечных результатов профсоюзной деятельности, он от имени ростовчан поддержал кандидатуру Михаила Михайловича для избрания председателем профсоюза на новый период.

Председатель Федерации независимых профсоюзов России Михаил Шмаков остановился на недостатках реорганизации, проводимой в сфере здравоохранения. И осуществляется она, по его мнению, не лучшим образом. Михаил Викторович не отрицает её необходимость, но перемены нужны продуманные, чтобы не было «ломания людей через колено». Так же очевидно, что нужна достойная зарплата. Это лозунг майской демонстрации профсоюзов: «Росту цен – удвоение заработной платы». И профсоюзы своими активными требованиями должны его воплотить.

– Не будет сильным здравоохранение – некому будет лечить население, некому будет растить хлеб, выпускать ракеты, – подчеркнул М.Шмаков. – Наша задача: развернуть правительство лицом к экономике. Только её развитие сможет поднять уровень жизни россиян, сделать государство сильным.

Первый заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян передал делегатам съезда приветствие министра Вероники Скворцовой. В это время Вероника Игоревна находилась на Всемирной ассамблее здравоохранения в Женеве. Её главное пожелание – продолжить конструктивное взаимодействие с Центральным комитетом профсоюза в решении основных проблем отрасли. А проблемы очень непростые, требуют обсуждения, обстоятельных подходов, изучения мнения медицинской общественности. Не проходит недели, чтобы сотрудники министерства не общались с аппаратом ЦК по тем или иным вопросам федерального или регионального значения. Поступающие в штаб отрасли обращения от профсоюзных организаций, как правило, носят конструктивный характер, касаются совершенствования системы оплаты труда работников здравоохранения.

Первый заместитель министра также проинформировал делегатов, что министерство создаёт в федеральных округах координационные советы по кадровой политике. В них обязательно будут представлены руководители региональных профсоюзных организаций. Предлагается изменить и некоторые принципы представления наградных материалов на профкадры к ведомственным наградам, с обязательным учётом мнения ЦК профсоюза.

***Обсуждение профсоюзных проблем продолжается и в перерывах между заседаниями – (слева) Дмитрий Закусилов, председатель студенческого профкома Ростовской медакадемии, Олег Борцов, председатель Ростовской областной организации, Светлана Власенко, председатель профорганизации Россошанской районной больницы, Николай Игнатов, председатель профсоюзной организации Российского национального исследовательского медуниверситета им. Н.И.Пирогова***

– Вам 25, нам 23, – так начала своё выступление президент Ассоциации медицинских сестёр Валентина Саркисова. – Наша организация формировалась в непростое время, когда медсёстры стали выходить из профсоюза. Тогда мы заключили договор с ЦК профсоюза о защите их интересов. Теперь мы вместе отстаиваем их права. В любом лечебном учреждении авторитет коллектива во многом зависит от деятельности медсестёр, так как они составляют 60-70% от работающих. Если мы и дальше будем работать в этом направлении, то добьёмся большего.

Выступившая затем председатель Профсоюза работников образования Галина Меркулова особо выделила общность интересов в отстаивании прав работающих в бюджетной сфере. Это единство сформировалось, когда по инициативе Михаила Кузьменко была создана Ассоциация профсоюзов работников непроизводственной сферы РФ, на счету которой сегодня много полезных дел. Как бы ни был велик рейтинг власти, ассоциации удаётся достичь максимум того, чего профсоюзы добиваются. И это благодаря Михаилу Кузьменко, который в любой ситуации не уйдёт в сторону, не поступится своими принципами. Именно такой лидер нужен в современном профсоюзном движении, считает Г.Меркулова: «Нам есть, что вместе отстаивать, а вместе мы сильны и целеустремлённы».

***Истинный друг «МГ» ректор Воронежской медакадемии им. Н.Н.Бурденко профессор Игорь Есауленко***

В прениях по докладу и презентации шести резолюций по ключевым направлениям деятельности профсоюза выступили делегаты – Павел Лебедко (Кострома), Любовь Егорова (Кемерово), Людмила Лукичёва (Нижний Новгород), Ольга Ткаченко (Саратов), Гульнар Хуснутдинова (Республика Татарстан), Наталья Бобина (Нижний Новгород), Иосиф Элиович (Санкт-Петербург), Людмила Корнилова (Якутск), Анатолий Домников (Московская область), Наталья Давыдова (Пенза), Дмитрий Закусилов (Ростов-на-Дону), Галина Сорокина (Курск), Сергей Моисеенко (Омск). Все выступающие говорили о будущем профсоюза, о практических шагах по укреплению единства и солидарности, как добиться, чтобы права работников здравоохранения исполнялись в полной мере. Был поставлен вопрос о создании отраслевой системы управления охраной труда, осуществлении профсоюзного контроля за соблюдением законодательства работодателями.

Делегат Д.Закусилов, например, чётко обозначил 4 следующие задачи:

– формирование рациональной профсоюзной структуры;

– выработка концепции молодёжной политики;

– повышение правовой защищённости членов выборных профсоюзных органов, не освобождённых от основной работы и находящихся в прямой зависимости от работодателя;

– значительное повышение административной ответственности работодателей за нарушение прав и гарантий деятельности профессиональных союзов.

А.Домников, представляя резолюцию по информационной работе, отметил, что в современных условиях качественное информационное обеспечение деятельности профсоюза имеет мобилизующее значение. Поэтому создание эффективной информационной системы – неотъемлемый инструмент решения задач профсоюзом. Реализуя их, удалось добиться определённых результатов. Но это не означает, что всё сделано на данном направлении. Чтобы идти в ногу со временем, нужно эффективно использовать интернет-ресурсы. Для этого требуется и дальше развивать единую информационную систему профсоюза, которая охватила бы и первичные организации. Надо отходить от «дедовских» методов и активно использовать новые технологии подачи информации. Владение этими технологиями – это вопрос и будущего профсоюза, – подчеркнул А.Домников.

В повестку съезда был включён вопрос о совершенствовании устава профсоюза, так как 1 сентября прошлого года вступил в силу новый блок поправок в Гражданский кодекс РФ по изменению правового регулирования в отношении юридических лиц. Работа над изменениями устава началась в 2013 г. Созданная рабочая группа, в состав которой вошли наиболее опытные и авторитетные профсоюзные лидеры и работники, учла предложения профсоюзных организаций и ФНПР.

Затем проект устава прошёл правовую экспертизу ФНПР. Она подтвердила, что все дополнения соответствуют законодательству. Представлял проект М.Андрочников – заместитель председателя профсоюза. Он подчеркнул, что, согласно Гражданскому кодексу РФ, необходимо внести изменения в наименование профсоюза. В нём должно содержаться указание на территориальную сферу деятельности – общероссийский профсоюз, организационно-правовую форму – общественная организация и характер её деятельности.

Обсуждая поправки, делегаты пришли к единому мнению, что целесообразно остановиться на следующем наименовании: общественная организация «Общероссийский профессиональный союз работников здравоохранения», краткое наименование – «Роспрофздрав».

Как следует из проекта устава, значительно расширены полномочия выборного постоянного действующего коллегиального исполнительного органа профсоюза и его организаций – президиумов, шире стал круг вопросов, которые рассматриваются на их заседаниях. В уставе чётко закреплено, что региональные организации профсоюза должны входить в территориальные объединения организаций профсоюзов, так как отраслевой профсоюз является членской организацией ФНПР.

В уставе предусмотрен механизм обязательности выполнения решений вышестоящих профорганов и ответственности руководителей за их невыполнение.

После обсуждения изменений и дополнений в действующий устав профсоюза он был принят на съезде.

Председателем профсоюза на съезде единогласно избран Михаил Кузьменко.

**Галина ПАПЫРИНА,**
**Александр ХУДАСОВ (фото),**
**корреспонденты «МГ».**

Наши коллеги

# За самых маленьких

## Случайных людей в неонатологии быть не должно

**– Новейшее оборудование позволяет специалистам нашего медучреждения выхаживать недоношенных новорождённых с низкой и экстремально низкой массой тела от 500 г, – уверенно говорит главный врач перинатального центра Волгоградской области Татьяна Веровская. – Конкурсный отбор специалистов для работы в нашем учреждении был жёстким, и практически все работают с самого открытия. Случайные люди у нас не задерживаются.**

Да, работают здесь действительно удивительные люди, влюблённые в свою профессию, с природным материнским инстинктом и, естественно, женщины. Отделение реанимации и интенсивной терапии новорождённых считается одним из трудных, требующее большого напряжения сил. Ведь поступившую крошку весом в полкило надо постоянно держать под наблюдением. И вот в этом отделении наравне со всеми медбратом трудится молодой парень – Григорий Ильин. А работа его поистине очень сложная и ответственная. Даже коллеги, медицинские сёстры, считают её крайне трудной.

– Медиков среди моих ближайших родственников нет, – рассказывает Григорий. – Папа служил подводником в Североморске, а мама работала в связи. По поводу выбора профессии, в принципе, никто не возражал. Мама говорила: «Выбирай сам, только хорошо подумай и для себя чётко определись». Дело в том, что в детстве я часто болел. Находясь в больнице, наблюдал за врачами, как они работают.

И мне захотелось быть медиком и помогать людям в лечении, особенно благородным делом в моём представлении было заниматься детьми.

Григорий окончил Волгоградский медицинский колледж – факультет сестринского дела, параллельно получил сертификат массажиста. Три с половиной года проработал в детской поликлинике массажистом, но затем уволился и решил попробовать себя в другой роли. Прошёл повышение квалификации и его приняли на работу медбратом в отделение анестезиологии-реанимации. Теперь он занимается любимым делом – выхаживает недоношенных новорождённых.

Очень тепло о нём отзывается старшая медсестра отделения Елена Норбекова. Григорий – удивительный человек. С работой справляется, как положено и, самое главное, работает с большим удовольствием. Одним словом, просто молодец.

– Обычно если к нам устраиваются медбратья, то с расчётом поступить в медицинский вуз на врача-педиатра, – продолжила она. – Григорий же давно хотел работать в перинатальном центре, за свой счёт прошёл переобучение, получил два сертификата: «сестринское дело в педиатрии» и «медбрат анестезиолог-реаниматолог» и уходить куда-нибудь не собирается. Мы поражаемся, как он ловко меняет нашим крохам памперсы. В его руках столько нежности, тепла и доброты – многим нашим сестричкам это хороший пример.

– Сложно ли работать в отделении и что приходится делать на смене? – спросил я Григория.

– В мои обязанности входит кормить, измерять температуру, менять положение ребёнка, чётко фиксировать стул и диурез, взвешивать малыша под утро. Если малыш находится на искусственной вентиляции лёгких, его надо санировать, откачивать мокроту из лёгких. Эти манипуляции обычно проводятся с доктором, который затем даёт рекомендации, которые я выполняю. Ещё более ответственное дело, которым приходится заниматься, – это установка венозных и периферических катетеров. Сложность в том, что венка у малышки как волосок, и надо быть ювелиром, чтобы в неё попасть. Ну ничего (с уверенностью в голосе говорит Григорий), справляемся. А иначе просто нельзя, поскольку тяжёлые детки у нас в отделении – это норма.

– …Устаю ли после смены? Конечно, устаю, – говорит Григорий в заключение. – Порой прихожу домой очень уставшим, но отдохнув, выспавшись, обязательно звоню сменщикам и интересуюсь, как состояние малышей в нашем отдалении, переживаю за каждого. Я без работы не могу. И своим молодым коллегам всегда желаю здоровья, терпения и любви к своей профессии. Впрочем, без любви к профессии в таком специализированном лечебном учреждении не задерживаются.

**Александр КУЗНЕЦОВ,**
**соб. корр. «МГ».**

Волгоград.

**Фото автора.**

Ситуация

# Посреди канцелярского пафоса

## Медики-сибиряки заслуживают более искреннего и душевного выражения благодарности

**Странное как по сути, так и по форме сооружение вскоре может появиться в одном из скверов столицы Сибири. Правление Новосибирской областной ассоциации врачей (НОАВ) называет это сооружение то памятником, то монументом медицинским работникам. Спорный эскиз, выполненный профессиональным архитектором, после бурного обсуждения всё-таки утверждён художественным советом Новосибирска. Оно и понятно: история этого пока не существующего памятника длится почти 5 лет, а конца ей ещё не видно. Пора ставить точку.**

В 2010 г. НОАВ добилась от мэрии Новосибирска решения благоустроить небольшую зелёную зону перед зданием муниципальной станции скорой медицинской помощи, назвать её сквером медицинских работников и установить в центре сквера памятную стелу, причём на деньги, собранные самими медработниками. За эти годы люди в белых халатах пожертвовали на создание памятника-монумента-стелы 550 тыс. собственных рублей, как сообщили корреспонденту «МГ» в ассоциации. Точная сумма предстоящих расходов пока не известна, но собранных денег, полагают в НОАВ, конечно же, не хватит, потому что траты предстоят большие: оплата проектно-сметной документации, изготовление и монтаж сооружения. Ассоциация уже обратилась к руководству области с просьбой поддержать проект и помочь найти спонсоров, которые готовы будут дать недостающие деньги.

Признаться честно, большинство жителей Новосибирска вообще не знают о том, что такой проект существует и вот уже 5 лет находится в стадии вялотекущей реализации. Может, потому и движется дело так медленно, что нет всенародного одобрения и поддержки, равно как нет и понимания: зачем вообще ставится этот памятник-монумент? Кому он посвящён – погибшим в войнах врачам и медсёстрам? Тогда это действительно монумент. А если ныне живущим медработникам – это памятник при жизни получается?

Если же авторы идеи подразумевали воспеть сверхценность профессии врача вообще, её особое значение для человечества во все времена, то о каком «сохранении на века памяти о беспримерном подвиге и великих традициях гуманизма врачей-сибиряков» идёт речь (именно так презентуется памятник на сайте НОАВ)? К чему весь этот шаблонный набор слов, бездушный канцелярский пафос? Разве не заслуживают врачи и медсестры более искреннего и душевного выражения благодарности? Уверена, если бы идея запечатлеть уважение людей к Врачу в камне, бронзе или стекле перешагнула порог правления НОАВ и «овладела массами», памятное сооружение уже давно стояло бы на своём месте. К счастью, уровень доверия населения к медицине и медработникам в Новосибирской области очень высокий, кто бы что ни говорил. А вот такая затея поставить монумент самим себе на свои же деньги, не привлекая внимание горожан, напротив, способна вызвать только негативные отклики.

Ну а теперь собственно о дизайн-макете. По замыслу Ассоциации врачей (так написано на сайте организации), появление стелы, памятника или чего бы там ни было в сквере перед станцией скорой помощи «сыграет положительную роль в формировании достойного образа врача, укрепит в людях уважение к врачебной профессии и патриотический настрой граждан».

Хорошая мечта, но чтобы архитектурный объект действительно обладал столь большой силой эмоционального воздействия на зрителей, он должен быть мощным и по смыслу, и по форме. Увы, в варианте, который утвердил городской худсовет, мощь только в одном – высота стеклянной колонны, увенчанной хрестоматийной змеёй, – 9 метров. Почему этот стеклянный палец должен в сознании зрителей ассоциироваться с профессией врача, непонятно. Впрочем, для самых непонятливых автор проекта предлагает подсказки: колонна «растёт» из гранитного постамента, выложенного в форме креста, а на каждой из четырёх сторон колонны – по одной фигуре, в облике которых нам предстоит разгадать учёного-медика, педагога, врача и медсестру. Чтобы ещё больше расшифровать свой замысел, архитектор Александр Гамалей уточнил, что стела из закалённого матового стекла, такое «стекло будет смотреться как белый халат врача». Да, важная деталь: наискосок по стеле – змейка кардиограммы, в которой некоторые участники художественного совета города усмотрели трещину на стекле.

Как бы то ни было, эксперты худсовета приняли эскиз, и в Новосибирской областной ассоциации врачей надеются, что в июне 2016 г., ко Дню медицинского работника, долгожданный монумент-памятник-стела займёт своё место в сквере.

Постскриптум: закончив эту заметку, решила посмотреть на городских интернет-сайтах отзывы новосибирцев о данном дизайн-проекте. Комментарии будут лишними.

*«Невзрачно, скучно, без выдумки. Опять эта змея».*

*«Поменьше бы символизмом увлекались, а то всё в кучу собрали – и крест, и змея, и кардиограмма… Авиценны с Гиппократом ещё не хватает».*

*«Бездушно как-то…»*

*«Можно нам, за наши деньги обойтись без змеи?! Деньги просили, а мнение врачей забыли спросить. Я – против. Мне это не нравится!!!!»*

*«Господи, какой примитив! Эта стела похожа на тысячи других, стоящих в нашей стране, только посвящены они другим героям – воинам-землякам, партизанам, лётчикам и т.д. Неужто профессионалы-скульпторы способны только на это?»*

*«Никаких тёплых чувств не вызывает. Тогда зачем это?»*

*«Чаша со змеёй – символ фармации. Символ врача – посох Асклепия».*

*«Ну вот, уже и памятник заказали, светлая память бесплатной советской медицине, самой лучшей в мире…»*

**Елена БУШ,**
**соб. корр. «МГ».**

Новосибирск.

Признание

# Несдающийся врач

## Ему удаётся справиться с самыми сложными случаями

**В День медицинского работника профессор Виктор Севастьянов из года в год получает десятки поздравлений от благодарных родителей и маленьких пациентов. Всё дело в том, что Виктор Викторович берётся лечить, по мнению многих, безнадёжных, тяжелобольных детей. И улучшение их состояния часто кажется невероятным для профессионалов, не говоря уже о родителях, потерявших последнюю надежду на исцеление. Вот одна из таких историй.**

*Профессор Виктор Севастьянов консультирует очередного больного*

Мама больного Ярослава Тамара Н. услышала от родителей мальчика с тяжёлым заболеванием, с которым проходил лечение её сын в больнице Подмосковья (семья живёт во Фрязино), совет: поехать на лечение в Республику Марий-Эл в Центр патологии речи и нейрореабилитации. Но не обратила на него особого внимания. По её мнению, в то время прозвучавшая рекомендация выглядела нелепой. Ну да, в столице не могут толком помочь её сыну, страдающему синдромом Мартина – Белл, что уж там говорить о провинциальной Йошкар-Оле.

Но прошло несколько месяцев, и её сыну стало хуже. Ребёнок «уходил» надолго в себя, «терялся» в окружающей действительности, не проявляя никакого интереса к жизни. С таким заболеванием это, как известно, плохой прогностический признак. Поэтому она забила тревогу, стала искать клинику, где ей могли бы помочь – вытащить сына из болезненного состояния. Тем более что вместе с врачами раньше ей удавалось это делать. Правда, чтобы вывести Ярослава в долгую ремиссию, она побывала, наверное, во всех больницах этого профиля в столичном мегаполисе. И познакомилась фактически со всеми специалистами, занимающимися лечением детей с такой патологией. Пройдены десятки кабинетов, как врачей, так и организаторов здравоохранения. А по уровню знаний о болезни сына, как бы это ни звучало невероятно, она приближалась к профессионалам. Тамара прочитала десятки книг, изо дня в день слушала рекомендации ведущих специалистов, переписывалась по Интернету с родителями детей, которые лечились от этого недуга.

Самостоятельно изучить всё, что касается синдрома Мартина – Белл подтолкнула действительность: лечением детей с таким недугом в Москве целенаправленно никто не занимается. Потому что это редкая патология, а время сейчас такое, когда экономически выгоднее быть специалистом общей практики. Я бы назвал Тамару несгибаемой матерью, из тех, кто «коня на скаку остановит, в горящую избу войдёт». Она прикладывала титанические усилия, чтобы помочь сыну не уйти в болезнь. И много раз уже возвращала его к почти нормальной жизни. Но госпитализация в столичные больницы в этот раз почему-то не приносила результатов…

О центре, которым руководит профессор В.Севастьянов, она вспомнила, когда возникла необходимость срочно ехать к матери в Удмуртию. А почему бы на обратном пути не заехать в клинику в Йошкар-Оле? Ведь говорили же её знакомые, что их ребёнку с аналогичным заболеванием стало лучше после лечения в Марий-Эл. Позвонила профессору Севастьянову и попросила проконсультировать её ребёнка по медицинским документам. А если возможно, то записать на госпитализацию на ближайшие месяцы. В тот момент очередь на лечение в центре патологии речи и нейрореабилитации доходила до года. То есть приехать на лечение можно было не раньше, чем через 12 месяцев. Но Виктор Викторович обещал найти возможность для лечения ребёнка и положить его в своё лечебное учреждение, если в этом будет смысл. Посмотрев же предоставленные документы, он подтвердил, что возьмётся за лечение.

– Гарантии дать не могу, – честно предупредил Виктор Севастьянов. – Но, если вы приедете на госпитализацию, попробуем поставить вашего Ярослава на ноги. Если лечение будет успешным, он вам сам об этом скажет.

Последняя фраза профессора Севастьянова как-то вообще «выбивалась» из привычного шаблона общения Тамары с врачами. Она казалась невероятной: мало того, что мальчик сможет заниматься обычными делами, но ещё и самостоятельно оценит своё состояние… И поймёт, что ему стало лучше. Но подавать вида Тамара не стала. Как ни крути, произошедшая встреча относилась к разряду хороших новостей. Ведь она предполагала, что стоит профессору Севастьянову ознакомиться с выписками Ярослава, как он заявит, что не видит никакого смысла в госпитализации. Поскольку сделать что-то ещё дополнительно уже нельзя.

Напомним, что синдром Мартина – Белл – тяжёлое наследственное заболевание. Оно связано с экспансией единичных тринуклеотидов (ЦГГ) в Х-хромосоме и приводит к недостаточной экспрессии белка FMR1, который необходим для нормального развития нервной системы. Существует четыре основных состояния хромосомного участка, подверженного нарушениям при синдроме ломкой Х-хромосомы, которые относятся к удлинению повторяющихся последовательностей ЦГГ. Нормальное количество повторов (отсутствие синдрома) – от 29 до 31. Премутация – от 55 до 200 повторов (синдром не развивается). Полная мутация – более 200 повторов (обычно от 230 до 4 тыс.), при которой проявляется синдром. Промежуточное состояние, или аллели серой зоны, – от 40 до 60 повторов. А приводит эта генетическая аномалия к интеллектуальному недоразвитию и своеобразной речи, аутическим отклонениям. Это заболевание может проявляться по-разному. Например, больные могут говорить быстро, сбивчиво, имеют выраженные эхолалии и персеверации (бормочущая речь). Или у таких детей могут проявиться нарушения поведения в виде агрессивности, двигательной расторможенности. В качестве одной из частых психопатологических особенностей отмечена шизофреноподобная симптоматика, включающая в себя подпрыгивания, похлопывания руками, повороты вокруг своей оси, встряхивание кистями, «манежный» бег, разнообразные гримасы, монотонное хныканье. Очень трудно вылечить такого малыша, да что там вылечить, просто ухаживать за ним в стадии обострения.

Поэтому консультация у профессора Виктора Севастьянова, которая прошла 3 года назад, казалась неожиданной удачей. От лечивших её сына ранее врачей она знала, что по международным клиническим рекомендациям подобные заболевания поддаются лечению в возрасте до 5 лет. Позже – терапия становится проблематичной, а в 14 лет – именно столько исполнялось Ярославу, – вернуть ребёнка к нормальной жизни является делом архисложным.

Виктор Викторович не только провёл консультацию по медицинским документам, но и действительно нашёл возможность быстро госпитализировать его в свой центр. А дальше начался курс – медикаментозная терапия, применение авторских методов физиотерапии, затем следовали сеансы психотерапии, развивающие занятия с психологом и т.д. Словом, интенсивное лечение дало результаты. Ярослав действительно сам сказал, что раньше он болел, а теперь ему стало намного лучше. С тех пор Тамара взяла себе за правило – привозить сына на лечение в Йошкар-Олу 1-2 раза в год. Сначала госпитализацию она оплачивала сама, а затем узнала от Виктора Викторовича, что благотворительные фонды помогают таким детям пройти лечение в центре. И воспользовалась открывшейся возможностью.

– Родители детей с различными отклонениями в развитии были не так давно на приёме у министра здравоохранения Московской области Нины Суслоновой, – рассказывает Тамара. – Речь шла о помощи со стороны регионального министерства в лечении детей, страдающих различными расстройствами психического развития. И родители прямо говорили, что хотели бы лечить детей в центре патологии речи и нейрореабилитации Республики Марий Эл. Министр уважительно отозвалась о работе этого центра. Но констатировала, что с оплатой лечения в этом медицинском учреждении есть проблемы. Ведь он имеет статус регионального центра. Поэтому мы думаем встречаться с руководителями Минздрава России и поставить перед ними вопрос о том, чтобы центр имел федеральное подчинение. Или как-то по-другому надо решить этот вопрос. Чтобы направлять детей на лечение в него было проще.

На днях Тамара обязательно позвонит и поздравит профессора Севастьянов с профессиональным праздником. За последние годы он стал буквально лечащим врачом Ярослава, хотя и разделяют их сотни километров. Но возможности телефонной связи, скайпа позволяют общаться и в период между сеансами лечения. Например, не так давно на Ярослава плохо подействовал один из новых препаратов. В разговоре с мамой профессор посоветовал уменьшить дозу лекарства, но не отменять его совсем. Слабость прошла, и назначенный препарат оказал ожидаемое действие – мальчику стало лучше.

– Мне очень повезло, что я встретилась с этим отзывчивым, сочувствующим, а главное квалифицированным специалистом, профессионалом с большой буквы, – говорит Тамара. – Общаясь с этим доктором, проникаешься гордостью за нашу российскую медицинскую школу. Для нашей семьи предметом гордости является и то, что Ярослав поступил в колледж по специальности «столярное дело».

**Алексей ПАПЫРИН,**
**корр. «МГ».**

Москва – Йошкар-Ола.

**Фото**
**Александра ХУДАСОВА.**

Новости

# За климат доверия и сотрудничества

**Во Владивостоке состоялось очередное заседание общественного экспертного совета по вопросам здоровья. Представители государственной и частной медицины попытались выработать единую стратегию взаимодействия с органами власти в целях создания в Приморье полноценного института государственно-частного партнёрства (ГЧП).**

Несмотря на разные позиции и подходы к видению ГЧП, участники совещания сошлись на необходимости совершенствования нормативно-правовой базы, проработки механизма рентабельности проектов, повышения тарифов ТФОМС и исключения из сферы медицины недобросовестных предпринимателей.

– Конечно, руководители государственных и частных клиник, которые бурно дискутировали по поводу наиболее приемлемых и эффективных моделей ГЧП, видят его по-разному, – отметил Анатолий Беляев, заведующий кафедрой медицинской реабилитологии и спортивной медицины Тихоокеанского государственного медицинского университета. – Но самое главное, что все представители медицинского сообщества выступают за создание института ГЧП. Но для того чтобы он заработал в полную силу, в первую очередь необходимо привести в соответствие нормативно-правовую и законодательную базы, и прежде всего принять базовый закон «О государственно-частном партнёрстве» на региональном уровне. Также сегодня все согласны с тем, что нужно менять тарифы территориального фонда ОМС в сторону повышения. Иначе «частникам» работать в ОМС неинтересно. Это больной и актуальный вопрос, нужен механизм реорганизации всего здравоохранения, так как деньги фонда сегодня неэффективно «размазаны» по всей отрасли.

Ещё один ключевой момент, по его мнению, – борьба с подпольным медицинским бизнесом.

– Незарегистрированные предприниматели в сфере здравоохранения мешают и препятствуют сегодня всем – власти, госучреждениям, частным клиникам, – убеждён Анатолий Беляев. – Они не платят налогов, работают вне конкурентной среды, снижают авторитет медицины в целом. А для вступления в поле ГЧП необходимо создать климат доверия и сотрудничества. И конечно, прежде чем становиться участниками государственно-частного партнёрства, нужно тщательно проработать механизмы рентабельности того или иного проекта.

Все предложения, прозвучавшие на заседании общественного совета, будут детализированы, надлежащим образом оформлены и направлены в Департамент здравоохранения Приморского края.

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

Владивосток.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 37 (1889)

# Венозные тромбоэмболические осложнения

**Венозные тромбоэмболические осложнения являются собирательным понятием, объединяющим тромбоз глубоких и подкожных вен, а также тромбоэмболию лёгочных артерий.**

**На протяжении многих десятилетий они остаются одной из важнейших клинических проблем, затрагивающей профессиональную сферу врачей всех без исключения специальностей. Значение их обусловлено чрезвычайно высоким потенциальным риском для здоровья и жизни пациента. Термином «тромбофлебит» обозначают тромботическое поражение подкожных вен, которое обычно сопровождается клинически определяемым воспалением.**

К **варикотромбофлебиту** относят наиболее распространённую форму тромбофлебита, при которой рассматриваемый патологический процесс является осложнением хронических заболеваний вен, протекающих с варикозной трансформацией подкожных вен нижних конечностей. В подавляющем большинстве наблюдений он является осложнением варикозной болезни, реже возникает при посттромбофлебитической болезни нижних конечностей. Тромботический процесс в подкожных венах может сопровождаться поражением глубоких вен.

**Тромбоз глубоких вен** – наличие тромба в глубокой вене, который может вызвать её окклюзию. Это происходит вследствие распространения тромбоза через сафенофеморальное или сафенопоплитеальное соустье, через перфорантные вены, а также за счёт симультанного формирования тромба в любом венозном сегменте, как поражённой, так и визуально здоровой конечности. Тромботическое поражение венозного русла нижних конечностей, и прежде всего глубоких вен, является острым состоянием, развивающимся в результате комплексного действия ряда факторов.

По данным Российских клинических рекомендаций, в общей популяции ежегодно фиксируют 50-70 новых случаев заболевания на 100 тыс. населения. В пожилом и старческом возрасте частота тромбоза глубоких вен увеличивается в несколько раз, достигая 200 наблюдений на 100 тыс. населения в год.

**Тромбоэмболия лёгочных артерий,** возникающая при попадании в артерии малого круга кровообращения тромбов-эмболов, мигрировавших из вен большого круга, регистрируется ежегодно с частотой 35-40 наблюдений на 100 тыс. человек. Непосредственная угроза жизни пациента связана не с тромботическим поражением венозного русла, а с тромбоэмболией лёгочных артерий. В течение месяца после выявления тромбоза глубоких вен в связи с развитием тромбоэмболии лёгочных артерий умирают 6% пациентов.

В отдалённом периоде после тромбоза глубоких вен формируется **посттромбофлебитическая болезнь.** Это хроническое заболевание, обусловленное органическим поражением глубоких вен нижних конечностей вследствие перенесённого тромбоза и проявляющееся нарушением венозного оттока из поражённой конечности. Выраженная дезорганизация венозной системы нижних конечностей при отсутствии адекватного комплексного лечения с высокой вероятностью приводит к развитию трофических язв и функциональной недостаточности нижних конечностей, а также к резкому снижению качества жизни пациентов.

Ещё одним возможным осложнением тромбоэмболии лёгочных артерий является **хроническая постэмболическая лёгочная гипертензия.** Это патологическое состояние, вызванное хронической окклюзией или стенозом лёгочного артериального русла и чреватое развитием хронического лёгочного сердца. Она развивается в исходе распространённой обструкции лёгочного артериального русла. В течение 5 лет тяжёлая хроническая постэмболическая лёгочная гипертензия приводит к смерти 10-15% пациентов, перенёсших массивную тромбоэмболию лёгочной артерии.

Повышение качества профилактики, диагностики и лечения венозных тромбоэмболических осложнений позволяет спасти жизнь значительного количества пациентов и предотвратить развитие тяжёлых инвалидизирующих заболеваний, что обеспечивает значительное снижение бюджетных затрат.

Этого возможно добиться благодаря широкому внедрению высокоэффективных лечебно-диагностических программ и стандартизации способов профилактики венозных тромбоэмболических осложнений, а также строгому выполнению врачами всех специальностей современных рекомендаций, разработанных на основе мирового опыта.

### Причины развития и факторы риска

Венозный тромбоз возникает при нарушении венозного оттока, повреждении эндотелия сосудистой стенки, повышенной способности крови к тромбообразованию (гиперкоагуляция и ингибирование фибринолиза), а также при сочетании этих причин. Наиболее значимыми для возникновения венозного тромбоза являются гемодинамические нарушения (замедление кровотока). При этом ключевую роль в формировании тромба играет активация процессов свёртывания крови, приводящая к образованию фибрина.

Вероятность венозного тромбоза увеличивается, если у пациента имеется **врождённая или приобретённая тромбофилия.** С наличием тромбофилии могут быть связаны многие случаи так называемого «неожиданного» венозного тромбоза и лёгочной тромбоэмболии, возникающие у лиц, как правило, молодого возраста, не имеющих серьёзных клинических факторов риска. Инициировать тромбоз у пациентов с тромбофилией могут оперативные вмешательства, травмы, беременность и роды, то есть состояния, сопровождающиеся повреждением тканей, изменением тонуса сосудов и гормонального фона. Высокий риск флеботромбоза существует у пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями.

**Повреждение венозной стенки,** нарушение целостности эндотелиального слоя и обнажение субэндотелиальной зоны выступают важным механизмом, инициирующим тромбоз. Среди возможных причин отмечаются прямое повреждение при установке эндоваскальных катетеров и внутрисосудистых устройств (фильтров, стентов и пр.), протезировании вен, травме, операции. К повреждению эндотелия приводят гипоксия, вирусы, эндотоксины.

Обширные оперативные вмешательства, тяжёлые механические травмы, массивная кровопотеря, распространённые ожоги, инфекционные заболевания и сепсис включают механизм системной воспалительной реакции, заключающийся в выработке и выделении в кровоток большого числа биологически активных соединений (гистамина, серотонина, фрагментов комплемента, лейкотриенов, брадикинина, фактора релаксации сосудов).

Каскад цитокинов активирует лейкоциты и способствует их адгезии к эндотелию. Выделяемые активированными лейкоцитами мощные оксиданты вызывают гибель эндотелиальных клеток с последующим обнажением субэндотелиального слоя.

**Нарушение кровотока** вызывается варикозным расширением вен, сдавлением сосудов извне (опухолями, кистами, воспалительными инфильтратами, увеличенной маткой, костными фрагментами), разрушением клапанного аппарата вен после перенесённого ранее флеботромбоза. Одной из важных причин замедления тока крови служит иммобилизация, приводящая к нарушению функции мышечно-венозной помпы голени и стопы.

У пациентов терапевтического профиля, вынужденно соблюдающих постельный режим, недостаточность кровообращения помимо замедления тока крови приводит к повышению венозного давления, вазодилатации и увеличению вязкости крови. Полицитемия, эритроцитоз, дегидратация, диспротеинемия, значительное увеличение содержания фибриногена повышают вязкость крови и замедляют кровоток. Это, в свою очередь, также способствует образованию тромбов.

У хирургических пациентов риск венозного тромбоза зависит от травматичности (обширности) и продолжительности оперативного вмешательства. Большое значение имеют соматический статус пациента на момент операции, наличие сопутствующей патологии, вид анестезии, дегидратация, а также длительность послеоперационной иммобилизации.

К **основным клиническим факторам риска** венозных тромбоэмболических осложнений, **не связанных с травмой и операцией,** относятся: выраженная сократительная дисфункция миокарда (особенно с хронической сердечной недостаточностью III-IV функциональных классов по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA); тяжёлые заболевания лёгких преимущественно с выраженной дыхательной недостаточностью и искусственной вентиляцией лёгких; сепсис; острая инфекция; онкологические заболевания (рак мозга, поджелудочной железы, толстой кишки, желудка, лёгких, предстательной железы, почек, яичника); гормонотерапия, химиотерапия, рентгенотерапия у онкологических пациентов; сдавление вен (опухолью, гематомой и др.); заболевания центральной или периферической нервной системы с плегией или глубоким парезом одной или обеих нижних конечностей; возраст более 40 лет (с увеличением риск растёт); постельный режим превышающий 3 суток; длительное (более 3 часов) положение сидя; применение пероральных контрацептивов, содержащих эстрогены; гормональная заместительная терапия; применение селективных модуляторов эстрогеновых рецепторов; воспалительные заболевания толстой кишки; нефротический синдром; миелопролиферативные заболевания; пароксизмальная ночная гемоглобинурия; ожирение; венозный тромбоз и (или) лёгочная тромбоэмболия в анамнезе; варикозное расширение вен нижних конечностей; катетер в центральной вене; беременность и ближайший (до 6 недель) послеродовой период.

**Таблица 1**

**Распространённость врождённых тромбофилий и связанный с ними риск венозных тромбоэмболических осложнений**

| Тромбофилия | Распространённость, % | | Относительный риск |
|---|---|---|---|
| | в популяции | у пациентов с ВТЭО | |
| Дефицит антитромбина III | 0,07-0,16 | 1-3 | 20 |
| Дефицит протеина С | 0,2-0,4 | 3-5 | 10 |
| Дефицит протеина S | 0,03-0,13 | 1,5 | 10 |
| Лейденская мутация фактора свёртывания крови V | 3-15 | 20 | 5 |
| Повышение уровня фактора свёртывания крови VIII | 11 | 25 | 5 |
| Мутация протромбина G20210A | 1-2 | 4-7 | 2-3 |
| Гипергомоцистеинемия | 5 | 10 | 2,5 |

**Врождённые тромбофилии** встречаются не часто, однако их наличие способно существенно повысить вероятность возникновения венозных тромбоэмболических осложнений, особенно при наличии у пациента других факторов риска тромбоза глубоких вен (табл. 1).

Осуществлять поиск врождённых тромбофилий необходимо: у молодых пациентов; в случаях, когда не удалось найти факторы, непосредственно спровоцировавшие тромбоз; при возникновении венозных тромбоэмболических осложнений во время приёма пероральных контрацептивов, гормональной заместительной терапии или беременности; при рецидивирующих венозных тромбоэмболических осложнениях. Точно предсказать развитие венозных тромбоэмболических осложнений невозможно.

Можно обсуждать только различную степень вероятности этих состояний. Наличие у пациента предрасполагающих факторов в различных сочетаниях служит основанием для отнесения его к той или иной группе риска. Отнесение пациента к группе с низким, умеренным или высоким риском проводят с учётом клинического диагноза, планируемого или уже проводимого лечения, соматического статуса и имеющихся у него факторов риска венозных тромбоэмболических осложнений.

**Низкая степень риска** имеется при «малых» операциях длительностью не более 60 минут у пациентов до 40 лет без дополнительных факторов риска венозных тромбоэмболических осложнений, а также при острых нехирургических заболеваниях, не требующих постельного режима. При этом риск тромбоза глубоких вен при отсутствии профилактики составляет менее 10%.

**Умеренная степень риска** прогнозируется при: «больших операциях» у пациентов 40-60 лет без дополнительных факторов риска; «больших» гинекологических операциях у пациенток моложе 40 лет на фоне терапии эстрогенами; «малых» операциях у пациентов старше 60 лет; «малых» операциях у пациентов 40-60 лет с факторами риска; изолированных переломах костей голени; разрывах связок и сухожилий голени; госпитализации пациентов с хронической сердечной недостаточностью III-IV функционального класса по NYHA; острых инфекционных или воспалительных заболеваниях, требующих постельного режима; заболеваниях центральной или периферической нервной системы, сопровождающихся обездвиженностью или длительным постельным режимом; острых заболеваниях лёгких с дыхательной недостаточностью, не требующих искусственной вентиляции лёгких; ожогах площадью до 20% поверхности тела; термоингаляционной травме I-II степени. При этом риск тромбоза глубоких вен при отсутствии профилактики составляет 10-40%.

**Высокая степень риска** венозных тромбоэмболических осложнений возникает при: сепсисе; верифицированной тромбофилии; «больших» операциях у пациентов старше 60 лет; «больших» операциях у пациентов 40-60 лет, имеющих такие дополнительные факторы риска, как наличие венозных тромбоэмболических осложнений в анамнезе, рак, тромбофилии и др.; эндопротезировании тазобедренного и коленного суставов; операциях при переломах бедра; тяжёлой и сочетанной травме, повреждениях спинного мозга; ожогах площадью более 20% поверхности тела; термоингаляционной травме III степени, осложнениях ожоговой болезни; химио-, рентгено- или радиотерапии у пациентов с онкологическими заболеваниями; остром нарушении мозгового кровообращения с глубоким парезом или плегией; острых заболеваниях лёгких с дыхательной недостаточностью, требующих искусственной вентиляции лёгких.

### Клинические варианты тромбоза подкожных вен нижних конечностей

**Тип I.** Тромбоз дистальных отделов большой или малой подкожных вен либо их притоков. Тромботический процесс локализуется дистальнее коленного сустава при поражении большой подкожной вены и ниже сафенопоплитеального соустья при поражении малой подкожной вены. Угроза эмболии лёгочной артерии отсутствует. В дальнейшем тромбофлебит либо стихает, либо переходит в один из следующих типов.

**Тип II.** Тромбоз распространяется до сафенофеморального или сафенопоплитеального соустья, не переходя на бедренную или подколенную вену. Непосредственной угрозы эмболизации лёгочного артериального русла ещё нет, но она может возникнуть в самое ближайшее время при проксимальном распространении тромбоза.

**Тип III.** Тромбоз через устье подкожной вены распространяется на глубокую венозную систему. Верхушка такого тромба,

как правило, первоначально носит неокклюзивный характер и свободно располагается (флотирует) в кровотоке бедренной или подколенной вены. Тромб фиксирован к венозной стенке лишь в проксимальном отделе подкожной вены. Угроза лёгочной эмболии, в том числе и фатальной, очень значительна. В последующем подобный флотирующий тромб либо превращается в эмбол, либо становится пристеночным или окклюзивным тромбом магистральной глубокой вены. Дальнейшее распространение тромбоза по глубокой венозной системе в проксимальном и дистальном направлениях ведёт к развитию протяжённой окклюзии бедренно-подвздошного сегмента.

**Тип IV.** Тромбоз не распространяется на приустьевые отделы, но через несостоятельные перфорантные вены голени или бедра переходит на глубокую венозную систему. Наличие или отсутствие угрозы лёгочной эмболии у пациентов этой группы зависит в первую очередь от характера тромба (флотирующий, пристеночный или окклюзивный) в глубокой венозной магистрали.

**Тип V.** Любой из перечисленных вариантов тромбофлебита сочетается с изолированным симультанным тромбозом глубокой венозной системы как поражённой, так и контрлатеральной конечности.

### Диагностика варикотромбофлебита

Как правило, выявляются следующие клинические признаки: жалобы на боли по ходу тромбированных вен, ограничивающие движения конечности; визуализируется полоса гиперемии кожи в проекции поражённой вены; пальпаторно определяется шнуровидный, плотный, резко болезненный тяж; отмечаются местное повышение температуры и гиперестезия кожных покровов; в ряде случаев отмечается общая гипертермия не выше 38ºС, а также недомогание и озноб.

При клиническом осмотре пациента с подозрением на тромбофлебит следует обязательно осмотреть обе нижние конечности, так как возможно двустороннее сочетанное поражение как поверхностных, так и глубоких вен в различных сочетаниях. Помимо симптомов тромбофлебита у пациента с подозрением на это заболевание необходимо целенаправленно выявлять наличие симптомов, указывающих на тромбоэмболию артерий малого круга кровообращения.

Необходимо отметить, что даже при самом внимательном физикальном осмотре точно определить проксимальную границу тромбоза невозможно. Это связано с тем, что его истинная распространённость в подкожных венах часто на 15-20 см превышает клинически определяемые признаки тромбофлебита. У значительной части пациентов переход тромботического процесса на глубокие венозные магистрали протекает бессимптомно.

Основным методом **инструментальной диагностики является ультразвуковое дуплексное ангиосканирование с цветовым кодированием кровотока,** позволяющее оценить состояние стенок и просвета вен, наличие в них тромботических масс, характер тромба (окклюзивный, пристеночный, флотирующий), его дистальную и проксимальную границы, проходимость глубоких и перфорантных вен, а также ориентировочно судить о давности процесса. В стандартный объём ультразвукового ангиосканирования обязательно должно входить исследование подкожных и глубоких вен не только поражённой тромбофлебитом, но и контрлатеральной конечности для исключения симультанного их поражения, часто протекающего бессимптомно. Глубокое венозное русло обеих нижних конечностей осматривают на всём протяжении, начиная от дистальных отделов голени до уровня паховой связки, а также сосудов илеокавального сегмента.

**Рентгеноконтрастная флебография** целесообразна лишь при распространении тромбоза выше проекции паховой связки, когда точному определению локализации верхушки тромба с помощью ультразвукового ангиосканирования может препятствовать метеоризм.

Роль **лабораторной диагностики** при варикотромбофлебите невелика. **Маркёры тромбообразования** (тромбин-антитромбиновый комплекс, фибринопептид А, растворимые фибрин-мономерные комплексы, уровень D-димера в плазме) не позволяют определить уровень тромбофлебита и оценить вероятность лёгочной эмболии.

**Показаниями к госпитализации** пациентов являются: первичная локализация тромбофлебита на бедре при поражении большой подкожной вены; первичная локализация тромбофлебита в верхней трети голени при поражении малой подкожной вены; распространение тромбоза из дистальных отделов в указанные сегменты, несмотря на проводимую терапию; симптомы тромбоза глубоких вен; симптомы тромбоэмболии лёгочных артерий.

Пациентов с варикотромбофлебитом необходимо госпитализировать в отделения сосудистой хирургии. Если это невозможно, допустима госпитализация в общехирургический стационар, располагающий хирургами, прошедшими усовершенствование по флебологии или сосудистой хирургии, а также врачами ультразвуковой диагностики, владеющими сонографическим исследованием венозной системы в норме и при патологии.

Лечебная тактика в большинстве наблюдений при тромбозе поверхностных вен на фоне варикозной болезни должна иметь более активную хирургическую направленность (табл. 2).

Необходимо отметить, что консервативное лечение показано во всех наблюдениях, если не выполняется радикальная флебэктомия. Антикоагулянтная терапия необходима всем пациентам с III-V типами варикотромбофлебита.

**Таблица 2**

**Лечебная тактика при тромбозе поверхностных вен**

| Тип варикотромбофлебита | Характер лечебных мероприятий |
|---|---|
| I тип – поражение дистальных отделов стволов подкожных вен | Консервативное лечение<br>Экстренная операция не требуется, показана плановая флебэктомия |
| II тип – тромбоз проксимальных отделов подкожных вен | Кроссэктомия<br>Кроссэктомия и стволовая флебэктомия на бедре<br>Радикальная флебэктомия в бассейне v.saphena magna и (или) v.saphena parva |
| III тип – распространение тромбоза через соустья на глубокую венозную систему | Тромбэктомия из магистральных вен и кроссэктомия<br>Тромбэктомия из магистральных вен, кроссэктомия и удаление v.saphena magna на бедре<br>Тромбэктомия из бедренной и подвздошной вен и радикальная флебэктомия<br>Тромбэктомия из подколенной вены и флебэктомия в бассейне v.saphena parva |
| IV тип – распространение тромбоза подкожных вен на перфорантные вены | Кроссэктомия и тромбэктомия из перфоранта<br>Радикальная флебэктомия и тромбэктомия из перфорантной вены |
| V тип – симультанное поражение тромбозом поверхностных и глубоких вен | Кроссэктомия и антикоагулянтная терапия<br>Кроссэктомия и перевязка поверхностной бедренной вены<br>Тромбэктомия из бедренной и подвздошной вен с кроссэктомией и перевязкой поверхностной бедренной вены<br>Имплантация кава-фильтра или пликация нижней полой вены |

**Консервативное лечение** должно включать в себя следующие основные компоненты: активный режим; эластическая компрессия нижних конечностей; системная фармакотерапия: антикоагулянты, неспецифические противовоспалительные средства, флеботоники; местное лечебное воздействие на поражённую конечность.

**Парентеральная антикоагулянтная терапия** абсолютно показана всем пациентам, у которых произошёл переход тромбоза на глубокую венозную систему или развился симультанный тромбоз глубоких вен, при варикотромбофлебите на фоне посттромбофлебитической болезни, при восходящих формах варикотромбофлебита. В тех наблюдениях, когда применение антикоагулянтов может быть адекватно контролируемо, они должны применяться вне зависимости от того, подвергается пациент оперативному лечению или нет. Возможны следующие варианты антикоагулянтной терапии:

– совместное лечение низкомолекулярным или нефракционированным гепарином в лечебной дозировке и антивитамином K не менее 5 суток, а затем после достижения терапевтических значений Международного нормализованного отношения (2,0-3,0) продолжение терапии антагонистом витамина K не менее 4 недель;

– после выполнения кроссэктомии или флебэктомии по поводу восходящего варикотромбофлебита пациентам назначают низкомолекулярный или нефракционированный гепарин в профилактических дозировках при высоком риске в течение 7 суток.

В амбулаторных условиях при наличии необходимых диагностических возможностей показано использование низкомолекулярных гепаринов у комплаентных пациентов без тяжёлой соматической патологии. Во время лечения антикоагулянтами не следует использовать пероральные нестероидные противовоспалительные препараты. Их одновременное назначение повышает риск кровотечения. Нецелесообразно использование в комплексном лечении тромбофлебита подкожных вен антибактериальных препаратов при отсутствии признаков системной воспалительной реакции.

*(Окончание следует.)*

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

**Самарский государственный медицинский университет.**

# β-адреноблокаторы в лечении ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности

*(Окончание. Начало в № 41 от 05.06.2015.)*

**Рекомендации по применению БАБ:**

● Нельзя начинать терапию БАБ при исходно нестабильном состоянии пациента и выраженной задержке жидкости (все случаи, требующие внутривенного введения мочегонных препаратов и средств с инотропным действием, являются противопоказанием для начала терапии БАБ).

● Наиболее сложный период терапии БАБ – стартовый. Он занимает от 2 до 6 недель; 15-30% пациентов отмечают в это время побочные эффекты.

● Терапию следует начинать с минимальных доз БАБ.

● Дозу БАБ следует титровать, повышая до максимально возможной, при этом её увеличивают в 2 раза не ранее чем через 2 недели лечения.

● Конечной точкой титрования должна быть максимальная терапевтическая доза, при которой удаётся избежать стойкий побочный эффект.

● Терапия БАБ часто осуществляется пожизненно.

● Не рекомендуется сочетать БАБ с верапамилом, дилтиаземом, антиаритмиками и нестероидными противовоспалительными средствами.

**Тактика при ухудшении сердечной недостаточности:**

● Контроль за симптомами сердечной недостаточности, признаками застоя жидкости, уровнем АД, ЧСС.

● Увеличение дозы диуретиков и иАПФ, временное снижение дозы БАБ, после стабилизации состояния терапия БАБ возобновляется, вновь начиная со стартовой дозы.

● При развитии гипотонии уменьшить дозу вазодилататоров.

● При возникновении брадикардии уменьшить дозу или прекратить приём препаратов, урежающих ЧСС (временное снижение дозы БАБ либо их полная отмена).

● По достижению стабильного состояния возобновление лечения и/или продолжение титрования дозы БАБ.

В ряде наблюдений с целью урежения ЧСС показано назначение ивабрадина, оно в 90% случаев бывает вторичным, то есть совместно («поверх») с БАБ, причём чаще всего предлагается стратегия титрования БАБ до целевой или максимально переносимой дозы.

Исследование CIBIS II показало, что безопасный и надёжный период титрования дозы БАБ может достигать 6 месяцев (!), что позволяет получить целевую дозу БАБ у 43% больных и гарантировать снижение риска смерти от всех причин на 34%. При расчёте коэффициента снижения риска смерти (RRR), связанного со снижением ЧСС, показано, что для БАБ этот коэффициент составляет 3,60, а для ивабрадина – 1,20, то есть в 3 раза меньше. Это обусловлено тем, что механизм положительного действия БАБ связан не только со снижением ЧСС.

Назначение ивабрадина, по-видимому, не следует использовать у всех больных ХСН, а только тогда, когда исчерпаны все возможности титрования рекомендованных при ХСН БАБ (бисопролола, метопролола сукцината, карведилола и небиволола), особенно у пациентов старше 70 лет, при синусовом ритме и фракцией выброса (ФВ) левого желудочка < 35%.

Ивабрадин, в отличие от БАБ не эффективен при фибрилляции предсердий, встречающейся при ХСН примерно в 30% случаев, не доказана его эффективность при нормальной фракции выброса левого желудочка и диастолической ХСН (встречающейся более чем у 50% больных).

Действие ивабрадина проявляется лишь тогда, где БАБ совсем не назначаются или их назначают в малых дозах, которые не способны контролировать симпатоадреналовую систему и практически не влияют на ЧСС. Только тогда снижение ЧСС, вызванное ивабрадином, оказывает позитивное влияние на течение ХСН. Механизм положительного действия БАБ при ХСН значительно более широк, чем у ивабрадина и связан не только со снижением ЧСС.

Исследование SHIFT показало, что недостаточное титрование дозы БАБ и урежение ЧСС за счёт добавления ивабрадина позволяет уменьшить риск госпитализаций из-за ХСН и даже смерть от ХСН, однако, не гарантирует достоверного снижения риска сердечно-сосудистой и общей смертности.

БАБ не относятся к числу средств «скорой помощи», они не могут выводить больных из состояния декомпенсации и гипергидратации.

Два типа БАБ – $\beta_1$-селективные бисопролол и метопролол сукцинат с замедленным высвобождением препарата, и некардиоселективные $\beta_1$- и $\beta_2$-блокаторы с дополнительными свойствами $\beta_1$-блокатора, антиоксиданта и антипролиферативного средства – карведилола доказали свою эффективность, безопасность и способность улучшать прогноз больных ИБС, ХСН и уменьшать число госпитализаций.

В первые 2 недели лечения БАБ сердечный выброс может снижаться, а клинические проявления ХСН даже нарастать. Затем в результате уменьшения тахикардии и потребления миокардом кислорода гибернированные кардиомиоциты восстанавливают свою сократимость и сердечный выброс начинает расти; некоторые БАБ (карведилол, бисопролол) при длительном применении позволяют добиваться роста ФВ.

БАБ относятся к числу одних из самых задействованных кардиальных средств. Следует особо отметить, что диапазон их использования всё время расширяется.

**Михаил ГУРЕВИЧ,**
**доктор медицинских наук, профессор.**

**Кафедра терапии ФУВ Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.В.Владимирского.**

Перспективы

# Учить или лечить? Ответ — в университетских клиниках

## Здесь должны трудиться лучшие врачи, лучшие учёные!

**В начале весны этого года было объявлено о совместном проекте Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова и правительства Москвы о создании в столице системы университетских клиник. О новой для современной России медико-образовательной структуре рассказал ректор университета член-корреспондент РАН Пётр ГЛЫБОЧКО.**

**– Вы являетесь инициатором и последовательным сторонником создания в российской системе здравоохранения университетских клиник. В чём основная идея этого нововведения?**

– Давайте вспомним, что в мире понятие «университетская клиника» связано с медициной высшего класса. Такая клиника – это уникальное сочетание лечения и ведения пациентов, обучения и практики студентов, врачебных стажировок и обмена опытом. Это регулярные научные исследования и медицинские конференции. Ведь в университетских клиниках кроме стационарных и учебных подразделений действуют научно-исследовательские институты и центры. А это позволяет проводить не только многопрофильное лечение, но и опробовать новейшие наиболее перспективные методики, медикаменты, оборудование. Ничего подобного нет в обычных клиниках. Поэтому не секрет, что именно в университетских клиниках традиционно трудятся лучшие врачи, лучшие учёные.

**– Но ведь не все медвузы России обладают такой обширной лечебной базой с множеством современных клиник разного профиля, как в Первом Меде?**

– Действительно, больницы Первого МГМУ им. И.М.Сеченова насчитывают 3 тыс. койко-мест, у нас ежегодно более 50 тыс. человек из разных регионов России получают стационарную, а около 300 тыс. – амбулаторную медицинскую помощь. И мы стремимся уйти от только преподавания или только клинической практики. Наши врачи должны передавать свои знания и умения студентам. А все преподаватели – вести больных в клиниках. Только такой симбиоз даёт должный уровень подготовки. Поэтому наши сотрудники кафедр, профессора и доценты активно работают в лечебных отделениях, ведут приём больных в ЛДО, проводят консультации. Но совсем иная картина пока в масштабах страны. Из 46 медицинских вузов системы Минздрава России лишь единицы имеют свои клиники. Остальные же используют базы городских медучреждений. И всё чаще в последнее время возникали сложности или просто невозможность преподавателю клинической кафедры заниматься медицинской практикой. Дело в том, что федеральные законы № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и № 273-ФЗ «Об образовании в РФ» ограничивают для преподавательского состава вузов право допуска к больным на клинических базах городских больниц. Если точнее – преподаватели кафедр сейчас не могут заниматься врачебной практикой в муниципальных больницах, если они не состоят в штате больницы. Нужно изыскивать хотя бы 0,25 или 0,5 ставки. И эта ситуация делает невостребованными и круг профессиональных интересов, и глубину исследовательской работы, которые у кафедральных сотрудников выше, чем у рядового врача.

**– То есть у кафедры и руководства больницы разные интересы в одном процессе, когда излечение больного должно сопровождаться ещё и обучением будущих врачей.**

– Это во многих аспектах ненормальная ситуация. К примеру, кафедра расположена на базе городской больницы, а преподавателя оттуда только что не выталкивают: отчитал обязательные часы – и свободен. Что в результате? Сотрудник кафедры теряет не только свой врачебный уровень, но и мало чему может научить своих студентов, превращаясь, по сути, в лектора. Нелепость, но так нарушается вся логика и традиции российского медицинского образования – сочетая «учить» и «лечить», ты делаешь это на своём примере. Не говоря уже о том, что многие тысячи моих коллег вынужденно теряют врачебный стаж и его непрерывность. В итоге, выходя на заслуженный отдых, люди получают только лишь скромную пенсию преподавателя. Последние годы ты преподавал и даже стал заслуженным профессором? Теперь для государства – ты не врач! А ведь за плечами таких людей множество людских судеб, десятки лет успешного врачевания, тысячи «возвращённых в строй» пациентов трудоспособного возраста – прямая польза для государства и экономики.

**– И в чём же вы видите пути выхода из ситуации?**

– Решением многих проблем в нашем медицинском образовании стало бы законодательное упрощение системы совместительства. Руководство нашей отрасли в настоящее время целенаправленно работает над решением этой проблемы. Этот вопрос был обсуждён на площадке Общероссийского народного фронта. Под руководством Министерства здравоохранения межведомственной рабочей группой был выработан и передан для рассмотрения в Государственную Думу пакет предложений по внесению изменений в законы. Ключевые изменения предложено внести в понятие «работник, имеющий право на осуществление медицинской деятельности...», а также в новую редакцию статьи 69 Закона «Об образовании», которая законодательно закрепит право на осуществление медицинской деятельности профессорско-преподавательского состава.

**– Однако законотворческие механизмы не всегда срабатывают оперативно. Вы предложили другой путь?**

– Очевидно, что законодательное закрепление права не определяет механизм решения. Поэтому более полугода рабочая группа правительства Москвы и специалистов Первого МГМУ им. И.М.Сеченова готовила пакет документов, разрешающих юридическую коллизию в рамках создания на базе городских больниц университетских клиник. Принципиально, данная модель предусматривает трудоустройство сотрудников кафедр на условиях внешнего совместительства в штат медицинских организаций и, соответственно, приём работников медицинских организаций в штат университета. При этом всю полноту ответственности за качество оказания медицинской помощи несёт директор университетской клиники – заведующий кафедрой или её ведущий профессор. Каковы его основные обязанности? Директор клиники обязан возглавлять консилиумы у постели тяжёлых и диагностически сложных больных. В клинике хирургического профиля именно он должен вставать к операционному столу при возникновении нештатной ситуации, ему принадлежит одна из ключевых ролей при проведении заседаний врачебной комиссии и комиссии по изучению летальных исходов, именно он вместе с сотрудниками может сформировать поток пациентов в медицинскую организацию, что приобретает особое значение в условиях одноканального финансирования. На наш взгляд, директор университетской клиники не может и не должен брать на себя функции главного врача или заместителя по лечебной работе.

Обсуждению проекта «Университетские клиники» было посвящено совещание, в котором приняли участие министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, мэр Москвы Сергей Собянин, руководители столичного здравоохранения, главные врачи московских больниц, заведующие кафедрами Первого Меда, ректоры других медицинских университетов. На сегодняшний день создано уже 15 университетских клиник при медучреждениях, подведомственных столичному Департаменту здравоохранения. В числе этих учреждений – городская клиническая больница № 64, детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н.Сперанского, городская клиническая больница № 23 им. Медсантруд, городская клиническая больница № 1 им. Н.И.Пирогова. Их специализация разнообразна: от нефрологии до хирургии портальной гипертензии. Мы планируем завершить оба этапа проекта «университетские клиники» в течение первого полугодия 2015 г. Всего в нём участвует 23 лечебных учреждения столицы. Как стационары, так и амбулаторно-поликлинические. Мы работаем над созданием университетских клиник поликлинической терапии и медико-социальной экспертизы. Хочу подчеркнуть, что – как и все вышеперечисленные – данный проект не разрабатывался исключительно под задачи Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, и уже вскоре к нему смогут присоединиться и остальные медицинские вузы Москвы, а в перспективе – и всей России. На наш взгляд, если руководитель медицинской организации активно привлекает кафедральных сотрудников к медицинской деятельности, то от этого, безусловно, должны выигрывать все участники лечебного и учебного процесса. Но при этом нельзя забывать, что любые нововведения в сфере медицинского образования должны решать глобальную задачу – повышение уровня и качества медицинской помощи населению.

**Беседу вёл**
**Алексей ПАПЫРИН,**
**корр. «МГ.**

Книжная полка

# Квинтэссенция знаний о раке

**В Москве состоялась презентация «Атласа современной онкологии». Его издание приурочено к 20-летнему юбилею Ассоциации директоров центров и институтов онкологии, радиологии и рентгенологии государств – участников СНГ.**

Это второе издание «Атласа», первое вышло в 2006 г. В работе над этим монументальным трудом приняли участие 60 ведущих мировых онкологов. В справочнике собраны результаты исследований из 184 стран, а также данные такой авторитетной организации, как Международное агентство по изучению рака (IACR). Для России издание подготовлено совместно с Ассоциацией директоров центров и институтов онкологии, радиологии и рентгенологии государств – участников СНГ, Международным противораковым союзом (UICC) и Американским противораковым обществом (ACS).

– Информация, которая содержится в справочнике, очень важна для специалистов не только России, но и всех стран СНГ, – отметил главный онколог Минздрава России, директор Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Михаил Давыдов. – В нём собраны последние данные о причинах возникновения рака, распространённости заболеваемости, современных программах лечения и профилактики онкологических заболеваний.

Справочник состоит из 37 глав. В нём также рассматриваются вопросы финансовых расходов, связанных со злокачественными новообразованиями. Особое внимание уделено конкретным шагам, позволяющим взять под контроль распространение онкологических заболеваний, начиная от научных исследований и скрининговых программ до ранней диагностики и адекватного лечения, включая паллиативную помощь.

Кроме того «Атлас» содержит современные данные по заболеваемости раком в различных странах, анализ существующих тенденций и прогноз на будущее. Эта информация открывает организаторам здравоохранения, а также учёным возможность оценки рисков, характерных для того или иного региона, профилактических мер и современных подходов по контролю онкологических заболеваний.

– Ежегодно 8 млн человек умирают от рака, – сообщил президент UICC, профессор медицинского факультета Университета и Института онкологии Хаджеттепе (США) Тезер Кутлук. – Мы не можем сейчас победить рак, но у нас накоплено много знаний обо всех этапах – от профилактики и диагностики до лечения, которые могут помочь в борьбе с этим заболеванием.

«Атлас» впервые переведён на русский язык и размещён в Интернете в свободном доступе.

**Ирина СТЕПАНОВА,**
**корр. «МГ».**

Авторитетное мнение

# Университет как центр притяжения

## Размышления о современном медицинском вузе

**«Вуз будущего» – наверное, этот термин используется слишком часто и не всегда по делу. Но что если серьёзно поразмышлять – здесь и сейчас, в России, в XXI веке: какими свойствами должен обладать современный медицинский университет, чтобы стать настоящим лидером образования? Каким должен быть внутренний стержень, смысл существования такого учреждения, скрытый за внешними достижениями, реальными и формальными, чтобы расти и двигаться вперёд? В преддверии вступительной кампании корреспондент «МГ» побывала в Рязанском государственном медицинском университете им. И.П.Павлова и выяснила, почему от новых технологий до искусства один шаг и что позволяет назвать РязГМУ вузом будущего.**

### На низком старте

Приёмная комиссия в РязГМУ начинает работу 19 июня. Пока сложно что-то загадывать, но на день открытых дверей пришло 2 тыс. человек, 600 подключились к онлайн-трансляции. Желающих много, но сам вуз больше интересует качество, чем количество. «В прошлом году мы впервые преодолели планку в 10 тыс. заявлений, – говорит ректор РязГМУ, доктор медицинских наук, профессор Роман Калинин. – Но хотелось бы увидеть прирост не только по числу абитуриентов, а по тому же самому баллу ЕГЭ».

Качество знаний, образовательных технологий, учёбы и жизни студентов – ключевые понятия, которые содержатся в сути современного образовательного учреждения. За 70 лет работы РязГМУ (юбилей отметили в 2013 г.) планка держится по-прежнему высоко. Сильная отечественная медицинская школа осталась, меняются технологии, и за ними надо успевать.

*Роман Калинин*

### «Из всех искусств медицина – самое благородное»

Этот девиз РязГМУ имеет глубокий смысл. С одной стороны, искусство инженерное – современные медицинские технологии, которым и благодаря которым обучаются студенты. Что стоит один iStan – самый интересный робот из всех в центре симуляционного обучения РязГМУ. Он появился здесь всего несколько дней назад вместе с другой «топовой» машиной Harvey. iStan дышит, моргает, может вслух сказать, что у него болит и демонстрирует симптомы любых заболеваний по выбору преподавателя вплоть до пены изо рта и судорог во время эпилептических припадков. И конечно, реагирует на лечение.

*В учебной аудитории*

Центр симуляционного обучения занимает целый этаж и учитывает самые разные специальности от стоматологов и педиатров до хирургов и терапевтов. Телемедицинские технологии используются при обучении клинических психологов. «Постоянно появляются технические инновации, которые можно использовать в учебном процессе. И мы тоже продолжаем двигаться вперёд. Нам надо увеличить доступность центра симуляционного обучения по всем специальностям, полностью закрыть все профили. За 2015-2016 гг. мы планируем завершить оснащение центра. Это особенно важно, учитывая, что с 2016 г. мы начинаем аккредитацию специалистов, сначала стоматологов, потом лечебный факультет», – рассказывает Роман Евгеньевич.

С другой стороны, искусство врача – чрезвычайно личное, и в средоточии его всегда человек, а не машина, какой бы совершенной она ни была. Ректор РязГМУ особенно подчёркивает, что несмотря на все технологии, от обучения у постели больного никуда не уйти. Потому так важны как собственные клинические базы, так и те, что в лечебных учреждениях области.

### Сплав науки и практики

В состав РязГМУ в этом году вошёл Научно-клинический центр гематологии, и кроме будущих совместных научных проектов с Федеральным научно-клиническим центром детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева есть важная веха, которая уже достигнута. Гематологическая помощь теперь доступна для рязанцев, объёмы работы в системе ОМС увеличены в разы, в ближайшее время будет налажена выездная работа центра в районах. Ещё одна важная задача – развитие собственной стоматологической поликлиники.

Присоединение Ефремовского базового медицинского колледжа 3 года назад позволило вузу начать подготовку специалистов среднего профессионального образования. В этом году будет первый выпуск.«Надеюсь, что престиж специальности медицинской сестры будет расти, как растёт престиж специальности врача, да и нашей медицины в целом», – делится своими мыслями Роман Евгеньевич.

Вообще, крупный современный медицинский университет – это всегда центр притяжения, уникальный сплав знаний, науки, место обмена опытом, место проведения мероприятий, конференций, встреч. Настоящие, «живые» международные связи (а они налажены с Италией, Францией, Белоруссией, странами Латинской Америки, сейчас на очереди Китай), академическая мобильность, грантовая работа – всё требует серьёзного внимания и постоянной стратегической проработки.

### Диалог с будущим

Конечно, будущее университета, те задачи, на которые в ближайшем времени будут брошены все усилия, определяет Минздрав России. Появление новых специальностей диктуется не желанием администрации вуза, а запросами практического здравоохранения. Открытие педиатрического факультета, начало подготовки специалистов среднего профессионального образования – это те задачи, с которыми университет с честью справился.

Сейчас активная деятельность ведётся по разным направлениям. Например, сотрудники вуза активно участвуют в масштабном проекте Минздрава по переподготовке и повышению квалификации преподавателей, в том числе по теоретическим специальностям. Результаты, отмечает ректор, были очень хорошие.

Нельзя забывать и о профилактических акциях, которые проводятся под эгидой Министерства здравоохранения. В этом году – борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями будущие медики – студенты РязГМУ участвовали в открытых волонтёрских акциях в рамках Всероссийского съезда студентов-медиков в Санкт-Петербурге, после первомайской демонстрации в Рязани, следующая по плану – акция в рамках Международного дня отказа от курения 31 мая.

### «Мелочей не бывает»

Что ж, здоровый образ жизни – это одна из «фишек» РязГМУ. В этом году медуниверситет добился призового места в одной из номинаций конкурса «Вуз здорового образа жизни». За дипломом победителя стоит эффективная комбинация: системная работа по развитию культуры здорового образа жизни и живая инициатива студентов. Ребята поддерживают группу РязГМУ, посвящённую ЗОЖ, в социальной сети Вконтакте, 10 мая они самостоятельно организовали пробежку, посвящённую 70-летию Победы, а на площадке перед университетским бассейном провели совместно с другими рязанскими вузами катание на роликовых коньках, также приуроченное к этой дате.

Казалось бы, акция спортивная, но ребята сами об этом заговорили, сами организовали, и конечно, руководство не стало возражать. «Мы не забываем, что готовим не только врача, но и воспитываем гражданина нашей великой страны, – говорит ректор. – Кстати, и у тех студентов, которые приезжают к нам учиться из-за рубежа, также стараемся формировать уважительное отношение к нашей истории и культуре. О воспитательных задачах мы не всегда говорим, а они не менее важны, чем инфраструктурные. Я уверен: мелочей не бывает».

*Занятия в центре симуляционного обучения*

Много мероприятий проводится в новом бассейне «Аквамед» – социальном проекте Всероссийской политической партии «Единая Россия» «500 бассейнов», который был успешно реализован за 6 месяцев в 2013 г. при поддержке Минздрава России и правительства Рязанской области.

С самого начала он был задуман не только как база для студентов: в бассейне проводятся уроки физкультуры для учащихся близлежащих школ, тренируются воспитанники детско-юношеской спортивной школы водных видов спорта «Волна». Наряду со школьниками и спортсменами бассейн посещают и дети с ограниченными возможностями. По сути, он открыт для всех, кто хочет научиться плавать, неравнодушен к водным видам спорта, стремится укрепить здоровье и получить заряд бодрости и хорошего настроения.

В университете развивается музейное направление. Наряду с музеем истории РязГМУ была открыта отдельная экспозиция, посвящённая 70-летию Победы. Кстати, все экспонаты в этой выставке собраны поисковым отрядом университета.

### «Для alma mater нет не своих детей»

Авторитет вуза поддерживается его выпускниками. Кстати, нынешний ректор – сам выпускник РязГМУ. Кто-то занимает руководящие должности, кто-то работает в первичном звене, – за 65 лет, как университет находится в Рязани, здравоохранение почти всей Рязанской области, да и значительной части Центрального федерального округа обеспечено кадрами, выпущенными этим вузом. Выпускников здесь помнят, за их судьбой следят.

Есть среди выпускников РязГМУ и выдающиеся медики: В.В.Ряженов, Ю.Д.Волынский, П.К.Анохин, Н.Г.Клюева, А.И.Кузин, И.Ф.Иваницкий, Г.А.Рихтер, Г.Г.Щеголев, Л.Н.Карлик и др.

«Боюсь кого-то незаслуженно забыть, – улыбается Роман Евгеньевич. – Для alma mater, наверное, нет не своих детей. За столько лет подготовлено огромное количество врачей, и вне зависимости от того, где кто работает, мы ждём всех на Дне выпускника».

### Существенный момент

Итак, вот ключевые слова, которыми можно описать современный медицинский вуз: подготовка профессионалов и воспитание граждан своей страны, чёткая, понятная и комфортная для всех среда, современные технологии, качество образования, развитый диалог и сотрудничество с Минздравом, внимание к «мелочам», забота о студентах и выпускниках. Но есть что-то ещё существенное, «секретный ингредиент», то, что удалось сформулировать в самом конце нашей беседы с Романом Евгеньевичем.

«Мы слышим и ощущаем то биение сердец, те новые идеи, которые зарождаются в нашем коллективе. Мы никогда не говорим сразу «нет», стараемся их проработать и внедрить. Это очень важно, именно эти моменты позволяют вузу развиваться. Когда их нет, внутренние резервы быстро иссякают, и мы выгораем. А ведь нам нужно идти вперёд».

**Анна КАБИКОВА,**
**внешт. корр. «МГ».**
Рязань.

Наши интервью

# Методика любви

## Её используют для лечения детей в Институте психического здоровья и аддиктологии

**В Москве прошла городская научно-практическая конференция «Клиника и терапия психозов в условиях новых организационных форм психиатрической службы г. Москвы» под патронажем министра правительства Москвы, руководителя Департамента здравоохранения Москвы, доктора медицинских наук, профессора А.Хрипуна, ректора Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, профессора, заслуженного врача РФ О.Янушевича, президента МГМСУ им. А.И.Евдокимова, академика РАН, заслуженного деятеля науки РФ Н.Ющука, главного психиатра Департамента здравоохранения Москвы, доктора медицинских наук, профессора, заслуженного деятеля науки РФ, заслуженного врача РФ Б.Цыганкова. В связи с тем, что мероприятие состоялось в канун Международного дня защиты детей, корреспондента «МГ» доктора медицинских наук Наилю Сафину заинтересовала уникальная работа с детьми на базе Института психического здоровья и аддиктологии, также участвовавшего в работе конференции. Вот что рассказал нашему изданию директор Института психического здоровья и аддиктологии кандидат медицинских наук Александр ДОБРОВОЛЬСКИЙ.**

**– Александр Павлович, ваш коллектив всегда принимает самое активное участие в организации многих масштабных мероприятий – это и Международная школа молодых психиатров Москвы, и первый Хорватско-российский конгресс духовной психиатрии, и московские научно-практические конференции для врачей-психиатров, о чём мы не раз писали. Но, к сожалению, за кадром нашего внимания почему-то осталась ваша поистине колоссальная работа с детьми…**

– Проблемами развития ребёнка мы занимаемся действительно давно, оказывая коррекционно-развивающую помощь детям, испытывающим трудности учебной и социальной адаптации. Это достаточно широкий круг проблем, включающий такие расстройства развития, как синдром дефицита внимания с гиперактивностью, расстройства аутистического спектра, задержка психического развития, общее недоразвитие речи разного уровня, включая дислалию, дизартрию, алалию, а также нарушения формирования учебных навыков, то есть дислексию, диаграфию, дискалькулию и тревожные расстройства с неврозами.

Основным преимуществом нашей работы является командный подход. Мы собрали активных, опытных, думающих специалистов, любящих детей и умеющих найти к ним подход. В нашей команде – доктора и кандидаты наук, неврологи, психиатры, нейропсихологи, психотерапевты, патопсихологи, логопеды, дефектологи, использующие методы, прошедшие проверку временем, и современные технологии помощи, зарекомендовавшие себя в мировой коррекционной практике.

**– Как всё же отличить истинное психическое нездоровье от ошибок воспитания?**

– Отделить проблемы, связанные с состоянием мозга ребёнка, от проблем, возникших в связи с воспитанием и социальной ситуацией развития может и должен нейропсихолог, который в итоге и сформирует стратегию дальнейших действий, направленных на улучшение ситуации. В нейропсихологической диагностике мы опираемся только на научный подход. Оценивая развитие психических функций ребёнка, конечно же, ориентируемся на возрастные нормы. Полноценное нейропсихологическое тестирование возможно, если ребёнок достиг 4,5-летнего возраста, то есть когда контактен и умеет говорить. Во всех остальных случаях основной акцент делается на наблюдении за поведением ребёнка, а также на беседе с родителями и анализе медицинских документов. Клинические же психологи начинают работать с детьми, достигшими 3-летнего возраста.

**– Будучи мамой первоклассницы, знаю, как родители так называемых неуправляемых детей боятся вести их на психолого-медико-педагогическую комиссию (ПМПК). Что же в ней такого страшного?**

– В настоящее время всех детей, развитие которых вызывает настороженность у работников детских образовательных учреждений, направляют на ПМПК. Она даёт рекомендации для школ и детских садов, определяет, какой тип обучения больше всего соответствует возможностям ребёнка. Если ребёнку настоятельно рекомендуют пройти ПМПК, а родители беспокоятся, не последуют ли за этим какие-либо неоправданные решения или действия в отношении ребёнка, наши специалисты могут помочь. Они не только проведут качественную диагностику ребёнка в доброжелательной, способствующей раскрытию его возможностей атмосфере, но и объяснят, на что можно претендовать во время прохождения комиссии и что делать с рекомендациями ПМПК, если они не удовлетворяют. К сожалению, большинству детей, имеющих отклонения в развитии, недостаточно только лишь развивающих занятий. Это связано с тем, что в основе отклоняющегося развития лежит неблагополучное состояние нервной системы ребёнка. Во многих случаях это неблагополучное состояние поддаётся правильной медикаментозной коррекции. При этом обязательной является предварительная функциональная диагностика состояния мозга (ЭЭГ, УЗДГ сосудов головы и шеи, ЭхоЭГ), результаты которой используются как для выбора терапии, так и для оценки её эффективности. В ряде случаев поведение ребёнка может быть мало управляемым и при этом плохо поддаваться воспитанию и психологической коррекции. Если ребёнок крайне возбудим, агрессивен, страдает страхами, это мешает ему социализироваться, устанавливать отношения со сверстниками, учиться, препятствует его нормальному развитию. Во многих случаях правильно поставленный диагноз позволяет понять, какие именно виды коррекционных воздействий лучше всего подходят для ребёнка. Только профессиональный детский психиатр сможет отличить истинное психическое нездоровье от ошибок воспитания, правильно подобрать терапию, которая сможет помочь ребёнку начать лучше управлять своим поведением, облегчить жизнь ребёнка и его близких.

**– Если ребёнок – зеркало семьи, то, наверное, одному детскому психиатру не решить проблемы его развития?**

– Конечно, и для этого есть семейный психолог. Когда ребёнок плохо себя ведёт, не соблюдает правил и границ в отношениях, не признаёт авторитетов, протестует против требований взрослых, этому часто способствуют внутренние семейные противоречия, несогласованность методов воспитания, борьба за власть между родителями. В этой ситуации он, действительно, лишь «зеркало», отражающее проблему всей семьи, и, несмотря на то, что его поведение приводит в ужас окружающих и, казалось бы, нужно корректировать именно ребёнка, на поверку это оказывается не совсем так. Родители ходят по специалистам в надежде, что их ребёнка «вылечат», и он станет шёлковым. Однако все предложенные методы не работают, потому что нельзя изменить его поведение, не повлияв сперва на семейную ситуацию. Именно в этих случаях помощь семейного психолога неоценима, так как он может изменить семейную систему, выявить и скорректировать ту проблему в отношениях, которая привела ребёнка к необходимости плохо себя вести. Кроме того, все эти методы целесообразно дополнить техниками саморегуляции.

**– Какие из техник саморегуляции вы считаете самыми эффективными?**

– Очень хорош метод психической саморегуляции с помощью мысленной настройки на желаемое состояние на фоне мышечного расслабления. Основу тренингов составляет аутогенная тренировка в её модификации, предложенной отечественными специалистами В.Лобзиным и М.Решетниковым и получившей название «комплексная методика психофизиологической и личностной саморегуляции», а также техника «прогрессивной мышечной релаксации» американского врача Э.Джейкобсона. Дети могут заниматься по этой методике с 9 лет. Вероятно, вы слышали про театрально-психологический проект «Театр на матрасе», который даёт возможность любому желающему проявлять себя искренне в обществе других людей, быть самим собой. Это театр спонтанного выражения собственных впечатлений, настроений, эмоций, чувств. Истории оживают на сцене и ведут нас за собой. Обыденное становится волшебным, фантазии меняют цвета. Но как в любой игре, в театре игры есть правила. Они позволяют чувствовать себя спокойно и уверенно в любой ситуации – стоит только научиться. И тогда уходят зажимы, развивается интуиция, появляется чувство уверенности и свободы, совершенствуется умение управлять эмоциями, расширяется поведенческий репертуар, публичные выступления начинают приносить радость, харизма и личное обаяние начинают доставлять удовольствие вам самим и окружающим.

**– Это очень заманчиво и для детей, и для взрослых! Сами того не ведая, все мы в детстве прошли так называемую песочную терапию…**

– Мы активно практикуем этот метод. Ведь он позволяет ребёнку решить свои психологические проблемы, избавиться от психотравмирующих переживаний, снизить уровень тревоги, стать более уверенным в себе, разобраться в своих отношениях с окружающими. Посещая занятия песочной терапией, ребёнок в безопасном и свободном пространстве песочницы может выразить себя и разобраться в своих не всегда понятных и часто тревожащих его переживаниях, превратив свой жизненный опыт в зримые и осязаемые образы. Сам песок – прекрасный материал, работа с которым способствует умиротворению. Психолог, работающий с ребёнком, оказывает ему поддержку, способствует максимальному снятию блоков и высвобождению внутренних психологических ресурсов маленькой личности. В процессе песочной терапии уменьшаются проявления консерватизма – ребёнок начинает пробовать новую еду, одевать новую одежду, происходит стимуляция речевой активности, что особенно важно для неговорящих детей.

**– Ещё есть такая распространённая проблема, как синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). Возможно как-то с ней бороться?**

– Это, надо сказать, специфический вид коррекционной работы, направленный на повышение возможностей головного мозга в управлении поведением и познавательной деятельностью. Благодаря различным двигательным упражнениям, направленным на улучшение регуляции мышечного тонуса, возможностей управления дыханием, контроля равновесия, точности и координации движений, осуществляется стимуляция глубинных структур головного мозга и тех отделов коры, которые принимают участие в обеспечении разных видов чувствительности и необходимы для правильного осуществления замыслов. За счёт этого дети становятся более внимательными, ловкими и начинают достигать успехов в обучении. Проведения сенсомоторной коррекции также требуют минимальная мозговая дисфункция, задержка психомоторного развития, двигательная неловкость, трудности обучения, повышенная утомляемость. Но надо сразу оговориться, что оптимальный возраст ребёнка для проведения занятий – от 5 до 9 лет.

**– А правда, что с вашими маленькими пациентами занимаются даже лекторы-искусствоведы Государственного музея изобразительных искусств им. А.С.Пушкина?**

– Да, на групповых занятиях дети знакомятся с пространством Пушкинского музея, после чего в мастерской создают свои маленькие шедевры, на которые их вдохновил музей. В конце каждого занятия в мастерской дети делают выставку своих рисунков и обсуждают свои работы. У каждого есть возможность высказаться, показать себя перед другими, получить возможность быть принятыми, понятыми и поддержанными. С одной стороны, это психотерапевтический метод, позволяющий раскрепостить ребёнка, снизить социальную тревогу, почувствовать уверенность в себе, обнаружить в себе способность создавать что-то интересное. С другой стороны, это подход, развивающий такие аспекты познавательной деятельности, как зрительное восприятие и зрительное внимание, фантазия и воображение, а также возможности управления своей рукой. А зачем ребёнку в наш век логики и анализа зрительное восприятие и воображение? Без этого невозможно иметь дело с абстрактными понятиями, понимать скрытые смыслы, метафоры, а следовательно, осваивать различные научные дисциплины. Наконец, чувство юмора требует хорошего воображения.

**– Александр Павлович, мне понятно, что ваше лечение детей можно объединить в одну методику – «методику любви».**

– Похоже, это действительно так. Что подтверждает проверенную жизнью истину: без любви ни одно благородное дело не делается…

Москва.

Осторожно!

# MERSкая напасть

## На Южную Корею наступает коронавирус ближневосточного респираторного синдрома

**За новым вызовом человечеству в виде лихорадки Эбола мы успели подзабыть о прежних жизнеугрожающих инфекционных заболеваниях. Достаточно вспомнить вирус SARS, ставший возбудителем «атипичной пневмонии», «свиной», «птичий» грипп... Совсем недавно они занимали первые полосы таблоидов, сводками с «полей боёв» с ними начинались выпуски новостей крупнейших мировых информагентств.**

### Новая смертельная опасность

И вот в конце весны весь мир вновь заговорил о коронавирусе ближневосточного респираторного синдрома (БВРС-КоВ). На этот раз он поразил Южную Корею, посеяв среди её жителей тревогу, страх, а порой и панику. Первый случай заболевания БВРС-КоВ на территории Южной Кореи был зафиксирован 21 мая 2015 г. Установлено, что вирус, который распространяется воздушно-капельным путём, был занесён южнокорейцем, вернувшимся с Ближнего Востока (правда, по другой версии – гражданином одного из государств Ближнего Востока). На данный момент общее количество заражённых смертельно опасным коронавирусом достигло около сотни человек, число жертв – 7.

Развивается заболевание как обычная респираторная инфекция, сопровождаемая лихорадкой, кашлем, пневмонией, но стремительно приобретает тяжёлое течение, поражая лёгкие.

Является резервуаром вируса какое-либо животное? Каким (быть может, пока не изученным) путём вирус способен передаваться от человека к человеку? Ответы на эти и другие вопросы учёным предстоит отыскать в самое ближайшее время.

### Под надзором ВОЗ

В соответствии с Международными медико-санитарными правилами во Всемирную организацию здравоохранения стекается информация о спорадических случаях инфицирования этим коронавирусом. До 2012 г. данный штамм у человека не выявлялся. Определение полной последовательности генома вируса показало, что он принадлежит к новому виду коронавирусов рода Betacoronavirus, который отличается от других известных вирусов и коронавирусов, вызывающих тяжёлый острый респираторный синдром (ТОРС).

В 2013 г. группа изучения коронавирусов Международного комитета по таксономии вирусов приняла решение присвоить новому вирусу название Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV), или коронавирус ближневосточного респираторного синдрома. Так он наименован вследствие того, что выявлен как возбудитель респираторных инфекций на Ближнем Востоке. Первая его жертва зарегистрирована в июне 2012 г. Это был мужчина из Саудовской Аравии, который вскоре умер от острой пневмонии и почечной недостаточности.

Сразу после подтверждения факта выявления нового коронавируса ВОЗ немедленно оповестила об этом все государства-члены, взяв на себя координацию ответных мер, а также предоставив необходимые рекомендации органам и специализированным учреждениям здравоохранения. В сотрудничестве с Европейским центром профилактики и контроля заболеваний (ECDC) Европейское региональное бюро ВОЗ оперативно провело обзор лабораторных мощностей в государствах-членах и определило сеть лабораторий, которые могут проводить экспертизу по коронавирусам для тех стран, где такие мощности отсутствуют.

Коронавирусы – это большое семейство РНК-содержащих вирусов, способных инфицировать человека и ряд видов животных. В настоящее время известно о циркуляции среди людей 4 коронавирусов, которые, как правило, вызывают заболевания верхних дыхательных путей – от лёгких до средней тяжести.

Поскольку источник вируса и способы его передачи остаются недостаточно изученными, это заставило главу ВОЗ Маргарет Чен в 2013 г. назвать новый коронавирус главной глобальной угрозой человечеству. Между тем последние научные исследования показали, что MERS-CoV пока имеет низкие шансы вызвать пандемию.

### Реальна ли угроза?

Учёные видят свою задачу в том, чтобы как можно скорее найти защиту, ведь время не ждёт, а число жертв коронавируса MERS-CoV продолжает увеличиваться.

По данным ВОЗ, на сегодня общее количество лабораторно подтверждённых случаев инфицирования MERS-CoV в мире составляет свыше 1200, включая 431 смертельный. Помимо Южной Кореи распространение болезни затронуло страны Ближнего Востока – Саудовскую Аравию, Иорданию, Катар, Объединённые Арабские Эмираты, страны Европы – Германию, Великобританию, Италию, Францию, а также Тунис, куда вирус завезён туристами или паломниками.

Считается, что, возможно, росту распространения вируса способствовали паломники, прибывающие в Саудовскую Аравию в связи с наступлением священного месяца Рамадан и традиционным хаджем в Мекку и Медину. Для недопущения этого власти Саудовской Аравии обращались к мусульманам с просьбой носить защитные маски в людных местах, тщательно соблюдать правила личной гигиены, сделать перед поездкой необходимые прививки. Пожилым людям с ослабленным иммунитетом и вовсе было рекомендовано воздержаться от поездок в этот регион.

### Жители трепещут

В Южной Корее продолжается рост количества заражённых коронавирусом MERS. Только на днях болезнь унесла жизни 2 пациентов, и вот... уже 7 летальных исходов. Подтверждено распространение вируса в тех частях страны, которые считались ранее «свободными» от инфекции.

Пока представитель Минздрава Южной Кореи проводил очередной брифинг, на котором обнародовал новую статистику по распространению вируса, было подтверждено заболевание ещё у одного инфицированного в Сувоне, а одновременно сообщено ещё об одном умершем, которым стал пациент в возрасте более 70 лет. Все погибшие – это люди преклонного возраста, которые ослаблены другими заболеваниями, а потому им была опасна любая простуда.

Последним на данный момент заразившимся стал школьник, хотя до этого считалось, что дети и подростки невосприимчивы к этому заболеванию. Это встревожило специалистов, которые всё больше опасаются, что ситуация может приобрести характер эпидемии.

Сейчас в Южной Корее количество тех, у кого есть симптомы болезни, – 770. Карантинные меры предписаны почти 2 тыс. человек, которые контактировали с больными, при этом 1636 человек находятся на карантине в домашних условиях. С другой стороны, существенно возросла численность тех, кого «сняли с карантина», – 221 человек. Население опасается заразиться в больницах, ведь таких случаев немало. А ещё люди как от чумы бегут от тех, кому проводились карантинные мероприятия, и требуют, чтобы они не появлялись в общественных местах.

Большую шумиху в СМИ вызвало заявление мэрии Сеула и мэра Пак Вон Суна, что один из врачей, который оказался заражённым, контактировал более чем с 1,5 тыс. человек, приняв участие в нескольких массовых мероприятиях. Правда, вскоре это сообщение публично опроверг министр здравоохранения, подчеркнув, что данные преувеличены. В итоге Минздрав и столичные власти устроили своего рода перепалку, обвиняя друг друга в предоставлении недостоверной информации.

Тревогу посеяла информация, что вирус MERS проник в вооружённые силы. Факт заболевания подтверждён у корейского офицера, который служит на базе ВВС США в Осане. Кроме того, выявлены симптомы и у офицера-женщины ВМС Южной Кореи. В этой связи несколько сотен военнослужащих, контактировавших с заражёнными, помещены в карантин.

Подобные сообщения, вкупе с самым пристальным освещением их в местных и международных СМИ, продолжают провоцировать панические настроения, а также самые невероятные слухи. Коронавирус MERS стал главным поставщиком новостей для местных СМИ и уже в определённой степени сказывается на жизни корейцев. Так, только 5 июня в стране из-за вируса временно прекратили работу 1317 учебных заведений – детских садов, школ и вузов. Во многих регионах отменяют массовые мероприятия, на улицах гораздо больше людей в масках.

Эксперты призывают относиться к новой инфекции спокойно, обращая внимание на соблюдение мер, необходимых при эпидемии «обычного» гриппа – тщательно мыть руки, по возможности избегать скопления людей, следить за иммунитетом и т.д.

«Тщательно мыть руки» – это, конечно, всегда полезно. Вот только насколько эффективно уберегает от беды? К огорчению, более достойных мер защиты в виде вакцины и лекарств от коронавируса пока не существует.

БВРС-КоВ охватил 23 страны мира, причём в 40% случаев болезнь завершается летальным исходом. Кто станет следующим? И по зубам ли коронавирусу Россия?

**Александр ИВАНОВ,**
**обозреватель «МГ».**

**Срочно требуется врач-дерматовенеролог для работы в г. Черемхово Иркутской области.**

**Предоставляются:** *заработная плата 50 тыс. руб., квартира, место в дошкольном учреждении.*

E-mail: **v.kuzmina@venera.irk.ru,**
тел. **(3952) 792-422.**

**ФГБУЗ ЦМСЧ № 120 ФМБА России требуются терапевт стационара и терапевт участковый.**

**Предоставляются:** *служебная квартира, гарантии, компенсации, связанные с переездом из другого региона и работой в районе Крайнего Севера.*

Тел. **(81530) 60-607.** E-mail: **ok@cmsch120.ru**

**ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава России объявляет конкурс на замещение вакантных должностей:**

– руководителя отдела пластической хирургии и глазного протезирования
– научного сотрудника отдела офтальмоонкологии и радиологии.

*К конкурсу приглашаются лица, проживающие в Москве и Московской области.*

Наш адрес: **ул. Садовая-Черногрязская, 14/19, Москва 105062.**

Исследования

# Съедобные медикаменты

**Греческие исследователи из Университета Харокопио в Афинах установили, что средиземноморская диета, в которую входят свежие фрукты, овощи, цельнозерновые продукты, орехи, бобовые, оливковое масло, рыба и вино, защищает от развития сердечно-сосудистых недугов на целых 47%.**

В течение 10 лет специалисты наблюдали за 2,5 тыс. греков в возрасте от 18 до 89 лет. Участники исследования заполнили анкеты, отвечая на вопросы о здоровье и питании с 2001 по 2012 гг. Оказалось, что почти каждый пятый мужчина и 12% женщин получили диагноз сердечно-сосудистой патологии или умерли от инсульта или инфаркта миокарда.

Рацион участников эксперимента специалисты оценивали по шкале от 1 до 55 (учитывалась частота и объёмы потребления 11 пищевых групп). Если человек попадал в верхнюю треть по продуктам, входящим в средиземноморскую диету, то риск болезни сердца был снижен на 47%. Каждый дополнительный балл, приближающий рацион к идеальной средиземноморской диете, давал 3%-ное снижение риска болезни сердца.

Оказалось, в целом женщины в большей степени склонялись к диете, которая предотвращает развитие сахарного диабета, гипертонической болезни, ожирения. Учёные также отметили, что средиземноморская диета одинаково полезна для представителей обоих полов.

**Яков ЯНОВСКИЙ.**

**По материалам medicinform.net.**

Здоровая жизнь

# Антитабак крепчает

## Изъяли ребёнка из семьи курильщика

**В графстве Хамберсайд на севере Англии двухлетнего мальчика отдали на усыновление из-за того, что он жил в доме, пропитанном запахом дыма от сигарет. Главным основанием для изъятия ребёнка из семьи стала обеспокоенность властей за его здоровье.**

По словам представительницы социальных служб, давшей показания в суде, помещение было так прокурено, что ей стало трудно дышать. Патронажная медсестра Джулия Аллен рассказала, что такого «прокоптившегося дома» не видела никогда за все годы работы. На заседании суда также прозвучало, что вещи и игрушки ребёнка были пропитаны запахом сигарет.

Судья Луиза Пембертон вынесла решение отдать ребёнка на усыновление в другую семью. «Боюсь, что все перечисленные факты заставляют меня принять неизбежное и трудное решение. Если ребёнок останется со своими родителями, ему будет угрожать слишком серьёзная опасность. Единственным выходом остаётся лишение родительских прав и передача мальчика в другую семью на усыновление», – заключила судья.

В настоящее время курение в общественных местах уже запрещено по всей стране, однако Британская медицинская ассоциация пришла к выводу, что этот запрет следует распространить и на автомобили. По словам специалистов, концентрация токсинов в машине может в 23 раза превышать содержание вредных веществ в прокуренном баре.

Однако межпартийная парламентская группа по вопросам курения и здравоохранения назвала призывы к немедленному запрету «контрпродуктивными», поскольку общество нужно сначала подготовить к такому шагу. Политики отметили, что поддерживать такой запрет будет весьма сложно.

В некоторых провинциях Канады, штатах США и Австралии и во всей Южной Африке есть закон, запрещающий курение в автомобиле, если там находятся дети.

### Между тем

В России энтузиасты борьбы с курением объявили в первую годовщину вступления в силу основной части запретов на табак, что благодаря этим запретам за 12 месяцев бросили курить 6,4 млн человек.

«Закон оказался достаточно успешным. Падение продаж сигарет (в штуках) за 2014 г. – от 8 до 10%, на 16% снизилось курение среди населения», – указывает депутат Госдумы РФ Николай Герасименко.

Противники тотальной борьбы с курением считают это абсолютно нереальной цифрой. Глава Общероссийского движения за права курильщиков Андрей Лоскутов считает, что число бросивших курить за такой короткий срок просто не может быть столь огромным. «Если смотреть на международный опыт, то сокращение в 1% достигается годами. Это абсолютно нереальная цифра», – сказал А.Лоскутов.

Выпуск действительно сократился, но растёт доля нелегальных сигарет – из Казахстана, Белоруссии. Последняя производит 30 с небольшим миллиардов сигарет в год, а выкуривает 15 млрд, остальное идёт к нам, уверяет А.Лоскутов.

**Юрий БОРИСОВ.**
**По информации BBC.**

Исследования

# Не по зубам

**Крупное международное исследование показало, что более 2,4 млрд населения земного шара оставляют кариес без лечения.**

Эксперты обеспокоены таким количеством людей, пренебрегающих здоровьем зубов, несмотря на то, что многим известны способы борьбы и предотвращения заболевания. Специалисты предупреждают, что разрушение зубов может вызвать сильную боль, инфекции и проблемы с ростом у детей.

Анализ данных показал, что кариес не только детская проблема. Среди взрослых многие люди также не обращаются вовремя к стоматологу и пренебрегают гигиеной полости рта. Кариес возникает, когда кислоты в полости рта растворяют внешние слои зубов. Если его не лечить, это может привести к таким проблемам, как заболевания дёсен, абсцессы. Очень важно для общего здоровья поддерживать полость рта и зубы здоровыми, подчеркнули исследователи.

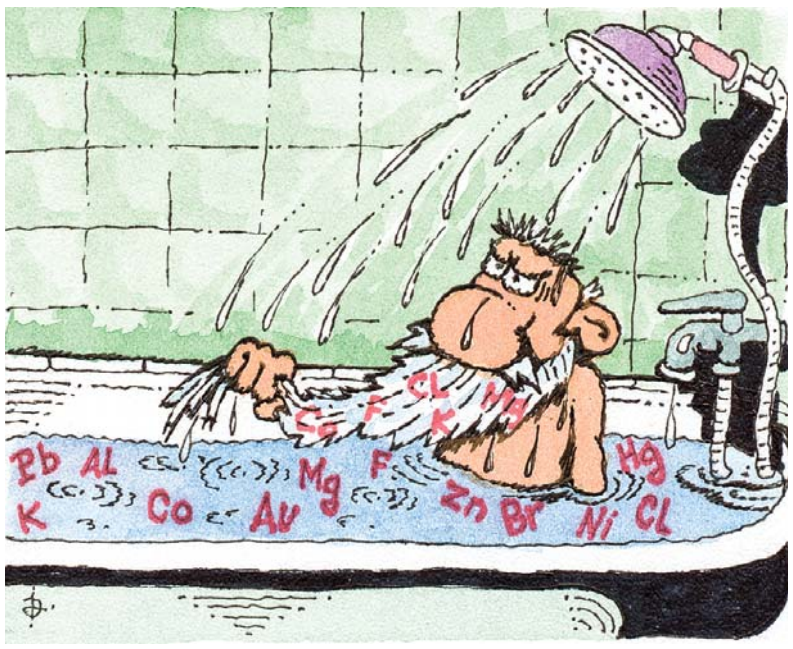
Результаты были получены путём анализа данных 378 исследований, в которых приняли участие в общей сложности более 4,7 млн людей за 20-летний период – с 1990 по 2010 г.

**Ян РИЦКИЙ.**
**По информации medicinform.net.**

Осторожно!

# Обитель микробов

**Новое исследование может стать толчком для мужчин бриться чаще. Оказывается, в бороде может быть больше грязи и бактерий, чем в туалете, обнаружили американские учёные.**




Исследователи изучили уровень загрязнённости бород у группы добровольцев. Оказалось, что у некоторых любителей растительности на лице этот уровень был в норме. Однако у других он просто зашкаливал и был сопоставим с поверхностями общественных туалетов.

Учёные встревожились такой тенденции. Они напомнили, что необходимо регулярно мыть руки, лицо, а также бороду или усы, если они есть. Кроме того, специалисты рекомендуют минимизировать касания лица руками, так как на них часто содержится высокий процент бактерий.

**Марк ВИНТЕР.**
**По информации medicinform.net.**

Они о нас

# Держи карман шире

## «Легче заплатить, чем тратить нервы»

**С прошлого года идёт масштабная оптимизация российских больниц и поликлиник. Российские власти хотят снизить расходы на медицину, но чем реформа обернулась для врачей и их пациентов, судят немецкие коллеги.**

### Типичная ситуация

Москвичка Елена Соломихина в начале апреля родила дочь. Семья Елены зарабатывает немного, поэтому во время беременности она пользовалась услугами государственной женской консультации, а не коммерческой клиники. «Специалисты там опытные. Никаких претензий к ним у меня нет», – делится впечатлениями молодая мама. Но проблемы возникли с ультразвуковым исследованием плода.

По медицинским нормативам УЗИ необходимо делать хотя бы раз в триместр. «Только один раз удалось попасть на обследование бесплатно. Истрепала все нервы. Говорят, не хватает специалистов», – вспоминает Елена. Два раза она оплатила обследование сама, причём в той же самой государственной организации. Это позволило не ждать месяц или более – а именно такие теперь в Москве очереди на обследование плода. «Отдала по 1,5 тыс. руб. за каждое УЗИ. Легче заплатить эти деньги, чем тратить время и силы на бесплатное обследование. Во время беременности и так проблем хватает», – сетует Елена.

– Сегодня это типичная ситуация, – комментирует случай Елены врач московской поликлиники № 5 Анна Землянухина. – Сейчас действительно стало очень трудно записать пациента на УЗИ. Не хватает специалистов. Кого-то сократили, а кто-то сам уволился. К тому же после укрупнения медучреждений к нам приходят пациенты и из других мест, – пояснила врач. По её словам, более сложного обследования приходится ждать и дольше. Например, среднее время ожидания магнитно-резонансной томографии – 3 месяца. Причём бесплатно такое обследование можно пройти только по очень серьёзным показаниям. Например, при подозрении на онкологию. В каждой государственной поликлинике есть прейскурант платных обследований. УЗИ плода – 1,2-2,8 тыс. руб., компьютерная томография головного мозга – 2,5-4 тыс. руб., МРТ головного мозга – около 4 тыс. руб. В регионах цены несколько ниже. Например, в Петрозаводске УЗИ без очереди обойдётся в 800 руб., а МРТ головного мозга – в 3 тыс. руб.

### Никто не хочет работать в поликлинике

В 2014 г. по Москве сократили 6 тыс. врачей в стационарах. Предполагалось, что какая-то часть из них пойдёт работать в поликлиники. Но этого не произошло. В поликлиниках очень тяжёлые условия работы, время приёма одного пациента сегодня в среднем составляет 12 минут. У врачей бывает по 50-60 пациентов за день. Они выматываются до предела.

– В московские поликлиники сейчас в основном набирают приезжих, часто даже не из России, а, например, из Средней Азии. Нет уверенности, что их образование соответствует современным российским требованиям. Власти пекутся только о нормативах, – утверждает врач-невролог Семён Гальперин.

В результате реформы ему пришлось сменить специальность – теперь он работает не неврологом, а физиотерапевтом. «По планам реформы лечебный процесс должны брать на себя больше амбулатории, нежели стационары. Но в амбулаториях нет ни базы, ни опытного персонала. К нам в больницу приходят пациенты и жалуются, что к узким специалистам надо ждать приёма месяцами», – рассказывает С.Гальперин.

### Платим больше, умираем чаще

Проблему признали даже некоторые органы власти. В апреле Счётная палата РФ провела промежуточную оценку проводимой реформы здравоохранения. Она показала, что в 2014 г. отмечен рост числа умерших в стационарах на 3,7%. А 17,5 тыс. населённых пунктов остались без медицинской инфраструктуры. Реформа проходит в рамках выполнения майских указов Владимира Путина, пообещавшего довести зарплаты врачей до 200% от средней в регионе, а медперсонала – до 100%.

Однако на практике проводимая оптимизация позволила увеличить фонд оплаты труда медицинских работников лишь на 3,28 млрд руб., то есть всего на полпроцента от его общего объёма. Счётная палата констатировала, что зарплаты медиков выросли не за счёт увеличения оклада, а из-за роста рабочей нагрузки. Вместо положенных 8 часов российский врач сегодня работает 12 часов и более. Счётная палата также отмечает, что на фоне реформы объём платных медицинских услуг в 2014 г. вырос на четверть.

### Кстати

Доля расходов на здравоохранение в 2013 г. составляла 4%, в 2014 г. она сократится до 3,4%, а в 2015 и 2016 гг. – до 2,7 и 2,6% соответственно. По отношению к объёму ВВП показатели также снижаются: 0,8% в 2013 г., 0,6% – в 2014 г., 0,5% – в последующие 2 года.

В профильном комитете Госдумы РФ обращают внимание на то, что «доля расходов на здравоохранение и образование в процентах к ВВП в Российской Федерации ниже, чем в некоторых странах СНГ – таких, как Украина, Белоруссия и даже Молдавия».

**Юрий БЛИЕВ,**
**обозреватель «МГ».**
**По информации Deutsche Welle.**

Болезни великих

# Метроном-демиург

## Музыка помогла немецкому дирижёру и композитору Отто Клемпереру, родившемуся 130 лет назад, победить психическую болезнь

**Отто Клемперер страдал циклотимией (некоторые исследователи, впрочем, полагают, что речь может идти даже о маниакально-депрессивном психозе, ибо уровень выраженности симптомов у маэстро часто превышал относительно невысокую амплитуду, свойственную циклотимии), которая во время маниакальных фаз заставляла его метаться из стороны в сторону, принимать противоречивые и необдуманные решения, а в фазах депрессивных подводила к аутодеструктивным барьерам, за которыми начиналось разрушение личности. В период мании Клемперера охватывало необузданное сексуальное влечение – сатириазис: дирижёр мог преследовать любую женщину, неосторожно оказавшуюся поблизости, уезжать на гастроли с чужими жёнами, вступать в необдуманные связи со светскими дамами и барышнями полусвета. Как-то дочь дирижёра принесла ему поднос с завтраком, обнаружила в его постели молодую женщину. «Это моя дочь Лотта, – буркнул Клемперер, – а вы – как вы сказали, вас зовут»...**

### Музыка как лекарство

Музыка была единственным средством, способным влиять на эмоциональные пики Клемперера, стабилизируя маятник его настроения, превращая ускоренный или замедленный пульс в ритм метронома, мерно отсчитывающего эталонный темп. Территория музыкального текста была для дирижёра сакральной и не пропускала внутрь никаких эмоциональных девиаций, невзирая даже на клинические обстоятельства и реалии. Более того, Клемперер нередко предпочитал несколько замедленные темпы исполнения (снижая их по мере того, как становился старше), считая, что это обогащает саунд оркестра, способствуя особой величественности стиля, столь важной для музыки немецких композиторов, которой он дирижировал особенно часто. Именно эти интерпретации составили его дирижёрскую славу.

Фамилия дирижёра переводится с идиш как «служитель синагоги». В обязанности Клемперера входило пробуждение евреев к утренней молитве. Он стучал в их окна, призывая в дом собрания. Еврейское происхождение во многом предопределило судьбу дирижёра, хотя он пытался изменить трассу фатума, когда в 1919 г., возможно по совету Г.Малера, с которым сблизился ещё в 1905 г., принял христианство. В 1907 г. Малер рекомендовал Клемперера на место руководителя оркестра театра Праги. Эту рекомендацию, написанную на небольшой карточке, маэстро хранил всю жизнь. Малер знал, что в Австро-Венгрии иудей не может рассчитывать на карьеру, в том числе и музыкальную, в связи с чем сам совершил обряд крещения, впоследствии став главным дирижёром театра Вены. Но, может быть, дело и в том, что Клемперер, исполнявший музыку европейских, а следовательно, христианских композиторов, совершил таинство для того, чтобы глубже постичь миропонимание тех людей, чью музыку он исполнял, ход и логику их музыкальной мысли, проникнув, благодаря крещению, вглубь сакральной для него территории?

Известность Клемперера переходила в славу. Президент Германии Гинденбург наградил его медалью Гёте «За вклад в развитие немецкой культуры». Но в 1933 г. дирижёр был уволен из Берлинской государственной оперы. Из-за его интереса к новой музыке пришедшие к власти нацисты считали Клемперера представителем «культур-большевизма». Он был в их списках на особом счету: как еврей и как адепт «дегенеративного искусства», припомнили ему и частые гастроли в СССР. Тогда нацисты, возможно, не знали, что дирижёр мог подвергнуться репрессиям в их системе ценностей ещё и по причине своего психического расстройства. Уже через месяц после того, как Гитлер пришёл к власти, еврею и «культур-большевику» Клемперу пришлось эмигрировать в США. Его имущество было конфисковано, был выдан ордер на арест дирижёра.

### Скитания по Америке

Клемперер был назначен дирижёром Лос-Анджелесского филармонического оркестра. Маэстро было трудно приспособиться к жизни в другой стране. Проблемы усугублялись рецидивами маниакально-депрессивных эпизодов. После концерта дирижёр мог отправиться бродить по ночному городу в поисках приключений. Как-то его нашли в канаве избитым. Многих американцев шокировало поведение знаменитости. Тем не менее мастерство и слава до некоторых пор позволяли «не замечать» клинико-социальные проблемы, сопровождавшие жизнь Клемперера.

Наибольшую известность в США ему принесли интерпретации произведений Бетховена, Брамса, Малера. Но он не был оценён должным образом, что сильно уязвляло мастера. Он надеялся на постоянную работу ведущего дирижёра в Нью-Йорке или Филадельфии. Но в 1936 г. кандидатура Клемперера была отклонена. Его экстравагантность, его поведение, его эмоциональные загулы и заскоки, о которых уже хорошо было известно музыкальному истеблишменту США, не позволили маэстро занять должность. Клемперер гневно писал менеджеру оркестра А.Джадсону: «Это сильнейшая обида, острейшее оскорбление для меня как художника, которое я могу себе представить. Поймите, я не юнец. У меня есть имя, и доброе имя. Нельзя использовать меня в самый сложный сезон и затем выгнать меня. Это повлечёт за собой очень плохие результаты для меня не только в Нью-Йорке, но и во всём мире... Это является абсолютно необоснованным и несправедливым по отношению ко мне решением Филармонического общества».

По окончании летнего сезона 1939 г. у Клемперера была диагностирована опухоль головного мозга размером «с небольшой апельсин». Операция привела к гемипарезу лица и языка, что стало причиной невнятной речи. Речь зашла о неизбежности стационарного лечения, но жена Клемперера отказалась от его госпитализации в психиатрическую больницу; а дирижёр оставил её, заявив о «необходимости получить год свободы». Он перемещался по стране, оставляя за собой огненный след непогашенных счетов и скандалов, спровоцированных обострениями психического расстройства. В 1941 г. маэстро был помещён в больницу, но сбежал оттуда, причём полиция была уведомлена об «опасном и безумном» пациенте. Спустя два дня он был найден в Морристауне, штат Нью-Джерси. Психиатр, осмотревший Клемперера, счёл его «темпераментным и безудержным», но не опасным, и маэстро был отпущен. Но отныне большинство американских оркестров, шокированных его поведением, считало контракт с ним крайне нежелательным – в силу непредсказуемости дирижёра (всё-таки психическое расстройство) и по причине того, что Клемперер «сотрудничал с коммунистами».

Дирижёр превратился в persona non grata не только для большинства серьёзных оркестров США, но и для правительства. При этом правила американских профсоюзов ограничивали его возможность выступать и записываться с европейскими составами. Закономерным итогом стало то, что в 1952 г. ему было отказано в продлении паспорта. Ирония судьбы: и фашисты, и американцы репрессировали Клемперера по причине его весьма иллюзорной связи с «большевиками».

В ноябре 1954 г. Клемперер, не имея ни гроша, ютился в дешёвых отелях Нью-Йорка, когда молодой музыкальный агент Р.Уилфорд рискнул пригласить его провести концерт в Портленде (штат Орегон). Вначале Клемперер отказался от путешествия к побережью Тихого океана, но его уговорила дочь. Это выступление стало переломным моментом в послевоенной судьбе мастера. Клемперер продирижировал VII симфонией Бетховена с удивительной силой, при том, что большинство музыкантов, с которыми он выступал, не исполняло её прежде. Даже их он сумел превратить в демиургов. Но Клемперер больше не хотел оставаться в этой стране, решив вернуться в Европу. В 1954 г. он получил немецкий паспорт.

Новый взлёт карьеры дирижёра случился в том же году: в Лондоне ему было предложено записать несколько произведений Бетховена и Брамса. Бетховенский цикл вызвал столь бурный восторг, что Лондонский совет заказал скульптору Дж.Эпстайну портрет Клемперера для Королевского фестивального холла, где бюст стоит и поныне. В 1959 г. Клемперер стал первым главным дирижёром филармонии Лондона.

Многие считали его жестоким. С музыкантами он часто бывал груб, реже – по-отечески заботлив, порой раздавая сигареты тем, кто ему был симпатичен. Оркестранты его побаивались. Он требовал максимальных усилий, беспрекословного повиновения и был скуп на комплименты. Рассказывали, что когда он однажды сказал «Хорошо!» какому-то оркестранту, удачно исполнившему фразу, ошеломлённые музыканты разразились аплодисментами. Тогда Клемперер рявкнул: «Не настолько хорошо!» Он был тяжёлым человеком. Характер дирижёра неплохо передаёт следующая история: «Доктор Клемперер, – сказал оркестровый администратор в Лос-Анджелесе, – мы стали друзьями, так что отныне я буду звать вас «Отто»». «Вы можете звать, – пробурчал дирижёр, – но я не приду». Частые дисфории превращали общение с ним в испытание терпения собеседника.

### Во имя Веры

В начале 50-х годов Клемперер восторженно приветствовал создание Израиля и захотел выступить с Израильским филармоническим оркестром, но концерт не состоялся, так как с точки зрения этого государства дирижёр был выкрестом, то есть отступником от иудаизма. Тем не менее в 1954 г. он всё-таки выступил с Иерусалимским симфоническим оркестром, став первым дирижёром мирового класса, сотрудничавшим с этим коллективом.

В 1967 г. Клемперер прошёл обряд возвращения в иудаизм. Может быть, ему стало ясно, что язык музыки шире языка религии, ибо религия трактует и интерпретирует, связывает (religare) и укрепляет то, что уже существует, а музыка творит сущности, сама создавая бытие. Музыке неважно, какую религию исповедует исполнитель, значение имеет лишь его убеждённость, то есть вера.

Религия и вера не синонимы, поэтому формальная смена строки в анкете ничего не меняет и не даёт дополнительных преференций в постижении смыслов, возникающих внутри национальных архетипов, национальных языков, которые рождают структуру миров, различных для каждого этноса, и не могущих быть унифицированными ни коммунизмом, ни политкорректностью. Интеграция религий создаёт целостную симфоническую Вселенную, в которой не может не быть Дирижёра, ибо без Него ничего не выйдет, что демонстрирует и фильм Ф.Феллини «Репетиция оркестра», где взбунтовавшиеся музыканты тщетно пытаются заменить руководителя оркестра метрономом.

Метроном – сетка координат в мире, сотворённом Дирижёром. Но приборчик не генерирует бытие, а лишь помогает его поддерживать. И гармония сфер не ведает вероучений, хотя, возможно, внемлет вере. Если религия отвечает на вопросы человека, то вера обещает ответ человечеству.

Возвращение Клемперера в Космос иудаизма не удивляет. Когда язык музыки сфер и общий замысел симфонии стали ясны, дирижёр нашёл время разобраться с такими частностями, как устройство собственной личности. Чаще поступают наоборот. Сказалась стилистика дирижирования маэстро – так же он управлял оркестрами: сначала понять общую концепцию (как устроена симфония мира), затем уточнить детали (в чём состоит смысл жизни-партии). За год до смерти дирижёр принял израильское гражданство.

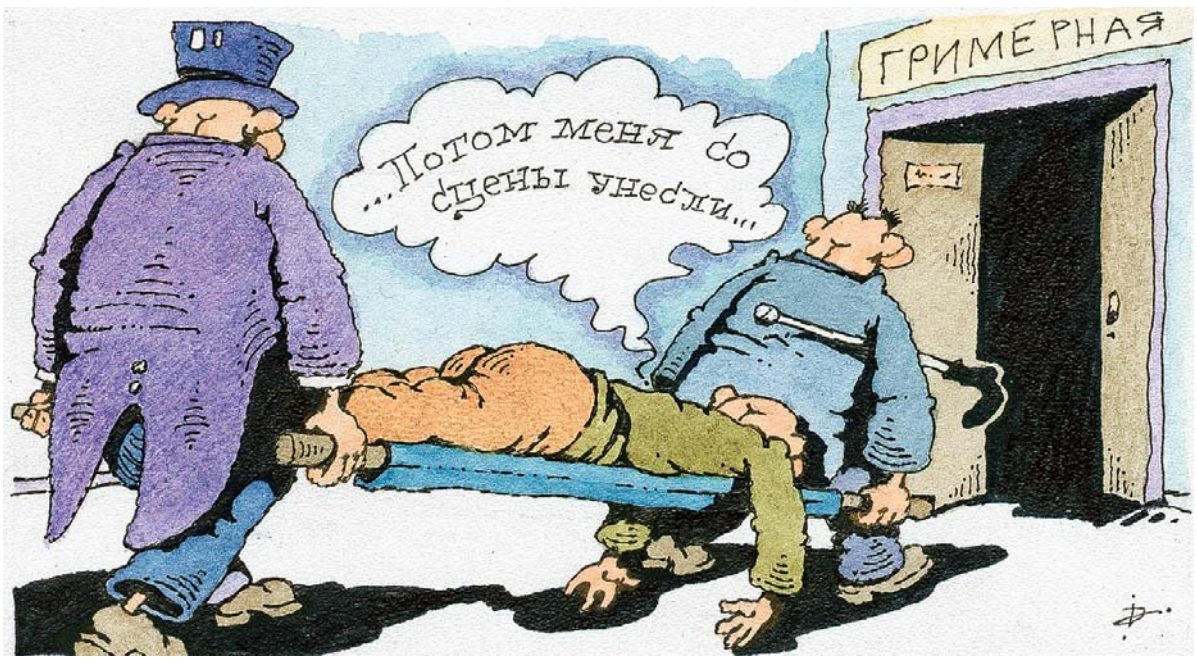
Дирижёрская палочка Клемперера опять стучит в окна иудеев, призывая их в синагогу. Но этот стук внятен и тем, кто не знает ни иврита, ни идиш, тем кто готов услышать язык музыки, структурирующей время и пространство. Этот стук зовёт на молитву не ради религии, но во имя Веры, чтобы «структура языка определяла структуру мира», и «всё стало на свои места, когда сыграют Баха...» Важно вовремя постучать пальцем в окно или дирижёрской палочкой по пюпитру.

И будет Свет.

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

А ещё был случай

# О дяде, гипнозе и обо мне




Не помню уже у кого – у Зощенко, а может быть, у основательно позабытых нынче Ласкина или Ленча читал я когда-то забавный рассказик об эстрадном гипнотизёре. Сам я прежде лично живых гипнотизёров не видел. А также всякие там психологические опыты и таинственные явления человеческой психики. И потому не очень-то верил телевизионным программам про них. Или просто как-то не до того было. Но вот недавно пришлось соприкоснуться. Со всем этим.

Пришёл тогда я после ночного дежурства. А до него, надо сказать, сверхурочные подвалили, не спал, сами понимаете, не одну ночь. И вдруг обнаруживаю я дома стол накрытый и супругу принаряженную. Оказывается, юбилей у нас. Круглая дата. Ровно 22 года совместной жизни. Отметили, конечно. Тем более что сестра моя с мужем и с подарками явилась. Не забыла. А где-то уже под вечер сестрица моя вдруг вспоминает, что дядя её супруга – Григорий пару дней назад звонил. Он, оказывается, в наш санаторий «Горная роза ветров» прибыл на заслуженный отдых и лечение. И сказал он ей, что ноги, мол, уже получше стали, но пока он на них может только стоять, но не ходить. А потому к себе приглашает. Навестить родного ветерана.

– А что, – говорит мой зять Шурик, спутник жизни сестрицы, – это мысль. Двинем прям сейчас к дяде! Хороший он мужик. Надо повидать.

Оставили мы наших дам разделываться с остатками праздничества и двинули.

Через час мы уже были в санатории. Только дядюшки в корпусе не оказалось. В этот вечер как раз санаторскую публику в актовом зале развлекали гипнозом и прочими психологическими опытами.

– Вот и хорошо, – говорит Шурик, – и мы сходим заодно. И дядю повидаем, и гипноз посмотрим! Интересно ведь.

Гипноз этот на открытой эстраде проводился. Мы местечко себе сбоку нашли. Смотрим – мужик во всём чёрном по сцене вышагивает и что-то нудное рассказывает. Как на лекции. Ну, а мы пока осматриваться стали, дядю Шурика искать. Только не успели найти, как слышу я, этот чёрный гипнотизёр желающих на сцену вызывает. Я, благо у прохода сидел, первым и выскочил. Дай, думаю, дядю нашего любимого оттуда высмотрю. Уж если не я его, то он меня непременно узреет и поймёт что к чему. Порадуется, что его навестил любимый родственник. К тому же отдохну там немного. Может, даже посплю под гипнозом под этим. После всех своих сверхурочных.

С этими мыслями я на сцену взобрался и в зал рукой махать начал, чтобы дяде заметнее было, кто это тут объявился. Но гипнотизёр меня пресёк и на стульчик такой матерчатый типа шезлонга усадил. Завалился я в него и не знаю, что уж там говорил этот эстрадник, только заснул я сразу, как-то внезапно, будто провалился куда.

Шурик потом рассказывал, что захрапел я здорово. Да так, что второй подопытный, выскочивший вместе со мной, очень испугался и поддаваться гипнозу отказался.

Я храплю себе, а народ из зала насмешки выкрикивает, мол, подставной я. Мол, всё заранее подготовлено, отрепетировано то есть. И вообще, неплохо бы пятисотенные вернуть. Тем более все видят, что я приказы гипнотизёра не выполняю.

И тут дядя Гриша меня рассмотрел и как зашумит:

– Это как так подставной?! Когда это мой любимый родственник! Почти племянник! Федя!

Но публика вопит:

– Понятно! Все они тут свои, родня даже!

Тогда дядя, не взирая на свои больные, ещё не окрепшие ноги, полез на сцену. Хорошо, Шурик ему помог, иначе гипнотизёр этот сумел бы отбросить натиск дяди в оркестровую яму.

– Давай! – потребовал дядя у гипнотизёра. – Разбуди его! И пусть все убедятся, что это мой родственник, а не твой! И что он явился навестить дядю, потому как давно не виделись!

Гипнотизёр махнул на всё рукой и принялся мне приказывать, чтобы я, значит, проснулся. А ведь сон у меня был не только внушённый, но ещё и свой! Разве же такой двойной сон так сразу победишь? К тому же эстрадник этот растерялся и весь свой психологический опыт позабыл.

– Просыпайтесь! – голосит не своим голосом. – Не хулиганьте! – кричит. – Лезут тут всякие на сцену! Артистическому процессу мешают! А также научным опытам.

А я лишь вздрагиваю от таких его нехороших слов и даже храпеть не перестаю.

Публика хохотом исходит:

– Во дают! – задыхается она от восторга. – Во клоуны что придумали! Прям, сатирики!

Потом меня со сцены унесли. Дядя с Шуриком и с гипнотизёром. В какую-то уборную, то есть, извините, в гримёрную. И гипнотизёр стал лихорадочно колдовать надо мной, так как дядя грозился прокурором. А также старым членским билетом общества «Знание». Потому как его почти самый близкий сейчас родственник стал жертвой шарлатанства и заснул летаргическим сном! И что он скажет его единоутробной сестре?

А гипнотизёр вспоминал про полицию «для таких, которые срывают», но всё-таки старался.

Через полчаса я очнулся. Сам. Когда Шурик сообразил крикнуть мне в ухо, что на смену пора. Так что гипнотизёр пошёл свой сеанс дальше показывать, хотя и попросил нас убираться от греха подальше.

Вот так я этот самый гипноз на себе испытал. И очень даже верю теперь, что он есть. Хотя, конечно, гипнотизёру всё-таки известные теперь и вам обстоятельства помогали.

Да, вот ещё что. Дядя Гриша тоже поверил в него. В гипнотизёра этого. И потом у него от бессонницы подлечился. И очень даже успешно. Тем более что этот гипнотизёр неврологом из их санатория оказался. А на сцене просто пытался компенсировать недостаточность своей заработной платы. Как и я, в смысле сверхурочных...

**Евгений ТАРАСОВ.**
Москва.

## СКАНВОРД

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Гордец | | Столбец в таблице | | | | | | | | | | Страница газеты | Прокатный | | Кормовая трава | | | | |
| Опера Генделя | | Глубокий ум | | Один из Амати | | Древнегреч. математик | | Лосось | | | | | | Брянск, река | | | | | | Касса-ционная | Древнеинд. царь птиц | | Болото | |
| | | | | Заквас-ка для теста | | | | | | 3600 секунд | | Сальбутамол | Дионис | | Монг. трудящийся | Рос. волейболистка | | Пачино | | | | | Согласие | |
| Хепберн | | Склероз, препарат | | | | | | Порт, Франция | | | | | | | Зев, глотка, гортань | | | | | Черно-рабочий, Азия | | | | |
| | | | | Потеря | Щеголь | | | | Город, Омская обл. | Цвет неба | | Шелк. ткань | | | | | | Пропранолол | | | | | | | |
| Сорт яблони | | Увелич. стекло | | | | | "Итальянское ...", Брюллов | | | | | Народ, Колумбия | | Память, компьютер | Трикот. рубашка | | | | | Роман Хаггарда | | | | |
| | | | | | Концерт | | | | | Повесть Аверкиева | | | | | Крик | | | | | | | | | |
| Декокт | | Франц. живописец | | | | | Водосбор | | | | | | Клич | | | | | | | | | | | |
| Автор Валерий Шаршуков | | Буква кириллицы | | | Повреждение тела | | | | | Характер | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | М | А | Ч | О | К | | | Р | | | | | | | | | | Э | | Б | А | Р | Б | У | С |
| | И | | | И | | А | Л | С | У | | | Л | А | К | С | И | Г | А | Л | | О | | | Р | | О |
| | В | Е | Л | Б | И | Н | | В | И | Г | О | | Л | | О | | У | | Е | | В | Я | Л | О | | К |
| | Е | | | И | | А | Л | И | Н | | Д | Е | Л | О | Н | | Н | А | Н | С | Е | Н | | С | Э | Р |
| | П | Л | Ю | С | | П | | Д | А | Т | А | | Е | | Я | Г | О | | | И | | И | З | О | Р | А |
| | Р | | Р | | С | Е | Р | А | | У | | Е | | Ф | | В | | Л | О | М | А | С | | К | И | Т |
| | Е | Р | И | К | А | | И | Н | А | М | | Л | | И | Л | И | | | | | | | | | | |
| | Д | | С | | Г | У | С | И | | А | Д | Е | Л | А | И | Д | А | | | | | | | | | |
| | | | Т | Л | О | | | Е | Р | Н | И | К | | Т | Р | О | К | | | | | | | | | |

*Ответы на сканворд, опубликованный в № 40 от 03.06.2015.*

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

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

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

Дежурный член редколлегии – И.СТЕПАНОВА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
Рекламная служба 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
Отдел изданий и распространения 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

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

Заказ № 15-05-00472
Тираж 31 145 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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

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

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