

# Медицинская

19 августа 2016 г.  
пятница  
№ 62 (7682)

# Газета®

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

## Современные технологии

# Пластика лица на высоком уровне

### Эндоскопические хирурги увеличивают количество операций



У жителей Томской области появилась возможность пройти в отделении челюстно-лицевой хирургии Томской областной клинической больницы малоинвазивное хирургическое лечение по поводу травм и объёмных полостных костных образований в области лицевого скелета, верхнечелюстного синусита, инородных тел в пазухах. Лечебное учреждение приобрело видеоэндоскопическую стойку и набор дополнительного оборудования для данного раздела хирургии.

По словам заведующего отделением кандидата медицинских наук Валерия Митасова, с появлением такого оборудования челюстно-лицевые хирурги ТОКБ могут работать в соответствии с современными мировыми подходами, то есть избегать

#### Выполняется костная пластика

травматичных операций на области лица. В качестве примера томские специалисты приводят выполняемую ранее операцию на верхнечелюстной пазухе – гайморотомию, от которой уже отказались в ряде стран, потому что она приводит к проблемам с носовым дыханием и снижению качества жизни пациента.

Выполнение же костной пластики после гайморотомии было невозможно. Эндоскопическая хирургия исключает возникновение всех этих проблем.

– Приобретение костной мельницы и другого современного оборудования для эндоскопических вмешательств позволяет нам увеличить количество донорских зон и количество выполняемых операций по

пересадке костных аутооттрансплантатов. На сегодняшний день именно этот вид остеопластики является оптимальным: когда пациентам с различными дефектами лицевых костей, после удаления опухолей и травм пересаживаются фрагменты их собственной костной ткани, – продолжает Валерий Митасов. В отделении уже проведены первые операции с выполнением костной пластики. При этом хирурги теперь используют компьютерные методы планирования объёма замещаемых фрагментов костей при новообразованиях и врождённых деформациях челюсти у пациентов.

Елена БУШ,  
соб. корр. «МГ».

Томск.

Александр ДАНИЛОВ,  
директор территориального фонда  
ОМС Воронежской области:

Введение института страховых представителей необходимо для перспективного развития федеральной системы ОМС.

Стр. 5



Борис ПОЛОЖИЙ,  
руководитель отдела ФМИЦ  
психиатрии и наркологии  
им. В.П.Сербского,  
профессор:

Каждый раз после того, как СМИ тиражируют очередной случай подросткового самоубийства, в течение недели мы получаем в разных регионах аналогичные трагедии.

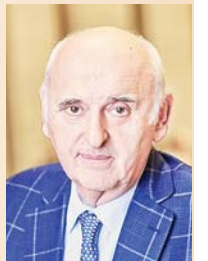
Стр. 6-7



Аркадий ВЁРТКИН,  
заведующий кафедрой терапии,  
клинической фармакологии  
и скорой медицинской  
помощи МГМСУ  
им. А.И.Евдокимова,  
профессор:

Основной задачей медицинского образования на современном этапе является овладение искусством амбулаторного приёма.

Стр. 11



## Проекты

# Перспективы бесплатной медицинской помощи

На федеральном портале нормативных правовых актов опубликован для обсуждения проект постановления Правительства РФ о программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи на 2017 г. и плановый период 2018-2019 гг.

Документ подготовлен Минздравом России и содержит ряд новых положений по сравнению с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 г. Как следует из сопроводительной записки, в новой программе, в частности, конкретизированы структуры, обязанные в досудебном порядке решать проблемы гражданина при нарушении его прав на получение такой помощи.

Закупка препаратов для ВИЧ-терапии и лечения туберкулёза возлагается проектом не на регионы, как в настоящее время, а на федеральный бюджет.

Проект содержит нововведения в области оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара, а также расчёта объёмов оказания бесплатной медпомощи на основе

потребностей населения конкретной территории. «Основываясь на данных медицинской статистики с учётом снижения потребности населения, планируется постепенная оптимизация среднего норматива объёма специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях за счёт бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации» – указывается в записке. На 2017 г. этот норматив составляет 0,018 случая госпитализации на 1 жителя.

С целью обеспечения доступности медицинской помощи и недопущения её снижения для граждан средний норматив этой помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими целями, увеличен по сравнению с 2016 г. и составил 0,7 посещения на 1 жителя.

После общественного обсуждения, которое продлится до 24 августа, проект постановления о программе госгарантий на 2017 г. и плановый период 2018-2019 гг. будет представлен на рассмотрение кабинета министров.

Иван МЕЖГИРСКИЙ,  
МИА Сити!

## Тенденции

# Перинатальный центр сдадут в срок

Курирующая в Правительстве РФ социальные вопросы вице-премьер Ольга Голодец осмотрела строящиеся в Брянской области объекты здравоохранения и провела совещание по вопросам социального развития.

Заместитель председателя Правительства РФ побывала на строительстве перинатального центра в Брянске, которое должно быть

окончено в сентябре 2016 г. «Есть абсолютная уверенность в том, что центр будет сдан в срок, и это будет серьёзным подарком для жителей региона», – отметила О.Голодец. По её словам, «такие условия, такая замечательная инфраструктура родовспоможения, которые мы увидели, даже превосходят некоторые ожидания».

Вице-премьер и губернатор области Александр Богомаз также

приняли участие в церемонии вручения ключей от квартир достигшим совершеннолетия детям-сиротам. «Я желаю, чтобы в этом доме вы смогли создать семью, вырастить своих детей, чтобы они встали на ноги и были счастливы, что у них есть папа и мама», – сказала в ходе церемонии О.Голодец.

Валентия МАЛОВ,  
МИА Сити!



## Новости

### Диетологи — по заявкам

В Минздраве Республики Тыва прошло распределение молодых специалистов, окончивших учёбу в клинической интернатуре и ординатуре. В общей сложности на работу в лечебные учреждения региона отправятся 102 врача: 59 из них откомандированы в поликлиники и больницы Кызыла, 43 – в кожууны. В ведомстве подчёркивают: направление в сельские районы проводилось исключительно на добровольной основе.

Как уточняют в министерстве, городские учреждения здравоохранения больше всего испытывают потребность во фтизиатрах, терапевтах, педиатрах и хирургах. В кожуунных больницах среди врачей всех специальностей наиболее нужны терапевты, анестезиологи-реаниматологи и акушеры-гинекологи. Именно с учётом этих потребностей и велась подготовка интернов и ординаторов.

Кстати, в нынешнем году для здравоохранения Тувы впервые были подготовлены два диетолога. Необходимость в них возникла по результатам прошлой диспансеризации, когда выяснилось, что именно нерациональное питание является фактором риска развития серьёзных заболеваний у значительной части обследованных жителей республики.

Елена ЮРИНА.

Кызыл.

### Развивая реабилитацию

Отделение медицинской реабилитации пациентов с нарушениями функций периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата Волгоградского областного клинического госпиталя ветеранов войн на днях приняло первых пациентов. Оно рассчитано на 20 мест круглосуточного пребывания.

Как пояснила заведующая отделением Юлия Арефьева, у реабилитологов есть всё необходимое медицинское оборудование, в том числе аппараты для роботизированной механотерапии, лазерной терапии и ряд других.

Кроме того, пациенты этого отделения могут посещать зал лечебной физкультуры и водолечебницу. Безусловно, особое внимание уделяется пожилым людям. С ними работают невролог, травматолог-ортопед, врач лечебной физкультуры и массажист.

Основной целью деятельности нашего отделения является максимальное восстановление нарушенных и ослабленных функциональных систем и органов у пациентов по завершении острого периода заболевания или травмы, имеющих перспективы восстановления функций, требующие круглосуточного медицинского наблюдения, применения интенсивных методов лечения и интенсивной реабилитации, – пояснила Ю.Арефьева.

Волгоградский областной клинический госпиталь ветеранов войн рассчитан на 330 коек круглосуточного пребывания, помощь пациентам оказывают в 7 отделениях. В госпитале ежегодно проходят лечение более 7 тыс. ветеранов войн.

Отзывы ветеранов об этом учреждении – самые положительные.

Александр КУЗНЕЦОВ.

Волгоград.

### Праздник на сельской улице

В селе Хлебниково Мари-Турекского района Республики Марий Эл открылась новая врачебная амбулатория.

Её открытие превратилось в настоящий праздник с песнями и танцами для сельчан, которые ждали этого события много лет. Деревянное здание старой амбулатории, где ещё сохранились печи, обветшало и на фоне новостройки, расположенной рядом, выглядит совсем скромно.

В новой амбулатории площадью 423 м² приём ведут зубной врач, педиатр и терапевт. Здесь очень удобные кабинеты для работы и отдыха медперсонала, обслуживающего свыше 5 тыс. человек, из них более 800 детей.

Объект стоимостью более 23,5 млн руб. – единственная врачебная амбулатория, запланированная к сдаче в эксплуатацию в этом году в рамках реализации государственной программы Республики Марий Эл «Развитие здравоохранения». В 2016 г. в Марий Эл уже сданы 2 из 7 ФАПов и 1 из 7 типовых фельдшерских здравпунктов.

Кроме того, в республике за 2 последних года построено 35 фельдшерско-акушерских пунктов.

Ольга БИРЮЧЁВА.

Республика Марий Эл.

### Секс-ловушка

Эпидситуация по ВИЧ-инфекции в Республике Алтай продолжает ухудшаться как по абсолютному числу заболевших, так и по темпам распространения вируса.

За 6 месяцев этого года выявлен 61 новый случай заражения, и это больше, чем за аналогичный период 2015 г. Причём самое тревожное – преобладание полового пути заражения, его доля достигла уже 79%. Данное обстоятельство не внушает оптимизма специалистам республиканского Центра по профилактике и борьбе со СПИДом. Как и то, что будет расти число детей, родившихся от ВИЧ-позитивных женщин. К сегодняшнему дню здесь родилось уже 100 таких малышей, 9 из них – в этом году.

По информации Министерства здравоохранения Республики Алтай, в настоящее время на территории региона проживают 635 граждан с диагнозом «ВИЧ-инфекция». В лидерах районы с наибольшей туристической активностью – Майминский и Чемальский, а также столица Горно-Алтайск.

Елена ШУБИНА.

Горно-Алтайск.

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

## Перемены

# Новый ФАП простаивать не будет

## На Алтае их становится всё больше

Принятый на днях в эксплуатацию новый ФАП в посёлке Лесном стал одним из семи, запланированных к вводу в этом году в Алтайском крае. Здесь запланировано принимать до 15 человек в день, а в целом он рассчитан на обслуживание 1 тыс. населения.

Ранее фельдшерско-акушерский пункт в посёлке отсутствовал, а расстояние до ЦРБ немалое – 25 км. При этом население постоянно увеличивается за счёт строительства домов в самом Лесном и в примыкающих к нему посёлках и дачных товариществах. Здесь также выделены участки для строительства домов многодетным семьям по краевой программе.

– В 2017 г. мы продолжим строительство новых ФАПов, – рассказал на церемонии приёма заместитель губернатора Алтайского края Даниил Бессарабов. Из краевого бюджета в следующем году будут выделены средства на строительство ещё 7 пунктов. Новые медицинские подразделения позволят улучшить качество медицинской



Д.Бессарабов во время приёма ФАПа

помощи сельскому населению региона, а медицинские работники будут трудиться в комфортных условиях.

Он напомнил также, что с целью улучшения оказания первичной медицинской помощи сельскому

населению, в том числе матерям и детям, в крае четвёртый год осуществляется строительство фельдшерско-акушерских пунктов в рамках Федеральной целевой программы «Устойчивое развитие сельских территорий Алтайского края» на 2012-2020 гг.

С 2012 по 2015 г. построено 20 фельдшерско-акушерских пунктов. На это выделено 51,6 млн руб., из них 15,6 млн – из федерального бюджета, 36 млн – из краевого. Кроме того, в 2011-2012 гг. по программе модернизации здравоохранения Алтайского края в регионе провели капитальный ремонт 69 фельдшерско-акушерских пунктов.

Во время своего недавнего визита в Алтайский край министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова подчеркнула, что создание ФАПов – это реальное живое дело, основа системы здравоохранения, которая хорошо развита в Алтайском крае.

Алёна ЖУКОВА,  
спец. корр. «МГ».

Алтайский край.



Одно из зданий новых ФАПов Алтайского края

## Кагры

# Молодые врачи выбирают Приамурье

В Амурской государственной медицинской академии состоялось торжественное вручение дипломов и сертификатов специалиста интернам и ординаторам медицинской академии – выпускникам факультета последипломного образования.

– Праздник по поводу такого события в Амурской ГМА проводится уже во второй раз, – сказала декан факультета Светлана Медведева. – В этом году мы выпускаем 189 интернов и 37 ординаторов. Все они на итоговой государственной аттестации и сертификационном экзамене доказали, что успешно овладели необходимыми профессиональными компетенциями.

Подавляющее большинство выпускников-интернов – более 100 человек – будут работать в медицинских организациях Амурской области. В основном это терапевты (более 60 человек).

Отрадно, что в этом выпуске много педиатров – 29 человек, которые также в большинстве своём будут лечить амурских ребятишек. Среди выпускников-ординаторов больше всего реаниматологов-анестезиологов – специалисты, которые сегодня очень востребованы в амурском здравоохранении.

На церемонию вручения выпускных документов пришли кураторы и руководители по специальностям. Зал был полон, в торжественной и доброжелательной обстановке в адрес выпускников прозвучало немало добрых слов напутствий и поже-



Новых специалистов ждут в амурском здравоохранении

ланий. А первой слово было предоставлено ректору Татьяне Заболотских, которая тепло поздравила молодых врачей с началом профессионального пути, пожелала всем успешной и плодотворной работы на благо людей.

Николай РУДКОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.



Из первых уст

# Премьерская «отмашка» вводу онкоцентра

«Очень хорошим и важным объектом для области» назвал без пяти минут готовый к вводу комплекс зданий онкологического центра в Пскове председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев.

Оценку социальному «новострою» премьер поставил во вторник во время своего визита на Псковщину, одним из пунктов которого стал осмотр помещений единственного в регионе онкоцентра с мощностью 90 коек круглосуточного пребывания.

Начиная с 2012 г., когда инициативой губернатора Андрея Турчака развернулось строительство новых корпусов, а также реконструкция здания стационара бывшей отделенческой больницы на станции Псков ОАО «РЖД», финансовые вложения из федерального и областного «карманов» в новое специализированное лечебное учреждение составили 1,2 млрд руб. Что за 5 лет сделано? Об этом Дмитрию Медведеву рассказали А.Турчак и главный врач Псковского областного онкологического

диспансера Вячеслав Шипаев на совместном обходе здания главного корпуса, где разместились отделения лучевой терапии, клинико-диагностическая лаборатория, поликлиническое отделение, и гамма-терапевтического корпуса, в котором установлен аппарат МРТ и другое «тяжелое» диагностическое оборудование.

Как, в частности, доложил главе кабинета министров РФ руководитель областной онкологической службы, строительные работы на объекте выполнены на 100%, в настоящее время завершается монтаж медицинской техники, а её только на федеральные средства закуплено 72 единицы. «Мы имеем полный цикл диагностики», – заключил В.Шипаев. Премьеру был особо продемонстрирован современный гамма-терапевтический аппарат дистанционного облучения для удаления злокачественных новообразований без травм соседних тканей и повреждения здоровых органов, применение которого доступно в сочетании с химиотерапией.

Сразу после посещения практически готовых к заселению площадей онкологического центра (а его планируется запускать поэтапно, открытие первой очереди намечено на середину сентября) Д.Медведев дал поручение о содействии в передаче онкологической службе области ещё одного здания железнодорожного ведомства, принадлежащего отделенческой поликлинике на станции Псков ОАО «РЖД», но вот уже полтора года «бесхозного».

С вводом в эксплуатацию нового онкологического центра власти Псковщины и медицинские управленцы связывают надежды на повышение выявляемости рака на ранних стадиях от 40 до 70%, а также существенное снижение смертности от онкологических заболеваний. Ныне смертность от злокачественных опухолей занимает среди жителей Псковской области второе место, следуя за сердечно-сосудистой патологией.

Владимир КЛЫШНИКОВ,  
соб. корр. «МГ».

Псков.

Акценты

# Выровнять возможности для всех граждан

Перечень общественно полезных услуг, указ о котором подписал Президент РФ, позволит повысить качество медицинской помощи населению страны, убеждена заместитель председателя Совета Федерации Галина Карелова.

По мнению одного из авторов Федерального закона об общественно полезных некоммерческих организациях (НКО), указ поможет ориентировать региональные власти на развитие инфраструктуры и серьёзно повлиять на качество и уровень доступности социального и медицинского обслуживания для всех граждан России.

Г.Карелова отметила, что сегодня многие люди, особенно пожилые, не могут по месту жительства получить социальные и медицинские услуги в необходимом объёме. «В первую очередь это касается развития сети организаций социальной сферы в сельской местности, где живут в основном пожилые люди. Они, конечно, нуждаются в социальном обслуживании и услугах на дому, помощи в быту, приобретении продуктов питания, нуждаются в услугах медицинского работника – цитирует вице-спи-

кера пресс-служба верней палаты парламента. – Необходимо разработать определённые критерии, которые позволят ориентировать власти субъектов РФ на развитие инфраструктуры, обеспечивающей доступность социальных услуг гражданину вне зависимости от того, где этот гражданин проживает. Это позволит выровнять возможности граждан в получении социального, и прежде всего медицинского, обслуживания».

По словам вице-спикера Совета Федерации, есть регионы с достаточно разветвлённой системой медицинских и социальных учреждений. В то же время есть и такие территории, например, северные регионы, а также внутрирегиональные сельские территории, где у граждан много трудностей с получением таких услуг.

«В большинстве наших регионов сети социальных учреждений уже имеют достаточно высокое развитие, но к этому уровню необходимо «дотянуть» территории, где всё ещё требуется создание тех или иных учреждений для оказания людям социальных и медицинских услуг в достаточном количестве и хорошего качества», – подчеркнула Г.Карелова.

Заместитель председателя Совета Федерации напомнила, что Закон об НКО – исполнительных общественно значимых услуг – вступит в силу с 1 января 2017 г. Однако уже в настоящее время около 200 социально ориентированных НКО в 63 регионах страны уже включены в реестры поставщиков социальных услуг. Там НКО принимают активное участие в их оказании и могут называться поставщиками общественно полезных услуг, полагает парламентарий.

«Можно сказать, что первый опыт есть, и достаточно неплохой. Он позволяет сегодня выявить и возможности НКО, и технологию работы с ними», – заключила вице-спикер Совета Федерации.

Как мы уже сообщали, Президент РФ своим указом утвердил приоритетные направления деятельности в сфере оказания общественно полезных услуг. Правительству России на основании обозначенных направлений в течение 3 месяцев необходимо установить перечень 20 общественно полезных услуг и разработать критерии оценки качества их оказания.

Иван ВЕТЛУТИН.  
МИА Cito!

Официально

# Ведение пациентов со старческой астенией

Минздравом России подготовлены методические рекомендации по ведению пациентов со старческой астенией. Документы, разработанные специалистами Российского геронтологического научно-клинического центра РНИМУ им. Н.И.Пирогова, предназначены для врачей первичного звена.

Важнейшим направлением медицинской помощи в пожилом и старческом возрасте является преду-

преждение прогрессирования старческой астении. В методических рекомендациях рассмотрены вопросы определения, диагностики, лечения и профилактики прогрессирования данного синдрома.

Алгоритм диагностики для врача первичного звена включает опрос пациентов старше 60 лет, который помогает выявить признаки данного заболевания. Результаты пороса определяют необходимость консультации врача-гериятра.

Своевременное выявление стар-

ческой астении позволяет разработать индивидуализированный план ведения для пациента пожилого и старческого возраста, а также максимально продлить долголетие в возможно активной форме.

Представленные материалы могут быть использованы учреждениями здравоохранения и социального ухода для повышения качества ведения пациентов пожилого возраста.

Павел ЛЕОНИДОВ.  
МИА Cito!

Статистика

Граждане России умирают, главным образом, вследствие патологий системы кровообращения, среди которых наиболее распространены ишемическая болезнь сердца и cerebrovasкулярные заболевания. «От внешних причин россияне умирают реже, чем от болезней», – именно такие выводы сделали эксперты одной из крупнейших отечественных страховых компаний, проанализировав статистику смертей в России за прошлый год, а также данные клиентов самой компании.

# Чем мы боеем

Таким образом, в прошлом году в России, по данным Росстата, умерло 458,2 тыс. человек. Наибольшее число летальных случаев произошло из-за болезней системы кровообращения: они унесли жизни 133,7 тыс. граждан. Из них самые распространённые – ишемическая болезнь сердца и cerebrovasкулярные заболевания. От этих заболеваний умерло 62 тыс. и 26,7 тыс. россиян соответственно.

Среди заболеваний на втором месте по причинам смерти стоят злокачественные новообразования: от них в прошлом году в России ушли из жизни 67,4 тыс. человек. Онкологические заболевания были этому причиной у 66,5 тыс. пациентов. От болезней органов пищеварения умерло 42,2 тыс. человек, инфекционных и паразитарных болезней – 27,8 тыс., из них туберкулёз был диагностирован у 10,3 тыс. человек. Вследствие внешних факторов в прошлом году погибло 120,8

тыс. россиян. 18,8 тыс. человек умерли в результате самоубийства, это вдвое больше, чем жертв убийств. Дорожно-транспортные происшествия унесли жизни 13,5 тыс. россиян, более 10 тыс. человек погибли от случайных отравлений алкоголем.

При этом статистика портфеля договоров компании-исследователя почти повторяет картину по всей стране. Наибольшее число летальных исходов у клиентов компании произошло из-за болезней системы кровообращения – 31,8%, онкологические заболевания стали причиной 30,2% смертей, в дорожно-транспортных происшествиях погибли 15,3% граждан, от острых нарушений мозгового кровообращения и неврологических заболеваний – 9,5%, жертвами бытовых травм стали 6,4%, убийств – 6%.

Валентин СТАРОСТИН.

МИА Cito!

Однако

# Профилактика в столице: результаты не радуют



По результатам диспансеризации первой половины нынешнего года, каждый шестой москвич ведёт нездоровый образ жизни – неправильно питается, употребляет алкоголь и курит. Об этом сообщила главный специалист по медицинской профилактике Департамента здравоохранения Москвы, главный научный сотрудник Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины, профессор Нана Погосова.

«При проведении диспансеризации, помимо выявления сформировавшихся заболеваний, мы выявляем факторы, способствующие этим заболеваниям, так называемые факторы риска. Чаще всего у москвичей это нездоровое питание, низкая физическая активность и курение. За 6 месяцев этого года

диспансеризацию прошли уже около 400 тыс. человек, и каждый шестой – 16% – указывал на нездоровое питание и низкую физическую активность. Кроме того, 15% – курильщики, и это серьёзная цифра», – рассказала Н.Погосова.

По её словам, после выявления факторов риска врачи проводят профилактическое консультирование, то есть разъясняют пациентам, какие составляющие образа жизни способствуют развитию заболеваний, значительная часть пациентов направляется в центры здоровья или в кабинеты медицинской профилактики для оказания им помощи по коррекции факторов риска, например, помощи по отказу от курения, консультирования по вопросам питания, физической активности.

Яков ЯНОВСКИЙ.  
МИА Cito!

Москва.



## Проблемы и решения

## С учётом реальных нужд

Как развиваться здравоохранению Ярославской области?

**Инициативы, поступившие от населения региона, обсуждены на заседании Комиссии по здравоохранению и здоровому образу жизни Общественной палаты Ярославской области.**

«Жители области назвали много проблем в сфере здравоохранения и медицинского обслуживания. Как правило, это дорогие лекарства, невозможность попасть к узкому специалисту, недоступность медпомощи в отдалённых районах и прочее. Наша задача – сформулировать эти проблемы в конкретные предложения и по стараться получить федеральную поддержку для их реализации», – настроил всех на конкретную цель председатель палаты Александр Грибов.

Участникам заседания был представлен для обсуждения перечень мер, способных улучшить ситуацию, члены палаты внесли свои предложения.

Так, главный врач Некоузской ЦРБ Лидия Лебедева отметила, что оптимизация здравоохранения, которая сейчас проводится в регионе, должна учесть все риски и принять во внимание особенности отдалённых районов, где штаты не полностью укомплектованы врачами общей практики, есть дефицит хирургов, гинекологов и стоматологов, ощущается нехватка мобильных ФАПов, материально-технической базы. Станислав Белокуров, главный врач ГБУЗ № 9, добавил, что дорожная карта оптимизации здравоохранения должна быть доработана с учётом реальных нужд региона, а при необходимости нужно скорректировать её по количеству сокращаемых коек с привлечением федерального софинансирования.

Многими участниками была озвучена проблема дефицита кадров. Ректор Ярославской государственной медицинской ака-



**Заседание Комиссии по здравоохранению и здоровому образу жизни в самом разгаре**

демии Алексей Павлов предложил внедрить систему целевого приёма для закрытия вакансий в лечебных учреждениях в муниципальных районах области, а также использовать применение социальных и материальных мер поддержки для молодых специалистов, направляемых на работу в сельскую местность.

Члены комиссии обсудили также такие инициативы, поступившие от населения области, как введение специальных акцизов на табачную продукцию, денежные средства от которых пойдут на строительство спортивных комплексов или благоустройство лечебных учреждений, возвращение к всеобщей диспансеризации населения с целью раннего выявления и лечения заболеваний, а также участие семейного врача-терапевта в договорных рамках в системе ОМС, перевод системы здравоохранения на электронную медицинскую карту, разработка и внедрение отечественными предприятиями мобильных модулей ФАП, совершенствование логистики медобслуживания.

Председатель комиссии Мария

Можейко отметила: «Жалобы, поступающие к нам от жителей области, и пути их решения не всегда простые. Сегодня в обсуждении участвовали специалисты, которые реально влияют на развитие и политику здравоохранения. Обсудив актуальные проблемы, мы постараемся дополнительно внести в стратегию развития медицинской отрасли в регионе сформулированные сегодня предложения для улучшения качества здоровья и жизни людей».

Подводя итог дискуссии, А.Грибов сообщил, что все предложения её участников будут направлены в Общественную палату РФ и профильные министерства.

В заседании приняли участие заместитель председателя Комитета Ярославской областной Думы по социальной, демографической политике и здравоохранению Станислав Белокуров, главные врачи ЦРБ, представители Департамента здравоохранения и фармации области, члены общественного совета при департаменте.

Валентин МАЛОВ.  
МИА Сити!

## Особый случай

Для спасения маленького Алихана  
После операции приступы эпилепсии оставили ребёнка

**В Федеральном центре нейрохирургии провели операцию 6-летнему Алихану Таласпай из Петропавловска (Казахстан). С 3 лет ребёнка мучила тяжёлая форма эпилепсии. Его семья преодолела долгий путь по клиникам Казахстана, России и даже Германии, но только в тюменском центре взялись провести сложную операцию. Судьбоносное решение принял главный врач нейроцентра Альберт Суфианов.**

Алихан родился, казалось бы, здоровым ребёнком. Но в 4 месяца местные врачи поставили ему страшный диагноз – эпилепсия. Несмотря на это, в 3 года он уже читал стихи, но болезнь начала прогрессировать, и у ребёнка отказал речевой аппарат.

Как рассказала мама мальчика Дина Жапарова, две поездки в Германию стоили порядка 1 млн 400 тыс. руб., и это только на диагностику и медикаменты. Средства собирали всей областью, для этого даже был проведён благотворительный концерт со звёздами казахстанской эстрады. Однако лучше ребёнку не становилось, а количество припадков

только увеличилось, порой до 70 раз в сутки.

Совершенно случайно родители узнали о Федеральном центре нейрохирургии в Тюмени и незамедлительно обратились туда. «Как только мы поступили в центр, в первый день нас известили, что нужна операция. Нас это шокировало. На протяжении 3 лет, куда только ни ездили, все врачи лишь пожимали плечами», – поделилась она.

За операцию взялся главный врач Федерального центра нейрохирургии, доктор медицинских наук, профессор Альберт Суфианов. Ему ассистировал заведующий нейрохирургическим отделением № 1 Юрий Якимов. «Мы использовали новую технологию: на кончике эндоскопа встроен специальный микрочип, благодаря которому мы можем оперировать даже на самых маленьких участках мозга», – рассказывает А.Суфианов.

Вмешательство длилось 4 часа. Сейчас Алихан стабилен, приступы исчезли, уже видны результаты реабилитации. Как отмечают врачи, после операции у мальчика совершенно другой, осознанный взгляд.

Говоря слова благодарности

докторам центра, мама Алихана старается держаться, но когда вспоминает, как ребёнок страдал, не может сдержать слёз.

Федеральный центр нейрохирургии в Тюмени по праву считается одним из лидеров лечения эпилепсии. Это отмечают коллеги из других городов и стран.

«Учреждение располагает всем необходимым оборудованием для проведения операций любой сложности как взрослым, так и детям с этим диагнозом. Мы постоянно совершенствуемся в техниках, обновляем оборудование, обучаем персонал», – прокомментировал Альберт Суфианов.

Не так давно в тюменском нейроцентре провели уникальную операцию 6-летнему Юре Тимофееву из Красноярска, который тоже страдал эпилепсией. Но его случай был ещё сложнее – у мальчика плюс ко всему была тяжёлая форма гемофилии. Операцию, длившуюся около 8 часов, также провёл нейрохирург высшей категории А.Суфианов. Приступы эпилепсии у мальчика прекратились.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.  
МИА Сити!

Тюмень.

## Проекты

## На ранних стадиях

Онкологический тест для «выборгской стороны»

**Подведены промежуточные итоги пилотного проекта по раннему выявлению колоректального рака в Выборгском районе Санкт-Петербурга. Масштабное мероприятие, что реализуют вместе отдел здравоохранения районной администрации и городской Комитет по здравоохранению при участии Санкт-Петербургского регионального благотворительного общественного фонда «Профилактика рака», стартовало в ноябре минувшего года.**

С тех пор у врачей прошли обследование более 5 тыс. человек из группы риска, куда включены все жители «выборгской стороны» старше 48 лет, при этом у 11 пациентов врачи выявили раковые поражения толстой и прямой кишок на доклинических, ранних стадиях.

Программа «пилота» обязывает врачей поликлиник во время диспансеризации проводить лабораторную, а при необходимости и инструментальную диагностику вышеназванной онкопатологии. Если гемоккульт-тест положительный, то пациент отправляется к хирургу, который назначает дальнейшие исследования, среди них – фиброколоноскопия или ректороманоскопия. В случае подтверждения наличия опухолевого процесса за больного в спешном порядке принимаются специалисты городских онкологических учреждений.

Медицинские управленцы отмечают, что профилактическому скринингу колоректального рака, который, как известно, характеризуется повышенными летальными исходами среди заболевших, нет

альтернативы, и запланированные расходы на его осуществление целиком оправданы. Вместе с тем в свете анализа проделанной работы вырисовались некоторые организационные трудности, связанные, главным образом, с отслеживанием результатов тестов, выполняемых в лечебных учреждениях. Участие в скрининге требует от пациентов дисциплинированности и мало-мальских усилий в прохождении диагностических процедур, однако часты ситуации, когда те не являются по направлению на исследование, или не забирают результаты тестирования для последующей передачи врачу поликлиники.

Чтобы исправить положение, не ставить под угрозу продолжение пилотного проекта в недрах Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга была разработана новая информационная система. С её помощью лечащему врачу теперь не составит сложности проконтролировать своих пациентов на всех этапах диагностического обследования в других ЛПУ: например, напомнить опекаемым посредством СМС-сообщений о необходимости забрать результаты лабораторных анализов либо проконсультироваться у узких специалистов. Скрининговую информационную систему планируется внедрить во всех взрослых поликлиниках Выборгского района Санкт-Петербурга в течение 2 месяцев.

Владимир КЛЫШНИКОВ,  
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

## Тенденции

Новые «скорые»  
на Чукотке

Они будут оснащены самой современной медицинской аппаратурой

**Правительство Чукотского автономного округа закупило 5 автомобилей скорой медицинской помощи, оснащённых самым современным оборудованием. Уже осенью (до конца периода навигации) они поступят на службу 5 больниц региона. Три из них – это медицинские вездеходы ТРЭКОЛ, остальные – УАЗы.**

По словам заместителя губернатора, начальника Департамента социальной политики региона Евгения Подлесного, закупка проходила в соответствии с целесообразностью, максимальной пользой для каждой из больниц, а также в связи с износом предыдущей техники».

Так, например, ТРЭКОЛы поедут в медучреждения, обслуживающие труднодоступные сёла. Машины получат Чукотская окружная больница, Провиденская районная больница и межрайонный медицинский центр (Эгвекино).

В медицинскую «начинку» вездеходов входит такое оборудование, как портативный электрокардиограф с функцией печати на встроенном термопринтере и возможностью передачи ЭКГ в консультационный центр в цифровом формате, аппарат управляемой, вспомогательной и самостоятельной ИВЛ, компрессорный небулайзер (ингалятор). Также в машине есть дефибриллятор-монитор со

встроенным кардиостимулятором, пульсоксиметрией и неинвазивным измерителем артериального давления, различные виды носилок. Помимо этого предусмотрены и наборы для оказания акушерской и реанимационной (взрослым и детям от 6 лет) скорой медицинской помощи.

УАЗы (автомобили скорой медицинской помощи класса А) «заступят» на службу в межрайонный медицинский центр (Билибино) и Чаунскую районную больницу (Певек).

Внутри машин СМП находятся автоматический наружный дефибриллятор с автономным питанием, голосовыми подсказками, наличием взрослых и детских электродов, а также редуктор-ингалятор для проведения кислородно-воздушной и аэрозольной терапии, обеспечивающий подсоединение аппарата ИВЛ.

Ещё в наличии у врачей «скорой» будут портативные транспортный пульсоксиметр в комплекте со взрослым и детским датчиками, экспресс-измеритель концентрации глюкозы в крови с набором тест-полосок, трёхканальный электрокардиограф с автоматическим режимом и многое другое оборудование, необходимое для оказания экстренной медицинской помощи.

Николай РУДКОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Анадырь.



Недавно в «МГ» был опубликован отчёт Федерального фонда обязательного медицинского страхования, отразивший все аспекты его деятельности в 2015 г. Безусловно, в нём суммированы и результаты работы территориальных фондов как единой страховой системы страны. Корреспондент «МГ» Галина ПАПЫРИНА попросила директора территориального фонда ОМС Воронежской области Александра ДАНИЛОВА подвести некоторые итоги за прошедший период и определить вектор развития на будущее.

— Александр Валентинович, начнём разговор с нового звена страховой медицины: за работала ли в регионе служба страховых поверенных? Как это выглядит уже не в теории, а на практике?

— Институт страховых поверенных на территории области начал работу с 1 июля текущего года. Страховые представители осуществляют свою деятельность непосредственно в медицинских организациях (МО).

В обязанности страховых представителей входит: консультативная помощь непосредственно в МО и ответы на обращения застрахованных граждан в контакт-центр фонда, а также при организации госпитализации (страховые поверенные организуют в установленные сроки планомерное прохождение диспансеризации, контролируют своевременное посещение врачей после проведённых обследований); сопровождение при организации госпитализации (страховые представители помогают обеспечить застрахованным гражданам своевременную госпитализацию в профильную МО).

Министерством здравоохранения РФ, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования совместно с представителями страховых медицинских организаций (СМО) разработана «дорожная карта» по организации деятельности страховых поверенных в сфере ОМС, которая включает поэтапную реализацию мероприятий, в том числе создание с 1 июля 2016 г. в территориальных фондах ОМС во всех регионах России контакт-центров для осуществления консультативной помощи застрахованным. ТФОМС и СМО предоставляют информацию о порядке получения гражданами полиса ОМС, выбранной застрахованным гражданином СМО, прикреплении к МО, наборе медицинских услуг, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В дальнейшем с 1 января 2017 г. планируется начало работы страховых представителей второго уровня, в обязанности которых будет входить организация информирования и сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, а также защита прав и законных интересов застрахованных в сфере ОМС. А начиная с января 2018 г. информационное сопровождение застрахованных при организации оказания им медпомощи будет осуществляться в полном объёме при участии квалифицированных врачей — экспертов качества медпомощи.

Вся эта работа уже осуществляется на территории Воронежской области. На данный момент в регионе уже работают 168 подготовленных страховых поверенных, которые ведут работу на всех направлениях. О возможности пройти диспансерное обследование проинформировано 110 585 жителей Воронежской области. Информирование осуществлялось при помощи СМС-рассылок и индивидуального звонка каждому застрахованному.

Фонд осуществляет контроль за деятельностью страховых представителей, руководствуясь в своей работе ежемесячным планом-графиком дежурств страхо-

вых представителей СМО в МО. Ознакомиться с ним можно на главной странице сайта фонда ([www.omsvrn.ru](http://www.omsvrn.ru)).

Хочу обратить внимание читателей, что 1 июня на базе ТФОМС организована работа контакт-центра, в который можно обратиться за информационно-правовой поддержкой по всем вопросам, касающимся получения медицинской помощи в системе ОМС. Связаться со специалистами можно ежедневно по бесплатному федеральному номеру 8-800-775-95-39.

За 2 месяца работы в контакт-центр ТФОМС области поступило

наблюдения за лицами, относящимися к группам риска, и больными с хроническими заболеваниями, а также для выявления риска развития заболеваний на ранних стадиях. Это позволит сократить затраты на оплату медицинской помощи.

— Но работа лечебных учреждений во многом зависит от полноценного финансирования. Что можно сказать о сбалансированности территориальной программы ОМС по расходам и доходам?

— Один из основных принципов формирования территориальной

3 млн обращений застрахованных, поступивших в фонд и страховые медицинские организации начиная с 2013 г., показал, что их структура в нашем регионе практически не отличается от показателей Российской Федерации в целом. При этом обоснованных обращений меньше общероссийских в среднем на 5%. Больше всего вопросов связано с выбором и заменой СМО, выдачей или переоформлением полиса.

Важно отметить, что количество жалоб и их содержание является одним из критериев оценки удовлетворённости людей качеством и культурой оказания медицинской

логия и ортопедия, неонатология, офтальмология и т.д.). Ежегодно увеличивается количество медицинских организаций, работающих в этом направлении. ВМП становится доступнее и максимально приближенной, в том числе и для жителей сельских населённых пунктов. В 2016 г. ВМП оказывают 13 МО, 4 из которых расположены в Воронежской области.

Кроме того, ВМП за счёт средств ОМС жители области получают и в других субъектах РФ, в первую очередь в федеральных клиниках Москвы, Санкт-Петербурга, Тамбова (микрохирургия глаза).

## Ориентиры

# Мостик между пациентом и системой ОМС

## Его уверенно возводят страховые представители



5049 обращений. При помощи операторов контакт-центра всем обратившимся гражданам удалось урегулировать свои вопросы.

В ходе решения спорных ситуаций, возникающих при оказании медпомощи воронежцам, операторы контакт-центра тесно взаимодействуют с уполномоченными должностными лицами МО, представителями СМО, Департаментом здравоохранения Воронежской области и территориальными фондами ОМС других субъектов РФ.

Большое количество воронежцев было проинформировано операторами контакт-центра об их правах и обязанностях в сфере ОМС, обязанностях МО в отношении пациентов, а также о деятельности страховых представителей, призванных сопровождать застрахованных лиц.

— На институт представителей, как видно, вы возлагаете большие надежды...

— Введение такой структуры необходимо для перспективного развития федеральной системы ОМС. С помощью страховых представителей можно лучше организовать информирование и информационное сопровождение при диспансеризации, профилактических осмотрах, диспансерном

программы обязательного медицинского страхования — это сбалансированность объёма медицинской помощи и её финансового обеспечения. На 2016 г. она сформирована в соответствии с базовой программой, утверждённой постановлением Правительства РФ. Субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС в бюджет территориального фонда переданы, исходя из численности застрахованных лиц на 1 апреля 2015 г. (2334,4 тыс. человек) и среднего подушевого норматива финансирования, равного 8438,9 руб. Сумма средств субвенции Федерального фонда ОМС на 2016 г. для Воронежской области составляет 19 699,7 млн руб. Нормативы объёма медицинской помощи на одного застрахованного и нормативы финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС на 2016 г., соответствуют федеральным нормативам по всем условиям её оказания, за исключением стационарной помощи, где превышение составляет 1,55%.

— А часто ли поступают в СМО жалобы на качество медпомощи?

— Проведённый анализ более

помощи. Доля жалоб в структуре обращений составила 0,03%. За указанный период с жалобами обратились около тысячи человек. Обоснованными по результатам экспертных мероприятий была признана только половина.

Жители Воронежской области, как и всё российское общество, определённо нуждаются в повышении правовой грамотности, в целенаправленном информировании о правах застрахованных в системе ОМС и принципах практической их реализации. Поэтому фонд в своей деятельности большое внимание уделяет информационно-разъяснительной работе. Только за прошедший год в рамках информирования о деятельности системы ОМС фондом и СМО были выпущены и распространены различные информационные материалы общим тиражом более 1,5 млн экземпляров; проведено более 2 тыс. выступлений для застрахованных и медицинских работников; оформлены и обновлены более 300 информационных стендов в МО; организовано 8 выступлений на телевидении; опубликовано 15 статей в СМИ.

Особое место в информированности населения уделяется доступности информации по защите прав застрахованных. Проводятся социологические опросы (анкетирование) с целью последующей оценки работы всех участников системы ОМС. Фонд осуществляет мониторинг, на основании которого детально анализируются и систематизируются основные показатели деятельности по защите прав и контролю качества медицинской помощи.

Сегодня российская система здравоохранения настроена на повышение доступности медицинских услуг населению. Но проведённые опросы показали, что проблем здесь ещё немало. Именно среди медицинских работников, организаторов здравоохранения и социологов отмечается повышенный интерес к этим вопросам. Поэтому таким востребованным становится институт представителей СМО.

— Существуют ли факторы, сдерживающие объёмы оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) через систему ОМС?

— Включение ВМП в систему ОМС началось с 2014 г. С этого момента её объёмы, финансируемые за счёт средств ОМС, на территории области выросли на 36% — с 3890 госпитализаций в 2014 г. до 5286 в 2016 г.

В этом году за счёт средств ОМС ВМП оказывается по 17 основным профилям (сердечно-сосудистая хирургия, онкология, травматоло-

В федеральных клиниках высокотехнологичными методами по полису ОМС в 2014 г. было пролечено 68 человек, в 2015 г. — 211.

В 2014 г. стоимость ВМП, оказанной воронежцам, составляла 626,2 млн руб., в 2016 г. на её оказание планируется направить 788,3 млн (рост 25,9%).

— А как происходит информационное взаимодействие участников системы ОМС региона?

— Порядок определён приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Об утверждении регламента взаимодействия участников ОМС при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи» и приказом Минздрава России.

В настоящее время в фонде создаётся информационный ресурс, предназначенный для всех участников ОМС региона.

В задачи территориального фонда входит ежедневное обновление данных о статусе застрахованных лиц из регионального сегмента единого регистра региона; сведений о прохождении профилактических мероприятий из подсистемы персонализированного учёта; оперативный контроль за всеми процессами информационного сопровождения, формирования отчётности.

Особенность информационного ресурса в том, что он формируется как web-ресурс, реализующий принцип «классной доски». То есть web-ресурс доступен всем участникам ОМС (в рамках заданных им ролей), которые могут просматривать данные, вносить соответствующие корректировки (участковые врачи медицинских организаций, страховые представители как бы читают, записывают на классной доске).

Организация работы страховых представителей с застрахованными лицами основана на деятельности контакт-центра фонда. Существенная роль отводится опросам застрахованных граждан о доступности медицинской помощи в МО. По результатам телефонных опросов специалистами фонда формируются предложения по совершенствованию деятельности медицинской организации территории. Они направляются в областной Департамент здравоохранения.

Реализация информационного ресурса ТФОМС при взаимодействии с контакт-центром ориентирована на создание на территории области эффективной системы индивидуального информирования застрахованных лиц, обеспечивающей чёткую ориентацию на пациента.

Воронеж.



Поводом для этой встречи послужило появление на сайте Лиги безопасного Интернета текста Рекомендаций по освещению суицидов в СМИ. Одним из авторов документа был мой собеседник – руководитель отдела Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Борис ПОЛОЖИЙ. Но, начавшись с локальной темы ответственности средств массовой информации перед обществом за невольное подстрекательство к самоубийствам, разговор перешёл в более широкую плоскость профилактики суицидов и организации суицидологической помощи в нашей стране.

– Борис Сергеевич, я надеюсь, эксперты подготовили Рекомендации для СМИ по просьбе государства, обеспокоенного ситуацией?

– Увы, нет. Это была инициатива людей, которые неравнодушны к тому, как российские журналисты подают информацию о суицидах. Должен сказать, что мы не пионеры в этом деле: ещё лет 25 назад под эгидой ВОЗ были подготовлены рекомендации по освещению случаев самоубийств в средствах массовой информации. Правда, тогда не было Интернета. Мы же составили свои рекомендации уже с учётом огромного влияния интернет-ресурсов на образ мыслей и поведение людей.

В условиях так называемой свободы печати информация о резонансных случаях самоубийств – детьми и подростками, онкобольными, медийными персонами – повсеместно в СМИ носит неадекватный и недопустимый характер. Я бы даже сказал, в значительной степени такие сообщения популяризируют суицидальное поведение. Каждый раз после того, как СМИ активно и во всех подробностях тиражируют очередной случай подросткового самоубийства, в течение недели мы получаем в разных регионах аналогичные трагедии.

Поэтому рекомендации, безусловно, нужны. Другое дело, журналисты могут к нам прислушиваться, а могут не прислушиваться, ведь мы не имеем каких-то законодательных или административных рычагов воздействия.

– Зато в каждом субъекте РФ есть главный специалист-психиатр. И если он эффективно контактирует со СМИ, то имеет возможность обсудить с ними эту проблему за «круглым столом». Но беда в том, что главные психиатры в массе своей контактов с прессой избегают, так в нашей стране сложилось исторически. Немудрено, что масс-медиа формируют образ психиатрической службы как недрожественной человеку.

– Согласен, в задачи главных психиатров должно входить общение со СМИ. Причём не только по поводу темы суицидов, но и в целом по вопросам психического здоровья и необходимости получения психиатрической помощи при его нарушениях. Ведь XXI век на дворе, а у многих наших сограждан до сих пор существует мощный психологический барьер перед обращением за помощью к психиатрам и даже к психологам. Во многом это происходит «благодаря» тому, что сами представители психиатрической службы остаются закрытыми для журналистов. В итоге в телесюжетах и газетных статьях мелькает слово «психушка», в котором уже заложено пренебрежительно отношение.

Между тем в помощи психиатров и психотерапевтов нуждается масса людей. По данным наших исследований, среди лиц, совершивших суицидальные действия,



чаях неизбежной. При благоприятных обстоятельствах человек с суицидальным поведением может прожить благополучно всю жизнь, так и не предприняв суицидальных действий.

В настоящее время мы руководствуемся принятой в мире концепцией стресс-диатеза, согласно которой у некоторых людей есть предрасположенность к суицидальному поведению, так называемый суицидальный диатез. И если такой человек испытывает воздействие мощного психологического стресса, который чаще вызван внешними обстоятельствами, у него запускается суицидальный процесс.

С другой стороны, человек, у которого отсутствует предрас-

положенности, что такие предикторы будут найдены.

Зато уже сегодня мы наверняка знаем, что к суицидальному поведению предрасполагают определённые суицидоопасные личностно-психологические особенности. Это импульсивность, инфантилизм, отсутствие навыков совладания со стрессом, аутоагрессивные и аутично-депрессивные реакции на стресс, неумение конструктивно решать проблемы, поведение по типу избегания в сложных или угрожающих ситуациях. Самое главное – эти личностные особенности не есть признак психического заболевания, они формируются у человека в детском возрасте за счёт неправильного, патологического

патологических вариантов воспитания. При этом надо учитывать, что костяк базисных психических свойств личности закладывается в возрасте до 5-7 лет. К сожалению, мы мало об этом говорим как в медицинской среде, так и в обществе.

Наконец, третий фактор предрасположенности к суицидальному поведению – психические расстройства. Они имеются у абсолютного большинства людей с суицидальным поведением, причём зачастую выявляются впервые лишь после совершения человеком покушения на самоубийство.

– Какие это расстройства?

– Их круг весьма широк, но самым распространённым является депрессия, её доля достигает 70%. Нелеченная депрессия неминуемо влечёт к появлению суицидальных мыслей, при этом данная патология плохо выявляется врачами общей практики и даже неврологами. Мы специально изучали этот вопрос, и оказалось, что только в 20% случаев депрессивные состояния диагностируются на уровне поликлиники. Это диктует необходимость обучения врачей первичного звена диагностике депрессий.

Не лечению, а именно диагностике! Хуже всего, когда неспециалисты не просто диагностируют, но и тут же берутся лечить. Между тем их дело – распознать депрессию и направить больного к психиатру.

– Вы занимались изучением этно-культуральных особенностей психических расстройств и суицидов. Они действительно существуют?

– Ещё какие! В России интересная ситуация, не имеющая аналогов в мире. Различия по частоте суицидов в разных регионах нашей страны достигают 60, а в отдельные годы и 100 раз. Как правило, в «лидерах» национальные образования, в частности республики Алтай, Бурятия, Тыва, Коми, Удмуртия. По нашим исследованиям, в Удмуртской Республике и Республике Коми частота самоубийств среди коренного населения в 1,5-2 раза выше, чем среди русских.

В итоге мы выявили в стране несколько этнических групп повышенного суицидального риска. Это финно-угорские народы – коми, удмурты, марийцы, коми-пермяки и др.; монгольская этническая группа – буряты и калмыки; и третья – малочисленные народы Севера. Если человек с предрасположенностью к суицидальному поведению этнически относится к одной из этих групп, риск для него возрастает дополнительно.

Мы проводили в сельской местности Республики Коми исследование, где задавали населению вопрос об отношении к самоубийству. Было три варианта ответа: недопустимое; допустимое в критических ситуациях; достойное. В итоге всего 30% участников опроса ответили, что самоубийство недопустимо ни в каких случаях. 50% расценили этот поступок, как допустимый в критических ситуациях, а 20% – как достойный выход из сложной жизненной ситуации, особенно для мужчины.

– В медицинском плане суицидальное поведение представляет проблему?

– Конечно. Это одна из самых серьёзных проблем, и прежде всего в плане профилактики. Но спрашивать за это только с психиатров абсолютно бессмысленно, требуется участие специалистов различного профиля, в том числе и не медиков, общества, государства. В частности, известно, что волна самоубийств всегда коррелирует с социально-экономическими кризисами в стране. Мы с академиком Татьяной Борисовной Дмитриевой в 1995 г. подготовили обоснованное письмо о необходимости разработки государственной программы предупреждения самоубийств. По аналогии с рядом

## Острая тема

# «Вам плохо? Звоните... завтра»

Какой должна быть эффективно работающая суицидологическая служба?



Нас трое, и каждый из нас одинок

около 90% имели различные нарушения психического здоровья. А из этого числа только 15% когда-то имели контакты с психиатрами. Данные цифры как нельзя лучше иллюстрируют отсутствие у россиян доверия к психиатрическим службам. Поэтому их закрытость от СМИ, безусловно, необходимо преодолевать и как можно скорее. Кстати, примером может служить Центр им. В.П.Сербского, который ежегодно проводит день открытых дверей для журналистов. Мы не только отвечаем на их вопросы, но и сами говорим о том, что считаем важным.

– Теперь о суицидологии как направлении научных исследований. Для определённой категории людей желание уйти из жизни – это длительно текущее хроническое заболевание, правильно я понимаю?

– Это не совсем так. Суицидальное поведение имеет сложную многофакторную природу, но не является заболеванием в традиционном смысле слова. Вместе с тем оно имеет характер процесса, который может длиться не только дни и месяцы, но даже и годы. При этом собственно самоубийство является одной из стадий развития суицидального процесса, и, что самое главное, не во всех слу-

положенности к суицидальному поведению, не совершит самоубийства даже в самых тяжёлых жизненных обстоятельствах, когда, казалось бы, перенести горе невозможно. У него даже мысли не возникает о суициде.

Мы провели исследования, в результате которых выделили три предрасполагающих фактора, наиболее значимых для развития суицидального поведения. Первый – биологический. Наследственность, отягощённая по суицидальному поведению или психическому заболеванию, а иногда и то и другое. Риск суицида для человека, у которого кто-то в роду совершал самоубийство или его попытку, возрастает в 30-50 раз. Причём во многих случаях суицидент даже не знал, что среди его родственников уже были самоубийцы.

– То есть наследуется не просто модель поведения в стрессовых ситуациях, принятая в семье, а в геноме есть участки, которые отвечают за выбор именно такого способа реакции на стресс, и всё происходит помимо воли?

– Относительно генетических маркёров суицидального поведения пока никто ничего сказать не может, хотя поиски их ведутся. И

воспитания в семье. Например, там, где родители практикуют диктаторский тип воспитания с требованиями беспрекословного подчинения и суровыми наказаниями за малейшие нарушения.

Или наоборот, когда ребёнок – «кумир семьи», он буквально «посажен на божницу», за него решают все проблемы, оберегают его от малейших трудностей. В итоге он не приобретает умения самостоятельно решать свои проблемы, а даже незначительные трудности могут подтолкнуть его к суицидальным мыслям.

Третий вариант – «сирота при живых родителях»: встречается чаще в хорошо обеспеченных семьях, где папа и мама заняты бизнесом, а ребёнок отдан няньке или предоставлен самому себе, хотя и завален дорогими вещами. Будучи фактически брошенным, он с раннего возраста испытывает дефицит любви самых близких людей, их предательство.

Если в отношении генетики мы ещё не знаем, сможем ли как-то повлиять, то гармоничное воспитание – механизм, на который мы можем реально опереться для предупреждения самоубийств. По нашим данным, порядка 90% суицидентов, по их признанию, получили именно один из таких



стран, в которых самоубийства традиционно были национальной проблемой, – Германия, Швеция, Финляндия, Япония – и где были приняты и успешно реализуются такие госпрограммы.

Это письмо было отправлено от имени Академии медицинских наук в приёмную Президента России Б.Ельцина, в Совет министров, Госдуму, Совет Федерации. Отклик был... нулевой. Ниоткуда ни слова в ответ, ни малейшей готовности, несмотря на катастрофическую на тот момент ситуацию с суицидами. Тогда Россия оказалась на втором месте в мире по частоте самоубийств и вплоть до 2002 г. сохраняла эту позицию.

– **А сейчас как выглядит Россия на карте мира по этому показателю?**

– Стало спокойнее, мы вышли за пределы первой десятки.

– **Значит, уже нет повода для формирования такой программы?**

– Повод есть. Но у меня большие сомнения в том, что на наше повторное обращение отреагируют как-то иначе. В России и сегодня есть регионы не просто с высоким, а сверхвысоким уровнем суицидов. К примеру, Республика Алтай, где в 2014 г. зарегистрировано 117 случаев самоубийств на 100 тыс. жителей в год, при том, что ВОЗ считает критическим показателем 20 случаев на 100 тыс. В числе неблагополучных, помимо уже упоминавшихся мною территорий, Забайкальский и Пермский края, Курганская, Амурская, Кировская, Архангельская области.

Кстати, высокий уровень алкоголизации в регионах является значимым, но не самым главным фактором высокой частоты самоубийств. Научно доказано: среди психических заболеваний, predisposing к суициду, алкоголизм заметно уступает депрессии, шизофрении, психопатии.

– **Что касается системы оказания медицинской помощи людям с суицидальным поведением, она в России существует?**

– Есть регионы, где суицидологической помощи вообще нет как таковой. В ряде регионов она сводится лишь к работе «телефона доверия». Это необходимое звено, но одного его недостаточно. Ещё трагичнее, когда работу «телефона доверия» организуют совершенно неквалифицированно. Однажды, будучи в командировке в одном из городов России, я решил набрать такой телефонный номер. В трубке раздался голос... автоответчика: «Вы правильно поступили, позвонив в трудной жизненной ситуации на телефон доверия. Мы обязательно вам поможем. Обращайтесь в понедельник с 8 часов утра, а сегодня у нас выходной».

Далее, в системе суицидологической помощи должны быть свои стационарные кризисные подразделения, а они существуют далеко не во всех психиатрических больницах. И наконец, самое главное звено – амбулаторное, куда могут обращаться для консультации люди с суицидальным поведением или риском его развития, где можно проводить психотерапевтическое лечение, наблюдать лиц, совершивших покушение на самоубийство, оказывать квалифицированную помощь им и их родственникам.

Мы разработали новую модель организации суицидологической помощи – специализированное звено в структуре психиатрической службы, расположенное вне стен психиатрических учреждений и включающее в себя три блока: телефон доверия, стационарное и амбулаторное подразделение. В настоящее время ни в одном субъекте РФ данная модель в её полном варианте не существует.

Беседу вел  
Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

## Наши коллеги

# Рядом с трассой

Помочь попавшим в беду всегда готов хирург Геннадий Смирнов

**Магистраль Москва – Белоруссия в реестре главных дорог России определена как трасса М-1. Её первый номер подчёркивает значение автоартерии для страны как путь не только на Минск, но и на Варшаву, Берлин, Париж... в Европу. И из Европы. Так что даже человек с небогатым воображением и напрямую не связанный с управлением транспортом может представить, сколь интенсивно здесь движение, а уж автомобилисты при одном упоминании (пусть и в бытовом разговоре) словосочетания «трасса Москва – Минск», или попросту «Минка» делают, что называется, боевую стойку. Это и понятно: даже для прожжённых «водил» каждая поездка по «Минке» остаётся испытанием на профессионализм.**

Однако сегодня наш рассказ отнюдь не о профессионализме шофёров, а о челюстно-лицевом хирурге из Вяземской центральной районной больницы Геннадии Смирнове, которому довольно часто (увы!) приходится демонстрировать свой профессионализм, помогая пострадавшим в автоавариях на трассе, а чаще – спасая их.

Вязьма стоит в центре «М-1» – и все, кто попадают в беду на магистрали на «плече» в 100 км очень часто становятся пациентами местной ЦРБ. А большая часть из них – персонально пациентами Смирнова.

Геннадий Андреевич – отличник здравоохранения, врач высшей категории, то есть его вроде бы ничем в специальности, отдано которой почти полвека, не удивить. Однако когда я посмел предположить, что секретов для Смирнова в его профессии уже нет, Геннадий Андреевич возразил:

– Есть! Их не будет только, если буду приходить на службу самоуверенным: дескать, всё познал, всё постиг и тэ-э-э – и тут я закончусь как специалист. На работу надо идти, будучи уверенным во многом другом: в своих знаниях, в своих руках, в своих сложившихся на фундаменте многолетней практики методиках и, конечно же, в коллективе коллег!

Смирнов благодарен судьбе, что выбрал профессию врача. В 1964 г. шесть парней, выпускников школы № 1 города Вязьмы решили поступать в медицинские вузы – и все в итоге стали врачами! Если учесть, что Смирнов был старостой класса, насчитывающего 26 учащихся, то станет понятно, кто же возглавил «заговор», определивший в дальнейшем славные трудовые биографии великолепной компании...

Смирнов благодарен своим педагогам с факультета стоматологии Смоленского мединститута (прежде всего профессорам Аркадию Шаргородскому и Леониду Цепову), заложившим в его характере основы постижения специальности и приучившим к творческому освоению её глубин. Ещё в студенческие годы Геннадий опубликовал по итогам участия во всесоюзных конференциях две статьи в се-



Г.Смирнов ждет вызова на трассу

рьёзных научных журналах, и не удивительно, что с первых дней клинической работы он завёл личную картотеку по прооперированным им больным. Сегодня в картотеке Г.Смирнова более 4 тыс. формуляров, то есть более 4 тыс. мини-характеристик пострадавших, мини-историй из разнообразнейшей по своим сюжетам практики челюстно-лицевого хирурга. А ведь это не картотека, это – копилка методов, опыта, это – компас, помогающий Геннадию Андреевичу быть уверенным в избранной профессии, и кладёшь, который врач систематически пополняет.

Смирнов благодарен блестящему хирургу-фронтовику и его первому главному врачу ЦРБ Николаю Спиридоновичу Фурторному, который проработал в Вязьме с 1943 по 1974 г. Уроки Н.Фурторного и его соратника, заведующего хирургическим отделением Алексея Белицкого, стали для молодого специалиста Смирнова, прибывшего в 1969 г. в родной город по распределению, школой медицинской жизни и в отношениях с больными, и в поведении с коллегами, и в организации здравоохранения. Н.Фурторный всегда держал себя так, как будто только что произнёс клятву Гиппократу и тут же приступил к её образцовой реализации! Когда Николая Спиридоновича хоронили, за его гробом благодарные горожане несли более ста венков с искренними надписями на траурных лентах...

Было это более 40 лет назад, и имя главврача, поднявшего из руин больницу, сделавшего её базой для жителей окружающих Вязьму районов, вырастившего не только плеяду высококлассных хирургов, но и воспитавшего целый ряд организаторов здравоохранения, потом возглавлявших многие больницы в райцентрах региона, работавших на ответственных постах в органах здравоохранения Москвы и Смоленска, стали забывать. Почувствовав это, Геннадий Андреевич подготовил и напечатал в местной газете очерк об Учителе и его заслугах перед городом и районом. А заканчивалась публикация обращением к властям – присвоить Н.С. Фурторному звание почётного гражданина Вяземского района. Голос авторитетного врача (а Геннадий Андреевич, к тому же,

многие годы был ещё и председателем профкома больницы) услышали, и 23 июня 2014 г. Н.С.Фурторной был удостоен заслуженной награды. А коллектив ЦРБ, руководит которым сегодня Геннадий Ануфриев, достойно продолжает заложенные легендарным главврачом традиции, о чём «Медицинская газета» неоднократно рассказывала в корреспонденциях и репортажах.

Кстати, одним из авторов этих материалов был В.Христофоров, работавший в «МГ» и живший в Вязьме. Он часто консультировался с Г.Смирновым по тематике материалов и специфике медицинских профессий, возможностям социальной защиты врачей. Однако Геннадий Андреевич подчёркивает, что инициатором многочисленных встреч с Христофоровым чаще всего был он сам: эрудиция Владимира Георгиевича, большой жизненный опыт, желание помочь медикам газетным словом притягивали к себе. Когда в 2013 г. В.Христофорова не стало, Г.Смирнов был среди тех, кто участвовал в открытии мемориальной доски на улице Луговой, 1, творческой даче журналиста и писателя.

Впрочем, уважительное отношение к слову, литературе – одно из проявлений жизненного кредо Геннадия Смирнова. У него – хорошая домашняя библиотека, среди его добрых товарищей хозяин музея поэта Сергея Есенина в Вязьме Павел Пропалов, известный местный книголюб Алексей Крылов, член Союза писателей РФ священнослужитель, настоятель храма в деревне Покров Александр Клименков. Недавно Смирнов и его близкие отмечали 100-летие со дня рождения отца, Андрея Ильича, много сил вложившего в послевоенное возрождение и развитие народного хозяйства Гжатского (ныне Гагаринского) и Вяземского районов (он скончался в 1981 г.). Так вот, собрав многочисленных родственников, в основном приехавших из столицы, Геннадий Андреевич, прежде чем усадить москвичей за праздничный стол, повёз их за три десятка километров в Хмелиту, музей-усадьбу А.С.Грибоедова: «Давайте, дорогие родственники, побудем в родовом имении великого писателя и поклонимся его таланту!»

Смирнов мобилен, оперативен: профессия обязывает – работать с лицевым скелетом очень часто приходится в экстренном порядке. Если у пластического хирурга большинство операций – плановые и эстетические, то челюстно-лицевому достаются больные, пострадавшие при авариях, обрушениях, других несчастных случаях, в терактах и огнестрелах. А катастрофа не предупреждает, она ставит проблему – в данном случае срочнолечебную: надо спасать лицо, череп, человека! И Смирнов спасает!

– В голове, пока делаю операцию, мысль одна – спасти! И всё же, как только прикинул ход операции, и руки уже работают, пошла параллель: а каким будет лик после операции, что достанется пластическому хирургу после меня. Надо, чтобы ничего не досталось, убеждаю себя! Думаешь и делаешь, делаешь и думаешь над... дизайном физиономии, понимая, что большинство пострадавших, а это мужчины, потом по пластическим врачам не бегают! Речь не об идеальной внешности, но «спланировать» лицо я обязан – после моей операции человек не должен бояться самого себя, чувствовать комплекс неполноценности.

Были в практике Смирнова вскрытия глубоких флегмон лица и шеи, удаления доброкачественных опухолевидных новообразований, операции по исправлению врождённых дефектов костей черепа, на гайморовых пазухах, приходилось брать на себя и роли оториноларинголога и нейрохирурга, благо в начале врачебной карьеры во время дежурств подменял профильных специалистов, но сам Геннадий Андреевич считает себя оперативником. И порождено это не только привычкой зависеть от требований экстремальной медицины или особенностями взрывного спортивного характера (в студенческие годы Смирнов был одним из лучших спринтеров Смоленщины), но и опытом работы, хотя и по совместительству и врачом «скорой»: ту тысячу экстренных вызовов из памяти ведь не выбросишь!

...В эти дни Геннадий Андреевич отмечает своё 70-летие. Поздравлений – не счесть, ведь со многими пациентами он поддерживает добрые отношения. Другая категория поздравлений – от воспитанников Смирнова, ведь четверть века он преподавал в Вяземском медицинском училище стоматологию и анатомию. А самой первой дорогого сыночка поздравила мама, 93-летняя, дай ей Господь здоровья, Татьяна Дмитриевна, затем из Москвы позвонил дядя, Николай Дмитриевич Буловенко, один из старейших сотрудников психиатрической больницы им. П.П.Кашенко. Жалко, младший брат Володя уже не позвонит никогда – хирург Владимир Смирнов скончался несколько лет назад...

Юбилей-юбилеем, но с ответственными звонками и эсэмэсками соперничают – ничего не поделаешь – экстренные вызовы к операционному столу.

– Опять трасса? – единственное, что успеет, торопясь, спросить Геннадий Андреевич.

– Трасса, – ответит дежурный врач приёмного отделения. – Легковушки столкнулись...

– Буду через десять минут!

Владимир КОРОЛЁВ,  
собр. корр. «МГ».

Смоленская область.



КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 58 (1997)

(Продолжение. Начало в № 61 от 17.08.2016.)

Особенности клинического течения МПА

У 50% больных МПА проявляется в виде тяжёлого лёгочно-почечного синдрома. Как правило, при МПА наблюдают острое начало и более агрессивное течение, чем при ГПА или ЭГПА.

МПА имеет много общих черт с ГПА, отличаясь отсутствием гранулематозного воспаления, вследствие чего МПА не свойственны подскладочный ларингит, седловидная деформация носа, периорбитальные гранулёмы.

Патология лёгких (35-70%) при МПА представлена некротизирующим альвеолитом. При рентгенологическом обследовании выявляют инфильтраты без распада, часто с реакцией плевры. Поражение лёгких при МПА протекает тяжело (особенно при наличии антител к протеиназе-3), у половины больных осложняется лёгочным кровотечением, что в каждом втором случае становится фатальным. При МПА с гиперпродукцией антител к миелопероксидазе описаны случаи фиброзирующего альвеолита.

Поражение почек отмечается у 90% пациентов и нередко характеризуется быстро прогрессирующим течением (40-55%), особенно тяжело протекая при наличии антител к ПР-3.

Поражение кожи (70%) характеризуется геморрагическими или язвенно-геморрагическими высыпаниями преимущественно на коже конечностей, реже livedo reticularis, некрозами кожи и подлежащих мягких тканей.

Для поражения органа зрения (30%) свойственно развитие склерита и эписклерита.

Поражение периферической нервной системы (30%) проявляется асимметричным сенсорно-моторным множественным мононевритом.

Поражение ЖКТ (10%) характеризуется болями в животе, диареей, иногда кровотечением вследствие развития ишемических язв желудка и кишечника.

Особенности клинического течения ЭГПА

Клиническое развитие ЭГПА подразделяют на 3 стадии, которые, как правило, последовательно разворачиваются на протяжении нескольких лет. Для первого этапа свойственно постепенное развитие симптомов бронхиальной астмы, аллергического ринита, синусита, проявлений лекарственной непереносимости, при этом периферическая эозинофилия не всегда выражена.

На второй стадии присоединяются эпизоды эозинофильной инфильтрации тканей в виде эозинофильной пневмонии или гастроэнтерита, что часто сочетается с периферической эозинофилией более 10%. Третья стадия ЭГПА характеризуется развитием системного некротизирующего васкулита.

Поражение лёгких (70%) характеризуется мигрирующими инфильтратами (эозинофильная пневмония) или узлами без полостей распада. Возможно вовлечение плевры (эозинофильный плеврит), умеренное увеличение внутригрудных лимфатических узлов.

Поражение почек отмечается у 20-45% пациентов.

Поражение сердца (30-50%) при ЭГПА проявляется разнообразной патологией (перикардит, эндомиокардит, коронарит, сердечная недостаточность, нарушения ритма и проводимости) и становится причиной летального исхода у 50% пациентов.

Поражение кожи (64%) характеризуется геморрагическими или язвенно-геморрагическими высыпаниями преимущественно на коже конечностей, реже уртикарными высыпаниями.

Поражение периферической нервной системы (64%) при ЭГПА развивается чаще, чем при других формах АНЦА-СВ и характеризуется асимметричным сенсорно-моторным множественным мононевритом. Поражение центральной нервной системы (10%) может проявляться невритом череп-

но-мозговых нервов, острыми нарушениями мозгового кровообращения, очаговыми изменениями мозга, эписиндромом.

Для поражения органа зрения (30%) свойственны склерит и эписклерит.

Поражение ЖКТ (10%) связано как с эозинофильным гастроэнтеритом, так и с васкулитом стенки кишечника, способным вызвать образование ишемических язв, перфорацию.

Особенности поражения почек при АНЦА-СВ

Заболевания, относящиеся к АНЦА-СВ, имеют единые морфологические изменения в почках, сходный патогенез, клиническое течение и прогноз. К отличительным особенностям клинического течения АНЦА-ассоциированного ГН относят:

- сочетание с другими системными проявлениями некротизирующего васкулита;
- склонность к быстро прогрессирующему течению (БПГН) со снижением СКФ более чем на 50% в течение нескольких недель или месяцев;
- умеренная артериальная гипертензия;
- протеинурия, не превышающая 3 г в сутки.

АНЦА-ГН может проявляться бессимптомной протеинурией и микрогематурией (редко макрогематурией), БПГН, остро-нефритическим синдромом. Не свойственно развитие нефротического синдрома или злокачественной артериальной гипертензии. Наиболее часто БПГН развивается при МПА (40-55%), особенно тяжело протекая при наличии антител к ПР-3. ГН может быть дебютным проявлением АНЦА-СВ или присоединяться в ходе последующих обострений, в связи с чем требуется внимательное мониторирование показателей поражения почек на всём протяжении болезни.

**Лабораторная диагностика.** Основное значение имеет определение в сыворотке крови АНЦА методом непрямой иммунофлуоресценции (с использованием нейтрофилов здоровых доноров, фиксированных этанолом) или с помощью иммуноферментного анализа с определением специфичности к протеиназе-3 (ПР-3) или миелопероксидазе (МПО). Характерны увеличение СОЭ, концентрации СРБ, нормохромная нормоцитарная анемия, умеренный тромбоцитоз.

АНЦА с цитоплазматическим типом иммунофлуоресцентного свечения (цАНЦА) или антитела к ПР-3 высокочувствительны и специфичны для ГПА (более 90%). АНЦА с перинуклеарным типом свечения (пАНЦА) обнаруживают у 70% больных ЭГПА, но не всегда со специфичностью к МПО. При МПА и идиопатическом БПГН примерно с одинаковой частотой обнаруживают антитела к ПР-3/цАНЦА и антитела к МПО/пАНЦА. Хорошо известно, что АНЦА, являясь важным диагностическим маркером АНЦА-ГН, имеют невысокую ценность для мониторирования активности заболевания, поскольку могут присутствовать в сыворотке крови даже во время полной клинической ремиссии заболевания.

**(Уровень доказательности А):** исследование АНЦА методом НИФ и/или ИФА следует проводить в соответствии с клинической ситуацией.

Клинические показания для определения АНЦА включают:

- гломерулонефрит, особенно быстро прогрессирующий;
- кровохарканье/лёгочное кровотечение, особенно в сочетании с гломерулонефритом;

- кожный васкулит, сопровождающийся системными проявлениями;
- множественные очаги поражения лёгких при рентгенологическом исследовании;
- хроническое деструктивное поражение верхних дыхательных путей;
- затяжное течение синусита или отита;
- подскладочный стеноз гортани/трахеи;
- множественный мононеврит или другая периферическая нейропатия;
- псевдотумор орбиты.

**Гистологическое исследование (Уровень доказательности С):** положительные данные биопсии играют большую роль в подтверждении васкулита.

При биопсии слизистой носа у больных ГПА обнаруживают деструктивно-продуктивный васкулит и гигантоклеточные некротизирующие гранулёмы. Биопсия

детальному обследованию пациента с выявлением патогномоничных симптомов (см. табл. 6). Необходимость ранней диагностики продиктована потребностью в агрессивной терапии до развития поражения жизненно важных органов.

**Особенности клинического течения.** Клиническая картина УП отличается значительным полиморфизмом. Клинические проявления УП с наличием HBV и при его отсутствии сходны. Острое начало характерно для УП лекарственного генеза.

Для ранней стадии типичны лихорадка с проливными потами, снижение массы тела, вплоть до прогрессирующей кахексии, миалгии (прежде всего в икроножных мышцах).

Поражение почек (80%) относится к прогностически неблагоприятным признакам,

ткани орбиты в случае ГПА с псевдотумором орбиты необходима для дифференциальной диагностики с различными доброкачественными и злокачественными новообразованиями, в частности с IgG-ассоциированным заболеванием. Диагностическая ценность крайне редко выполняемой открытой биопсии легкого значительно выше, чем трансбронхиальной или биопсии слизистой оболочки носа и придаточных пазух. При биопсии кожно-мышечного лоскута у больных ЭГПА обнаруживают картину деструктивно – продуктивного васкулита с эозинофильной инфильтрацией.

Биопсия почки (с обязательным применением иммунолюминисцентной микроскопии) позволяет подтвердить диагноз АНЦА-ГН при наличии фибриноидного некроза капилляров клубочка и артериол, экстракапиллярного пролиферативного ГН с эпителиальными и/или фиброэпителиальными “полулуниями” в клубочках в сочетании с отсутствием иммунных депозитов в ткани почки. Показаниями к диагностической биопсии почки являются:

- нефропатия неясного генеза с протеинурией более 1 г/л, постоянной или рецидивирующей клубочковой гематурией;
- острая или подострая почечная недостаточность с симптомами ГН или системными проявлениями.

Принципы диагностики узелкового полиартериита

Решающее значение в диагностике узелкового полиартериита (УП) принадлежит

развивается вследствие вовлечения почечных артерий, редко – клубочков почки. Проявляется умеренной протеинурией (< 3 г/сут), микрогематурией, артериальной гипертензией. Макрогематурия наблюдается редко и позволяет предполагать развитие инфаркта почки. Быстрое нарастание почечной недостаточности может быть связано с множественными инфарктами почек. Редко наблюдаются олигурическая ОПН вследствие сосудистых катастроф (разрыв аневризмы почечной артерии, острый тромбоз внутрипочечных сосудов), периуретральный васкулит со стенозом мочеточников и развитием анурии и почечной недостаточности. У пациентов, инфицированных HBV, встречаются другие варианты поражения почек: мембранозная нефропатия (у детей), мезангиокапиллярный гломерулонефрит, IgA0нефропатия, ГН вследствие смешанной криоглобулинемии.

Характерно развитие злокачественной артериальной гипертензии с диастолическим давлением более 90 мм рт.ст., что сопровождается типичными изменениями сердца (левожелудочковая недостаточность), глазного дна (ретинопатия, отёк дисков зрительных нервов), развитием гипертонической энцефалопатии.

Поражение сердца (40%) может проявляться кардиомегалией, нарушениями ритма, коронаритом (с развитием стенокардии или инфаркта миокарда).

Поражение кожи (25-60%) наиболее часто характеризуется сосудистой папулопетехиальной пурпурой, реже буллёзными и везикулёзными высыпаниями, сетчатым

Таблица 6  
Классификационные критерии УП (R.W.Lightfoot и соавт., 1990)

| Критерий                                                                                                    | Характеристика                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Снижение массы                                                                                           | Потеря массы тела с начала заболевания на 4 кг и более, не связанная с особенностями питания                                                                                   |
| 2. Сетчатое ливедо                                                                                          | Пятнистые, сетчатые изменения рисунка кожи на конечностях и туловище                                                                                                           |
| 3. Боль в яичках                                                                                            | Боль в яичках, не связанная с инфекцией, травмой и т.д.                                                                                                                        |
| 4. Слабость или боли в голенях                                                                              | Диффузные миалгии (исключая плечевой пояс или поясничную область), мышечная слабость или болезненность в мышцах нижних конечностей                                             |
| 5. Нейропатия                                                                                               | Мононейропатия, множественный мононеврит или полинейропатия                                                                                                                    |
| 6. Диастолическое АД > 90 мм рт.ст.                                                                         | Артериальная гипертензия с уровнем диастолического АД более 90 мм рт.ст.                                                                                                       |
| 7. Повышение в крови уровня мочевины или креатинина                                                         | Мочевина более 40 мг/дл или креатинин более 15 мг/дл, не связанное с дегидратацией или нарушением выделения мочи                                                               |
| 8. Инфицирование вирусом гепатита В                                                                         | Наличие HBsAg или антител к вирусу гепатита В в сыворотке крови                                                                                                                |
| 9. Изменения при ангиографии                                                                                | Выявляемые при ангиографии аневризмы или окклюзии висцеральных артерий, не обусловленные атеросклерозом, фибромускулярной дисплазией и другими невоспалительными заболеваниями |
| 10. Данные биопсии                                                                                          | Инфильтрация нейтрофилами артерий мелкого или среднего калибра при биопсии                                                                                                     |
| Наличие 3 и более критериев позволяет поставить диагноз УП с чувствительностью 82,2% и специфичностью 86,6% |                                                                                                                                                                                |



ливедо. Возможно развитие инфарктов кожи и поражение периферических артерий конечностей, приводящее к ишемии дистальных фаланг пальцев вплоть до гангрены.

Периферическая нейропатия (50-70%), как правило, связана с поражением ветвей берцовых нервов. Характерны асимметричные двигательные и чувствительные нарушения в нижних конечностях с сильными болями и парестезиями.

Поражение ЖКТ проявляется у 30% болями в животе, обычно обусловленными ишемией тонкой кишки (иногда с клиникой острого живота вплоть до развития перитонеальных явлений вследствие перфорации язв кишечника). Поражение печени проявляется её увеличением и изменением печёночных функциональных тестов, что может быть связано с HBV-инфекцией, а также с инфарктом печени или внутрипечёночной гематомой в результате разрыва внутрипечёночных сосудов.

**Лабораторная диагностика.** При УП, ассоциированном с HBV, наблюдается повышение активности ЩФ, АСТ, АЛТ, определяется HbsAg, обнаруживают HBV ДНК.

При иммунологическом исследовании сыворотки крови выявляют повышение СРБ, иногда выявляют РФ, криоглобулинемию. АНЦА определяют крайне редко.

**Гистологическое исследование.** У пациентов с предполагаемым диагнозом УП желательно проведение гистологического исследования, выявляющего характерную картину фокального некротизирующего артериита с клеточным инфильтратом смешанного характера в сосудистой стенке. Наиболее информативна биопсия скелетной мышцы. При проведении биопсии внутренних органов у больных УП высок риск развития внутреннего кровотечения.

**Инструментальные методы исследования.** При ультразвуковой доплерографии у 60% больных выявляют изменения в артериях почек (прежде всего стеноз).

Ангиография позволяет обнаружить множественные микроаневризмы и стенозы отдельных участков артерий среднего калибра преимущественно в артериях почек, брыжейки, печени. Эти изменения могут исчезать на фоне эффективного лечения.

Принципы диагностики геморрагического васкулита (пурпура Шенлейна – Геноха)

Решающее значение в диагностике геморрагического васкулита (ГВ) принадлежит детальному обследованию пациента с выявлением патогномичных симптомов (см. табл. 7).

**Особенности клинического течения.** К особенностям ГВ у детей в отличие от взрослых относится четкая связь заболевания с инфекцией верхних дыхательных путей. У взрослых реже наблюдается абдоминальный синдром и лихорадка, чаще – поражение суставов, тяжёлое поражение почек и увеличение СОЭ.

Характерно появление симметричной петехиальной сыпи и/или пальпируемой нетромбоцитопенической пурпур, иногда в сочетании с эритематозными пятнами, папулами, пузырьками, что может сопровождаться зудом. Высыпания преимущественно локализуются в дистальных отделах нижних конечностей, постепенно распространяясь на бёдра и ягодицы (реже – на верхние конечности, живот, спину). Как правило, через несколько дней высыпания бледнеют, приобретают бурую окраску, затем исчезают или сохраняются в виде участков гиперпигментации.

Поражение суставов (59-100%) характеризуется мигрирующими артралгиями в первую очередь крупных суставов нижних конечностей.

Поражение ЖКТ (65%) проявляется схваткообразными болями в животе, тошнотой, рвотой, редко желудочно-кишечным кровотечением.

Поражение почек (10-60%) обычно развивается после появления пурпур. Тяжесть его, как правило, не коррелирует с выраженностью экстраренальных проявлений ГВ. В большинстве случаев наблюдается благоприятное течение, но при устойчивой гематурии и протеинурии может развиваться ХПН. Обычно встречается бессимптомная изолированная микро- или макрогематурия, иногда в сочетании с умеренной протеинурией, очень редко осложняющаяся нефротическим синдромом и артериальной гипертензией.

**Лабораторная диагностика.** У детей в 30% случаев наблюдается увеличение титров антистрептолизина-О. Важным признаком является увеличение концентрации IgA в сыворотке. У 30-40% больных обнаруживают РФ.

**Гистологическое исследование.** Морфологические изменения в почках разнообразны: от минимальных изменений до тяжёлого гломерулонефрита с «полулуниями». Поражение почек при геморрагическом васкулите аналогично IgA-нефропатии.

Принципы диагностики гигантоклеточного артериита и ревматической полимиалгии

Ревматическую полимиалгию (РПМ) рассматривают одновременно с гигантоклеточным полиангиитом (ГКА), так как симптомы РПМ встречаются у 40-60% больных ГКА. Предполагается, что РМП – проявление субклинически протекающего ГКА. Признаки РПМ могут возникать одновременно с поражением сосудов или присоединяться впоследствии.

Диагноз ГКА следует предполагать у всех больных старше 50 лет с выраженными головными болями, нарушением зрения, симптомами РПМ, выраженным увеличением СОЭ (см. табл. 8).

**Особенности клинического течения.** РПМ является важным компонентом ГКА, её симптомы встречаются у 50% больных

Таблица 7

Диагностические критерии ГВ (J.A.Miles и соавт., 1990)

| Критерий                                    | Определение                                                                                                               |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Пальпируемая пурпура                        | Слегка возвышающиеся геморрагические кожные изменения, не связанные с тромбоцитопенией                                    |
| Возраст моложе 20 лет                       | Начало заболевания приходится на возраст моложе 20 лет                                                                    |
| Боли в животе                               | Диффузные боли в животе, усиливающиеся после приёма пищи, или ишемия кишечника (возможно развитие кишечного кровотечения) |
| Данные биопсии: обнаружение гранулоцитов    | Инфильтрация гранулоцитами стенки артериол и венул                                                                        |
| Требуется наличие не менее 3 из 6 признаков |                                                                                                                           |

Таблица 8

Классификационные критерии ГПА (G.G.Hunder и соавт., 1990)

| Критерий                                    | Характеристика                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Возраст старше 50 лет                    | Развитие симптомов заболевания у лиц старше 50 лет                                                                                                                      |
| 2. Появление “новых” головных болей         | Появление ранее не отмечавшихся головных болей или изменение их характера и/или локализации                                                                             |
| 3. Изменения височной артерии               | Болезненность при пальпации или снижение пульсации височных артерий, не связанные с атеросклерозом сонной артерии                                                       |
| 4. Увеличение СОЭ                           | СОЭ более 50 мм/час                                                                                                                                                     |
| 5. Изменения при биопсии височной артерии   | Васкулит с сужением просвета сосуда, повреждением интимы, диффузной воспалительной преимущественно мононуклеарной инфильтрации, наличием многоядерных гигантских клеток |
| Требуется наличие не менее 3 из 6 признаков |                                                                                                                                                                         |

Таблица 9

Классификационные критерии артериита Такаясу (W.P.Agend и соавт., 1990)

| Критерий                                                                                                               | Характеристика                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Возраст моложе 40 лет                                                                                                  | Начало заболевания в возрасте моложе 40 лет                                                                                                                                    |
| “Перебегающая” хромота конечностей                                                                                     | Слабость и дискомфорт в мышцах конечностей при движении                                                                                                                        |
| Ослабление пульса на плечевой артерии                                                                                  | Снижение пульсации на одной или обеих плечевых артериях                                                                                                                        |
| Разница АД на правой и левой руках более 10 мм рт.ст.                                                                  | Разница систолического АД более 10 мм рт.ст. при его измерении на обеих плечевых артериях                                                                                      |
| Шум на подключичных артериях или брюшной аорте                                                                         | Наличие шума, выявляемого при аускультации над обеими подключичными артериями или брюшном отделе аорты                                                                         |
| Изменения при ангиографии                                                                                              | Сужение просвета или окклюзия аорты, ее крупных ветвей в проксимальных отделах верхних и нижних конечностей (не связанное с атеросклерозом, фибромускулярной дисплазией и др.) |
| Наличие любых 3 и более из этих критериев позволяет поставить диагноз с чувствительностью 90,5% и специфичностью 97,8% |                                                                                                                                                                                |

ГКА. Характерны выраженные двусторонние, симметричные боли и скованность в мышцах плечевого и тазового пояса и в области шеи, которые усиливаются при движении и уменьшаются в покое, сочетаются с резким увеличением СОЭ. Мышечная слабость обычно отсутствует, атрофия мышц не развивается. Возможно поражение суставов в виде моноолигоартрита или симметричного серонегативного полиартрита, напоминающего РА у пожилых (вовлечение преимущественно коленных, лучезапястных и голеностопных суставов, реже проксимальных межфаланговых и плюснефаланговых суставов).

Выделяют четыре основных клинических варианта течения ГКА:

- с краниальными симптомами;
- с РПА;
- с краниальными симптомами и РПМ;
- с лихорадкой и другими общими проявлениями воспалительной активности без локализованных симптомов.

Симптомы ГКА могут нарастать постепенно. Неспецифические симптомы включают лихорадку с проливными потами, общую слабость, снижение массы тела, депрессию.

Сосудистые расстройства зависят от локализации процесса. Беспокоит остро возникающая, постоянная, интенсивная, односторонняя головная боль в височной, лобной и теменной областях. Отмечается болезненность при касании к коже черепа, уплотнение и отёчность височных артерий, ослабление в них пульсации, а в случае патологии затылочной артерии – головная боль в затылочной области. При вовлечении верхнечелюстной артерии наблюдается усиление боли при жевании и разговоре, зубная боль. Может быть поражена наружная сонная артерия с развитием отёчности лица, нарушений глотания, слуха.

У трети больных заболевание осложняется патологией глазных артерий, что приводит к развитию передней ишемической оптической нейропатии. Характерны переходящее снижение зрения (amavrosis fugax), диплопия, выпадение полей зрения. Прогрессирование ГПА может осложняться слепотой (одно- или двусторонней).

Значительно реже диагностируют поражение аорты (преимущественно в грудном отделе с развитием аневризмы аорты, в том числе и расслаивающей) и отходящих от неё ветвей (сонных, подключичных, позвоночных, коронарных артерий), интракраниальных артерий.

**Лабораторная диагностика.** Характерно выраженное увеличение СОЭ (часто более 50 мм/ч) и СРБ.

**Гистологическое исследование (Уровень доказательности С):** биопсия височной артерии является важным методом диагностики ГКА. Поскольку ГКА свойственно очаговое сегментарное поражение сосудов, отрицательные результаты биопсии не позволяют полностью исключить этот диагноз. Выполнение биопсии не должно являться поводом для задержки начала терапии.

Принципы диагностики артериита Такаясу

**(Уровень доказательности С):** рекомендуется тщательное клиническое и инструментальное обследование артериального русла при подозрении на артериит Такаясу.

Диагностика артериита Такаясу базируется на тщательном изучении жалоб и анамнеза заболевания, внимательном

осмотре пациента с обязательным исследованием пульса на обеих лучевых артериях и других сосудах, их аускультации, измерении АД на обеих руках и ногах (см. табл. 9). Большое значение имеет контрастное ангиографическое исследование и дуплексное ультразвуковое сканирование сосудов.

**Особенности клинического течения.** Клинические признаки артериита Такаясу связаны, с одной стороны, с неспецифическими симптомами системной воспалительной активности, с другой стороны, являются проявлением прогрессирования ишемических изменений вследствие поражения различных отделов сосудистого русла.

Неспецифические симптомы наиболее часто встречаются на ранней стадии заболевания или во время обострения. К ним относятся длительная лихорадка, снижение массы тела, общая слабость, головные боли, артралгии, боли в мышцах преимущественно плечевого пояса.

Симптомы, связанные с прогрессированием ишемических изменений зависят от локализации поражения и нарастают при физической нагрузке. В 10-30% случаев отмечается боль в проекции поражённого сосуда. При заинтересованности брахиоцефальных артерий наблюдается синдром перемежающейся хромоты верхних конечностей, ощущение слабости, боли в проксимальных отделах конечностей. Вовлечение восходящего отдела аорты часто сочетается с аортальной недостаточностью вследствие дилатации аорты.

Клинические проявления патологии коронарных сосудов характеризуются болями в грудной клетке, одышкой и сердечбиением, реже приступами стенокардии. У 40-70% случаев диагностируют поражение конечного отдела нисходящей аорты и начального отрезка брюшного отдела аорты с частым вовлечением в процесс непарных артерий. Вместе с тем симптомы ишемии висцеральных органов наблюдаются редко. Упорный характер болей с иррадиацией в поясницу требует исключения расслаивающей аневризмы брюшного отдела аорты (9%). Артериальная гипертензия (33-76%) в первую очередь может быть связана со стенозом почечной артерии и относится к числу неблагоприятных прогностических факторов.

Поражение нервной системы (60%) в первую очередь обусловлено дисциркуляторной энцефалопатией. При выраженном (50% и более) сужении просвета сосуда или при двустороннем поражении общих сонных артерий возникают обморочные состояния, эпизоды острых нарушений мозгового кровообращения. Для поражения периферической нервной системы свойственно развитие симметричной полинейропатии, наиболее выраженной в руках.

Офтальмологические расстройства (> 50%) проявляются сужением полей зрения, постепенным снижением остроты зрения, диплопией. Возможна острая окклюзия центральной артерии сетчатки с внезапной потерей зрения на один глаз.

Поражение кожи наиболее часто проявляется узловой эритемой, реже отмечается синдром Рейно, сетчатое ливедо.

**Лабораторная диагностика.** Характерно увеличение СОЭ, концентрации СРБ, нормохромная нормоцитарная анемия, умеренный тромбоцитоз.

(Продолжение следует.)



## Впервые

## На клеточном уровне

Раскрываются фундаментальные механизмы развития заболевания

Учёные из НИИ онкологии и НИИ медицинской генетики Томского национального исследовательского медицинского центра РАН впервые выделили пять видов структур, в которые объединяются опухолевые клетки при раке молочной железы и связали их с риском метастазирования и эффективностью терапии.

Геномный и транскриптомный портреты клеточных структур рака молочной железы создали томские учёные Владимир Перельмутер и Марина Завьялова из НИИ онкологии. Они выделили пять видов структур, в которые объединяются клетки при раке молочной железы: тубулярные (трубкоподобные), альвеолярные (образования по типу сфероидов), солидные (бесформенные формирования из десятков и сотен клеток), трабекулярные (линейные) и дискретные (одиночные клетки или группы из 2-5 клеток).

Разные структуры обладают различной степенью агрессивности, поэтому наличие тех или иных структур в опухоли определяет риск развития метастазов и влияет на эффективность терапии. «О том, что в опухоли находятся клетки с разными биологическими характеристиками, известно с 80-х годов прошлого века. Внутриопухолевая гетерогенность является одной из главных причин плохого ответа на терапию и неэффективного прогнозирования развития болезни, поскольку существующие методики лечения не позволяют учесть каждую опухолевую клетку или их популяцию», – пояснил старший научный сотрудник лаборатории молекулярной онкологии и иммунологии НИИ онкологии Евгений Денисов.

Для анализа учёные брали клетки из операционного материала, вырезая лазером структуры, и



Исследования продолжаются

обработали огромный массив данных – около 30 тыс. генов с каждого образца. Как отметил Е.Денисов, опухолевые структуры образуются в результате перехода от эпителиального состояния, в котором происходит активная группировка клеток, к мезенхимальному состоянию, в котором клетки уже не могут связаться друг с другом.

Учёные обнаружили наибольшее количество эпителиальных генов в тубулярных структурах. Следующими по числу таких генов оказались альвеолярные структуры, наименьшее их количество наблюдалось в дискретных структурах. Учёные считают, что промежуточные состояния, когда клетки несут одновременно эпителиальные и мезенхимальные признаки, наиболее агрессивны в плане метастазирования. Таким образом, наиболее высокий риск связан с наличием в ткани альвеолярных и трабекулярных структур.

Е.Денисов полагает, что исследователи пришли к пониманию фундаментальных механизмов развития заболевания, которое позволяет сразу сделать выводы относительно выбора оптимальной стратегии лечения больных. Идентифицировать опухолевые структуры можно в рамках стандартного гистологического анализа. При наличии агрессивных структур можно предположить высокий риск метастазирования, основную причину смерти от рака и купировать развитие метастазов на ранних стадиях с помощью гормональной или таргетной терапии. «Опухоль, содержащая альвеолярные и трабекулярные структуры, устойчива к химиотерапии», – подчеркнул он. Томские онкологи намерены продолжать исследование.

Ян РИЦКИЙ.  
МИА Сити!

## Современные технологии

## Свет надежды

Как помочь страдающим раком щитовидной железы?

Рак щитовидной железы является одной из самых распространённых патологий в области головы и шеи. По этому показателю он входит в первую десятку злокачественных новообразований, опережая рак почки, желудка и рак лёгких.

Ежегодно в России регистрируется более 10 тыс. новых случаев заболевания – это около 2% от общего числа всех новых пациентов со злокачественными опухолями.

Об этом шла речь на встрече специалистов по раку щитовидной железы с журналистами.

Выступающие отметили: пик заболеваемости приходится на 50-65 лет, средний возраст больных составляет 54 года.

Заболевание отличается тем, что часто протекает бессимптомно и имеет ярко выраженные гендерные особенности: около 85% пациентов с таким диагнозом – женщины.

К факторам риска относятся недостаток или переизбыток в пище йода; воздействие ионизирующей радиации; узловые новообразования в щитовидной железе; семейный анамнез; возраст (старше 45 лет) и пол (женский).

Согласно итоговому документу

«Состояние онкологической помощи населению России в 2015 г.», за 10 лет распространённость заболевания выросла на 100 тыс. населения с 58,6 до 97,1.

– Особую тревогу вызывают пациенты, у которых опухоль является нерезектабельной или рефрактерной к воздействию йода, – сказал профессор кафедры онкологии Российской медицинской академии последипломного образования Минздрава России, вице-президент Российского общества специалистов по опухолям головы и шеи, доктор медицинской наук Сергей Подвизников.

По его словам, в 5-15% случаев дифференцированный РЩЖ является нерезектабельными либо характеризуются наличием метастатических очагов, резистентных к терапии радиоактивным йодом.

– Появление в арсенале врачей препаратов, которые одновременно подавляют активность тирозинкиназ рецепторов фактора роста фибробластов, фактора роста эндотелия сосудов, тромбоцитарного фактора роста, – это отличная новость для пациентов с тяжёлыми, резистентными к лечению радиоактивным йодом формами рака щитовидной железы. Согласно данным крупного

международного исследования SELECT, использование этих препаратов позволит значительно повысить показатели выживаемости. Теперь самое главное – не упустить таких пациентов, вовремя выявить неэффективность классического подхода к лечению. Это возможно сделать, обеспечив слаженное ведение пациента со стороны специалистов разных направлений. Эндокринолог и онколог, хирург и радиолог, радиолог и химиотерапевт должны работать вместе, в одной связке, – сказал заместитель директора Эндокринологического научного центра по инновационному развитию, заведующий отделом радионуклидной диагностики и терапии ЭНЦ, доктор медицинских наук Павел Румянцев.

– Все таргетные препараты в большинстве стран назначаются в рамках госпрограмм, – подчеркнул П.Румянцев. – Надеемся, что столь эффективная терапия у нас в стране также будет оплачиваться в рамках ОМС.

Специалисты отмечают: рак щитовидной железы относится к опухолям с высокой васкуляризацией, патологический ангиогенез играет ключевую роль в развитии данного заболевания и его прогрессирования.

Подавление опухолевого ангиогенеза – одно из наиболее перспективных направлений при данной патологии.

Алёна ЖУКОВА,  
корр. «МГ».

Москва.

## Проекты

Группа учёных из Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова при участии швейцарских коллег разработала способ использования нагрева или охлаждения материалов за счёт магнитокалорического эффекта (МКЭ) для адресной доставки лекарств в место установки имплантата, что позволит повысить его приживаемость. Об этом сообщили в МГУ. Суть МКЭ состоит в том, что некоторые магнитные материалы могут менять свою температуру под воздействием внешнего магнитного поля. Иногда она повышается, а иногда, наоборот, понижается, в зависимости от материала.

## Во избежание отторжения

Имплантаты готовятся по-новому

«Одной из проблем при имплантации в человеческий организм инородных тел – искусственных суставов, брюшных сеток, стентов пищевода, моче – и желчевыводящих протоков – является вероятность их отторжения. Учёные предлагают наносить на имплантаты во время их подготовки к установке в организм специальное покрытие, состоящее из разных слоёв. Первый слой – магнитный материал, который охлаждается во внешнем магнитном поле, второй – полимерная матрица, в которую, как в губку, помещено лекарственное вещество. Вся эта конструкция во время операции помещается в организм», – пояснил один из разработчиков метода, научный сотрудник кафедры физики низких температур и сверхпроводимости физического факультета МГУ Владимир Зверев.

По словам В.Зверева, используемый при нормальной температуре имплантат внутри организма похож на желе, которое удерживает внутри себя лекарство. «Когда магнитное поле понижает температуру магнитного материала, полимер переходит в жидкообразное состояние и выпускает лекарство в месте установки имплантата.

Например, когда после установки имплантата происходит воспаление, неинвазивное приложение внешнего магнитного поля позволит выпустить нужную порцию лекарства в течение нужного времени в нужном месте. Благодаря «адресной» доставке лекарство будет воздействовать только на источник воспаления и не нанесёт вреда остальному организму», – рассказал учёный.

Примечательно в этой связи и то, что в Российском онкологическом научном центре им. Н.Н.Блохина начаты опыты по использованию эффекта МКЭ и магнитных микро-частиц для терапии опухолей. Кроме того, весной нынешнего года Министерство экономики и развития РФ опубликовало проект федерального закона по созданию «технологической долины» на базе МГУ, где планируется реализовать «всю цепочку создания инноваций»: от прикладных лабораторных исследований до создания инженерных образцов и производства малых серий продукции. Проект долины оценивается в 110 млрд руб.

Марк ВИНТЕР.  
МИА Сити!

## Дословно

## Ямал как лакмус

Как бы дальше не было хуже...



Успех борьбы с сибирской язвой и другими вспышками особо опасных инфекций зависит, в том числе, от финансирования науки, считает известный российский вирусолог, заведующий лабораторией бионанотехнологий, микробиологии и вирусологии Новосибирского государственного университета, член-корреспондент РАН Сергей Нетёсов.

Комментируя для СМИ ситуацию со стремительным распространением сибирской язвы в Ямало-Ненецком автономном округе, он подчеркнул: тот факт, что в условиях вечной мерзлоты неожиданно для всех оттаял и начал активно размножаться возбудитель данной инфекции, надо воспринимать как сигнал к принятию немедленных решений. Дальше будет хуже.

– Глобальное потепление абсолютно точно принесёт как новые, так и давно забытые заболевания. Сибирская язва уже показала себя. Лихорадка Западного Нила тоже к нам постепенно подступает. И коль скоро тропические инфекции сюда рано или поздно придут, нужно успеть подготовить и апробировать диагностикумы для них, – предупреждает профессор Нетёсов.

Учёный выразил надежду на то, что происходящее сейчас на Ямале станет для государства стимулом к финансированию дополнительных исследований в области особо опасных инфекций. Поиски истинных причин подобных вспышек необходимы для разработки мер профилактики аналогичных ЧП в будущем, считает эксперт.

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».



– Я глубоко убеждён в том, что свежеспечённый специалист по окончании года должен некоторое время проработать в клинике под наблюдением старших коллег – кафедральных сотрудников, у которых можно научиться не только врачеванию, но и профессиональной этике, отношению к делу и пациентам. К сожалению, в иных условиях это выполнить невозможно и принять это необходимо как факт. Поэтому моё отношение к отмене интернатуры – отрицательное. Тем не менее в сложившейся ситуации нужно не сокрушаться, сотрясая воздух неконструктивной критикой инициаторов данной идеи, а искать, что называется, наиболее эффективный выход из сложившейся ситуации.

**– Неужто вы, Аркадий Львович, полагаете, что за 6 лет образования на вузовском этапе нельзя подготовить квалифицированного специалиста для самостоятельной работы в первичном звене?**

– Цель медвуза – дать будущему доктору представление о медицине как таковой, познакомить молодого человека с многообразием патологий по всем клиническим направлениям, на основании чего он и должен сделать свой выбор относительно той или иной специализации. Одна из тенденций в нынешнем здравоохранении – профилактика, предупреждение болезней. Поэтому главный акцент вузовского образования должен быть сделан на создании клинических кафедр, готовящих поликлинических докторов. Возникает справедливый вопрос: а кто же будет преподавать на этих кафедрах?

Достаточно ли у нас таких педагогических кадров, ориентированных в современной поликлинике, где необходимо выстраивать принципиально новый алгоритм общения пациента с врачом в условиях дефицита времени, маршрутизации больных, электронизации отрасли? Основной задачей медицинского образования на современном этапе является овладение искусством амбулаторного приёма.

В условиях стационара работать с пациентом проще. Больной проходит через своеобразный «консилиум»: врач приёмного отделения, дежурный по стационару, пациента докладывают на утренней административной конференции, потом на утренней клинической конференции, после чего его смотрит лечащий врач, заведующий отделением и кафедральный сотрудник. При таком подходе ошибка минимизируется. В поликлинике такого нет. Врачу амбулаторного звена не с кем посоветоваться. От его квалификации зависит диагностическая концепция и тактика ведения больного. Очевидно, что от поликлинического доктора зависит практически всё, что касается здоровья его пациентов.

К сожалению, система кафедр поликлинической терапии в нашей стране иная. Далеко не во всех поликлиниках есть профессорско-преподавательский состав, способный оказывать консультативную помощь городским врачам, заниматься их образованием, проводить консилиумы, клинко-анатомические конференции и разборы наиболее трудных и прогностически неясных пациентов. Этого мало: только осознавать, что подготовленное первичное звено – залог отраслевой эффективности. Надо предпринимать какие-то действия в этой связи.

На одних лозунгах далеко не уедешь. И у меня на этот счёт есть свои соображения, основанные на многолетнем клиническом и педагогическом опыте.

Таким образом, с моей точки зрения, в нашей нынешней реальности, когда интернатура отменена, акцент в вузовском образовании следует сделать на профилактическое направ-

«рейтинг» этих болезней – чтобы не думать о том, чего не может быть. Также нельзя не сказать и о социальном уровне больных, среди которых есть злоупотребляющие алкоголем, наркоманы, мигранты, бомжи и т.д. У них свои болезни – социально обусловленные. Это должно быть проскринировано сразу. С первого взгляда.

плакаты для больных. Пациенты должны быть образованными наряду с докторами.

Мне кажется, что наступил тот момент, когда мнения ведущих экспертов нужно объединить и экстраполировать максимально широко с целью наиболее эффективного их применения практическими врачами. Необходимо создавать университетские кли-

**– В нынешнем году стартовал проект по аккредитации медицинских работников. Что скажете об этом?**

– Это единственный путь хоть каким-то образом регламентировать образование врача. Волей-неволей они обязаны посещать образовательные мероприятия. Мне легко об этом говорить, так как я возглавляю профессиональное общество амбулаторных врачей. Мы интегрированы в эту балльно-кредитную систему и проводим образовательные мероприятия во всех регионах нашей страны для врачей первичного звена в течение двух последних лет – сессии «амбулаторного приёма».

У меня не возникает сомнения на счёт того, что любое образовательное мероприятие – это школа. В этой связи наше общество создаёт учебники для докторов, посещающих «амбулаторный приём», где мы резюмируем сказанное во время сессий – тот сухой остаток, который должен остаться в головах врачей по окончании мероприятия. От методологии ведения амбулаторной карты и расспроса больного до тех или иных тонкостей профессии терапевта первичного звена, основанных на мультидисциплинарном подходе с учётом многообразия внутренней медицины.

Однако этого не всегда достаточно для привлечения врачей. В этой связи надо уяснить, что эпоха лекций прошла. Изложение синтезированных знаний на протяжении 6 часов мало кого удержит в аудитории. В рамках наших сессий проходят спектакли с участием профессиональных актёров. С помощью фраз из классических произведений мы способствуем формированию у докторов тех или иных ассоциаций, необходимых для их повседневной практики. Наряду с этим проводим «круглые столы» в различном формате, где в ходе живой беседы обсуждаем ту или иную клиническую ситуацию, делимся опытом.

Эффективно ли это? Мы создали анонимное голосование и отзывы относительно пользы наших мероприятий. Мне неудобно хвалить себя и своих сотрудников, однако должен заметить, что ни одного негативного отзыва мы не получили. Тысячи благодарных писем. Более того, в случае повторного проведения нашей сессии в том или ином городе до 40% слушателей – те, кто был в прошлый раз. Это колоссальная цифра. Народ голосует ногами. Для нас это наивысшая награда.

**– Реформы столичного сегмента отрасли подошли к концу. Как бы вы оценили терапевтическую их составляющую?**

– То, что мы идём в «амбулаторном» направлении, несомненно позитивно. Расширяется поликлиническое звено. В наших стационарах подчас находится немало больных, помощь которым можно оказывать в амбулаторных условиях. Относительный негатив данной реформы состоит в том, что далеко не все врачи оказались готовы к этому. Отныне терапевты – не диспетчеры, а ключевое звено в системе. Мы пришли к тому, что врач первичного звена должен справляться как минимум с 80% обращений пациента за медпомощью. Именно поэтому их нужно учить в срочном порядке, чем мы и занимаемся. Весьма эффективно, как мне кажется.

Беседу вёл  
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,  
обозреватель «МГ».

## Авторитетное мнение

# На новый лад

Результаты нашей работы берут своё начало в первичном звене

Нынешний год для отечественного здравоохранения весьма символичен. Конечно же, речь идёт об упразднении обучения выпускников медицинских вузов в интернатуре. Отныне для того, чтобы работать участковым терапевтом или педиатром, достаточно иметь диплом о высшем медицинском образовании. Наряду с этим набирает обороты проект по аккредитации медицинских работников – новый метод подтверждения своей профессиональной пригодности и готовности к эффективной работе в практическом здравоохранении: на смену привычным образовательным циклам, проводимым раз в 5 лет, пришла балльная система, учитывающая самые разные аспекты оценки последипломного образования – от конкретных результатов ведения пациента до посещения доктором всевозможных отраслевых образовательных мероприятий.

Своим нетривиальным взглядом на обозначенную проблематику, а также некоторыми другими суждениями на чрезвычайно актуальные для отечественного здравоохранения темы накануне очередного учебного года с читателями «МГ» поделился один из ведущих экспертов нашей страны в области внутренней медицины, заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, член президиума Российского научного медицинского общества терапевтов, профессор, заслуженный деятель науки РФ Аркадий ВЕРТКИН, отмечающий в эти дни, кстати говоря, своё 65-летие.



ление в изучении той или иной патологии, а также увеличить часы пребывания студентов на кафедрах поликлинической терапии. Хочу заметить, что отказываться от традиционной концепции изучения внутренней медицины через кафедры пропедевтики внутренних болезней, факультетской и госпитальной терапии нельзя. Именно на этот базис и следует наращивать знания по амбулаторной патологии, поскольку большинство выпускников пойдёт работать в первичное звено. И приходиться туда надо с хорошими знаниями. Иначе – беда.

**– Каким образом, на ваш взгляд, следует осуществлять переобучение врачебных кадров в поликлиниках?**

– Дело в том, что за последние годы в амбулаторной практике появились новые вещи, о которых не говорилось раньше: паллиативная помощь, реабилитация, геронтология. Такова реальность. От этого никуда не деться. Как известно, в настоящее время сокращаются стационарные койки, всё реже происходят госпитализации по «03». Однако человек должен где-то лечиться. И место его лечения – поликлиника. А для того чтобы не обращаться туда вследствие обострения того или иного заболевания, надо заниматься профилактикой. И этот процесс должен носить обоюдный характер: от пациента зависит не меньше, чем от врача. Очень многое жидется на комплаентности.

У меня на этот счёт есть свой рецепт. Предварительный диагноз врач поликлиники должен ставить, что называется, с порога: молодой пациент или пожилой, полный или худой, мужчина или женщина и т.д. Каждой такой группе в той или иной степени свойственна своя патология. Как следствие – свой алгоритм. Под стеклом у врача должен лежать

Наряду с этим необходимо помнить о так называемой причине обращения. Ведь то, что для больного является главным, зачастую может быть всего лишь следствием более важного процесса в организме. Приведу небольшой пример: в нашей клинике было исследовано 100 пациентов с острой аллергической реакцией. У четверых из этих больных мы выявили злокачественные новообразования, у шестерых – сахарный диабет 2-го типа и т.д. Если бы они к нам не поступили, то вряд ли бы у них выявили эти патологии в поликлинике. Не было бы счастья, да несчастье помогло, как говорится.

Кроме того, врач поликлиники должен понимать, что наиболее социально значимыми заболеваниями являются сердечно-сосудистые катастрофы, хроническая обструктивная болезнь лёгких, сахарный диабет 2-го типа, онкологические заболевания, а также патология опорно-двигательного аппарата. На каждую группу из этих болезней существует простой перечень вопросов. Это должно быть в виде памятки на столе у врача. На нашей кафедре, кстати говоря, были специально разработаны такие «шпаргалки» для амбулаторных докторов.

Врач просто обязан проскринировать каждого больного, обращающегося к нему, на эти патологии, после чего смоделировать диагностическую концепцию и выстроить риски по той или иной болезни. Ничего сверхъестественного. Я глубоко убеждён в том, что стены в кабинете врача должны быть увешаны такими подсказками – алгоритмами диагностики и ведения пациента в случае той или иной жалобы. Помимо этого, я полагаю, что в коридорах медучреждения должны быть вывешены образовательные

ники и на базе поликлиник, где бы у кафедральных сотрудников была возможность проведения клинко-анатомических конференций, клинических разборов, консилиумов и т.д. Уверен, что администрация медучреждения встретит таких «кафедралов» с распростёртыми объятиями. К этому нас подводит жизнь: вследствие закрытия стационаров многие кафедры лишаются баз. Путь у них один: в поликлинику. Единственное условие – принимать полноценное участие в лечебном процессе. И ещё, как мне кажется, в идеале нам следует проводить ротацию докторов между поликлиниками и стационарами, как это происходит на Западе – только в этом случае образовательный процесс полноценен. Уверен, что мы придём к этому. Иначе – никак.

**– К слову – об университетских клиниках. За последний год столичных медвузов на базе городских больниц создают университетские клиники. Одной из таких клиник руководите вы. Насколько это позитивно с вашей точки зрения?**

– Что касается нашей базы, то это всего лишь получение официального статуса. Ничего нового не произошло. Принцип нашей деятельности ничуть не изменился. Львиная доля лечебной работы по оказанию терапевтической помощи в городской клинической больнице им. С.И.Спасокукоцкого Департамента здравоохранения Москвы традиционно лежит на возглавляемой мною кафедре. Уверю вас: университетская клиника – это суть, а не красивое название. Те кафедры, которые не занимаются лечебной работой, не являются университетской клиникой, несмотря на такое почётное название и не станут ею автоматически при получении официального статуса.



## Итоги и прогнозы

## Азы «регуляторной науки»

Сейчас задача – внедрить её быстро и грамотно

В рамках мероприятия, посвящённого вопросам инспектирования производителей лекарственных средств на соответствие требованиям Надлежащей производственной практики (GMP), проректор по развитию Санкт-Петербургской государственной химико-фармацевтической академии, председатель правления НП «Союз фармацевтических и биомедицинских кластеров России», кандидат экономических наук Захар Голант рассказал об основных тенденциях в развитии отрасли и недостатках, которые предстоит устранять.

– Фармацевтическая отрасль активно развивается, – уверенно сообщил он. – Только в Санкт-Петербурге за последние 3 года введено в эксплуатацию 6 новых заводов, ещё 4 строятся. Вводятся в строй ещё 2 новых производства. В соответствии с 61-м ФЗ все новые площадки соответствуют требованиям GMP.

Эксперт рассказал о коллизиях нормативно-правовой базы, касающейся перехода на GMP, о планируемых изменениях в российском законодательстве об обращении лекарственных средств и их последствиях для производителей, а также необходимости гармонизации требований по инспектированию фармацевтического производства в рамках ЕврАзЭС.

– Мы относимся к регулированию фармацевтической отрасли как к «регуляторной науке», которая пока только начинает внедряться в России, – подчеркнул выступаю-



щий. – Последние 5 лет в рамках Федеральной целевой программы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу» создаются образовательный и научный компоненты. С 2013 г. по заказу Минпромторга России мы провели ряд исследований российского и глобального рынка, в том числе касающихся производства фармацевтических субстанций. Совместно с рядом крупных российских вузов ведём большую работу по промышленным технологиям химического и биологического синтеза, которые будут актуальны на международном рынке ещё в течение 10-15 лет. Это даёт возможность сформировать научные заделы, которые государство будет финансировать в ближайшие годы.

Однако, отмечая успехи отрасли, мы не должны закрывать глаза на имеющиеся недостатки, считает эксперт. Долгие годы российский фармацевтический рынок практически не регулировался. Более 70% лекарств составляли импорт-

ные препараты неизвестного качества. До сих пор проверки проходят в основном в добровольно-заявительном порядке. Когда участникам рынка – производителям, сетям, дистрибьюторам – предлагают предоставить образцы продукции, вряд ли кто-то из них направит препарат, в качестве которого он сомневается.

– Из-за неготовности компаний постановления Правительства по поэтапному переходу на GMP срывались 4 раза – в 2001, 2004, 2008 и 2011 гг., – заявил З.Голант. – В 2018 г. заканчивается переходный период и требования 61-го ФЗ должны быть едины абсолютно для всего объёма обращающейся на рынке продукции.

Среди основных задач, стоящих перед отраслью, спикер выделил санацию рынка лекарственных средств от неэффективных и устаревших препаратов, внесение сведений о фармсубстанциях в государственный реестр, повышение качества фармацевтической продукции.

– Сопоставимые по сложности

проблемы были связаны с регистрацией лекарственных препаратов, – отметил эксперт. – Однако к чести Минздрава за 2-3 года было решено большинство организационных вопросов.

В настоящее время Минпромторгом России развёрнута масштабная работа по контролю качества выпускаемой продукции. В 2013 г. был издан приказ «Об утверждении Правил организации производства и контроля качества лекарственных средств», по которому все российские компании должны пройти проверку на соответствие требованиям GMP. Проверками зарубежных площадок занимается Государственный институт лекарственных средств и надлежащих практик (ФБУ «ГИЛСиНП»), которым подготовлено 20 инспекторов с опытом работы в промышленности, прошедших соответствующее обучение и стажировки за рубежом. Проверки российских производителей проводит Департамент развития фармацевтической и медицинской промышленности Минпромторга России при участии инспекторов ГИЛСиНП.

– Сегодня для российских площадок требование по инспектированию на соответствие приказу № 916 является частью лицензионных требований, – подчеркнул З.Голант. – При этом процедура инспектирования полностью соответствует всем международным стандартам. Наша задача, чтобы период внедрения происходил максимально быстро и грамотно.

Ирина АНДРЕЕВА.

## Идеи

Европейская федерация фармацевтической промышленности и ассоциаций (EFPIA) предлагает платить за лекарства по результатам лечения. В докладе, который EFPIA предоставила Reuters, предлагается новая модель ценообразования, согласно которой фармкомпания не будет получать оплату, если средство не дало эффекта, а вот хороший результат может быть вознаграждён дополнительно.

## Производители идут на компромисс

Как пишет Reuters, предлагаемая EFPIA модель – ответ фармрынка на всё чаще задаваемый правительствами и страховыми компаниями вопрос о высокой стоимости лекарств. Такой подход уже был опробован в Европе. В частности, в Великобритании и Италии механизмы взаимодействия с фармкомпаниями по некоторым препаратам построены так, что оплату поставщики получают только за тех пациентов, которые ответили на лечение.

Производители готовы идти на компромисс, предлагая сделать подход массовым. В свою очередь, они хотят избавиться от схемы параллельного импорта и модели референтного ценообразования, которая позволяет правительствам устанавливать свои цены на лекарства.

Модель ценообразования по результатам является также способом выиграть конкуренцию с более дешёвыми дженериками или продвигнуть новый перспективный препарат. Она может быть установлена не только между фармкомпанией и оптовым покупателем в лице государства, но и между продавцом и конечным потребителем.

Оскар ФЕЛЬДМАН.

## Акценты

Согласно данным розничного аудита DSM Group, объём коммерческого рынка лекарственных препаратов в июне 2016 г. составил 47,9 млрд руб. (с НДС). По сравнению с маем ёмкость рынка увеличилась на 2,5%.

## Летний подъём

Как складывается ситуация на фармацевтическом рынке

В летний период на отечественном фармрынке обычно отмечается снижение спроса на лекарства. Так было на протяжении нескольких прошлых лет. Исключением стал 2015 г., когда после заметного спада потребления ЛП в мае последовало увеличение стоимостной ёмкости рынка на 3,1%. В этом году июнь также был «растущим» месяцем, причём весь период весны – начала лета 2016 г. можно назвать «позитивным», так как несомненных спадов спроса на лекарства не наблюдалось, отмечают аналитики.

Сокращение коммерческого рынка лекарств за первые полгода 2016 г. относительно аналогичного периода 2015 г. в рублёвом эквиваленте составило 3,6%. В натуральных единицах измерения ёмкость рынка в июне 2016 г. составила 318,6 млн упаковок, что на 0,8% больше, чем в мае, и на 8,5% больше, чем в июне 2015 г.

Средняя стоимость упаковки ЛП в июне 2016 г. увеличилась на 1,7% по сравнению с маем, составив 150,4 руб. Если сравнивать среднюю стоимость упаковки лекарств в первом летнем месяце 2016 г. с июнем

2015 г., то следует отметить рост цены на 8,9%.

Согласно индексу Ласпейреса, в течение июня 2016 г. цены в рублях увеличились на 2,2%. В долларовом выражении индекс цен вырос на 1,8%. Всего же с начала года инфляция цен на лекарства в аптеках страны составила +5,5% в рублёвом выражении и 8,6% в долларе.

Структура коммерческого рынка ЛП в июне 2016 г. по ценовым секторам кардинально не изменилась по сравнению с аналогичным периодом прошлого года. Незначительным трендом последнего времени являлось постепенное сокращение доли «недорогих» лекарств (средняя стоимость упаковки которых ниже 150 руб.) и увеличение удельного веса «дорогих» препаратов (со средней стоимостью упаковки выше 150 руб.). В июне 2016 г. доля рынка «недорогих» препаратов по сравнению с июнем прошлого года сократилась на 0,5%.

По итогам июня 2016 г. 57% препаратов, реализованных на рынке, являлись отечественными (в натуральных единицах измерения), однако ввиду

своей невысокой цены относительно импортных лекарств в стоимостном выражении они занимали лишь 25%. Ком-

мерческий сегмент рынка в анализируемый период на 51% был представлен рецептурными препаратами и на 49% – безрецептурными.

В июне 2015 г. ситуация была схожей – удельный вес ОТС-лекарств был меньше (48%), а Rx-препараты занимали большую долю (52%). Что касается натурального объёма потребления, то распределение долей между лекарствами в зависимости от типа отпуска также не изменилось относительно июня 2015 г. – 31% пришёлся на Rx-препараты, а 69% – на ОТС-лекарства.

Объём российского аптечного рынка БАД в стоимостном выражении в июне 2016 г. сократился на 2,1% относительно мая и составил 2,5 млрд руб. В натуральном выражении объём аптечного рынка БАД в первом месяце лета уменьшился на 5,6% по сравнению с аналогичным периодом 2015 г. и составил 20,4 млн упаковок. Средневзвешенная цена упаковок БАД в июне 2016 г. по сравнению с маем выросла на 7,2% и составила 123,7 руб.

Ольга СТЕПКО.

## Опрос

## Аптек слишком много?

Тем не менее конкуренция среди них усилится

Более половины руководителей аптечных сетей выступают за законодательное ограничение количества аптек в стране. Такую меру поддержки аптечного рынка выбрали 58% участников исследования российской фармацевтической розницы, проведённого компанией KPMG. В исследовании «Обзор и анализ актуальных трендов на аптечном рынке России» участвовали владельцы и топ-менеджеры 21 аптечной сети.

Среди мер, которые могли бы поддержать отрасль, на втором месте по популярности – смягчение режима регулирования торговли препаратами из Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Этот путь указали 42% респондентов. Также игроки заинтересованы в усилении регулирования специальных режимов налогообложения – ЕНВД, УСН, говорится в исследовании.

Большинство участников исследования считают уровень конкуренции на аптечном рынке высоким – такого мнения придерживаются 76% опрошенных. При этом 62% респондентов считают, что в 2016 г. конкуренция усилится, этому будет способствовать агрессивная ценовая политика и высокая концентрация сетей, экспансия локальных игроков и развитие аптечных дискаунтеров и супермаркетов.

Около 90% опрошенных топ-менеджеров аптек считают, что основная причина конкуренции в 2016 г. – это агрессивная ценовая политика игроков, 65% считают, что это высокая концентрация сетей в их регионах. При этом приоритетными задачами

для 67% крупных и 92% средних и малых сетей является расширение присутствия в своих регионах. Расширение в новые регионы выбирают 33% крупных сетей. Новые регионы оказались интересны для 17% средних и малых сетей. Для большинства участников исследования также приоритетна оптимизация работы с поставщиками и арендодателями.

Большинство компаний прогнозируют рост выручки по итогам 2016 г., в том числе за счёт инфляции и роста аптечной сети. Однако 44% участников опроса ожидают снижения рентабельности бизнеса. 78% крупных сетей отдадут предпочтение низкому ценовому сегменту.

Почти все топ-менеджеры аптечных сетей планируют расширение бизнеса в 2016 г., при этом 48% – через приобретение других аптек, 52% – через органический рост. Больше половины собираются нарастить количество аптек на 20% и более. И всё же потенциально в поглощениях других аптек заинтересовано большинство игроков: 89% крупных сетей и 50% средних и мелких.

В своём исследовании KPMG опиралась на данные рейтинга «Топ-100 аптечных сетей» журнала Vademecum за 2015 г. Выручка 100 крупнейших аптечных сетей в 2015 г. составила 450 млрд руб., увеличившись по сравнению с 2014 г. на 17,8%. Количество точек, которыми управляют эти сети, превысило 20 тыс. При этом на 10 крупнейших игроков рынка приходится 45% выручки.

Анна КРАСАВКИНА.



Взгляд

# Адгезия наносфер

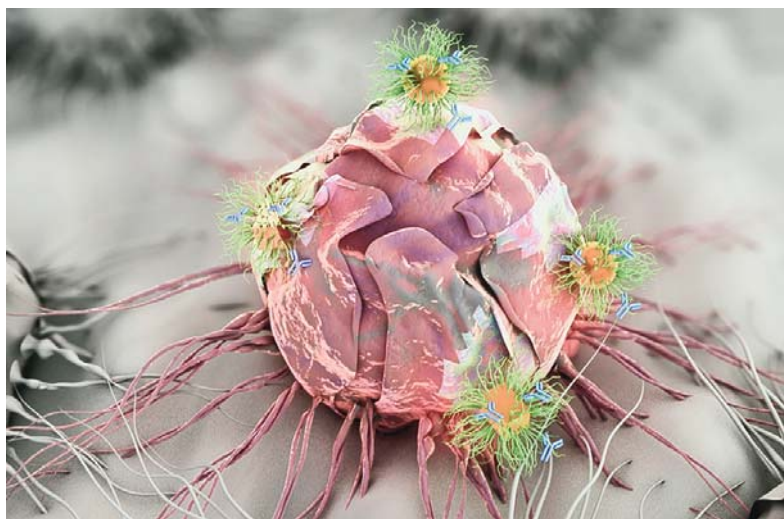
Старость неприятна утерей ясности ума, достаточной силы и крепкой памяти. Реальность, однако, свидетельствует о том, что при относительном сохранении соматика мозг начинает «отключаться» несколько ранее. Возможно, что нарушения иннервации ведут к утере мышечной массы, или саркопении, в результате чего старость, хотя и знает много, да может мало.

В Базельском университете выяснили, что «сигналы», притекающие в мозг с ликвором способны омолаживать нервные стволовые клетки (НСК), которые начинают делиться, производя новые нейроны с их красным белковым маркером. Можно добавить, что ликвор циркулирует по желудочкам-вентрикулам, а НСК «сидят» в поджелудочковой – субвентрикулярной зоне. Особенно бурно этот процесс протекает в период полового созревания, когда мальчики и девочки буквально преображаются. Именно тогда на поверхности клеток появляются специфические маркеры клеточной «взрослости», которые сейчас научились не только выявлять, но и использовать в практических целях.

Специфические протеины есть продукт активности их генов, которая регулируется, помимо всего прочего, и микроРНК (miR). Сотрудники исследовательского института животных в Пекине «перебрали» почти 2400 miR, выявив одну из них, которая регулирует внутриутробное развитие мышц плода. Её уровень резко падает после рождения ребёнка, но вновь повышается после мышечных травм, что можно использовать в клинической практике, например при кахексии у раковых пациентов.

Несколько иной подход предложили в Базеле, где показано, что протеин гена Nanog не только обращает «вспясть» развитие мышц, но и реально омолаживает стареющие стволовые клетки. Омоложение клеток приводит к восстановлению актиновых нитей (белок актин образует прочную сеть, удерживающую упругость молодых тканей). Nanog активирует фермент, названный ROCK – «скала» и трансформирующий ростовой фактор, мутации которого выявляются при многих раках, так как он определяет трансформацию здоровых клеток в опухолевые. Два белка транслоцируют белок миокардин, открытый поначалу в сердечной мышце, откуда его название, в ядро, где он включает гены миогенины.

Роль эмбрионального гена Nanog особенно ярко проявляется при одной из форм прогерии, или преждевременного старения. В Базеле впервые удалось «оживить» мышечные стволовые клетки в биопсии, взятой у одной из жертв этого заболевания.



Опухоль (розовая), «атакуемая» наносферами и нанопалочками

А в Университете Сингапура и Массачусетском технологическом институте (МИТ) анализировали «жидкие» биопсии от пациенток с раком молочной железы. Учёные проанализировали 73 образца крови, взятых у 55 пациенток с локальными и метастазирующими опухолями. Анализ показал, что циркулирующие раковые клетки образуют кластеры, число которых увеличивается с нарастанием резистентности к химиотерапии. Преимуществом такого подхода является то, что в ходе анализа, занимающего всего 24 часа, уже через 2 недели после начала лечения можно выявить лекарственную устойчивость.

А дальше в дело вступают функционализированные наносферы и нанороды (палочки), названные так сотрудниками МИТ за их форму. Преимуществом использования продуктов нанотехнологии является то, что их в составе липкого патча можно приклеивать (stick) непосредственно к опухоли или над нею (поэтому патчи можно ещё называть и противоопухолевыми стикерами). Золотые наносферы имеют диаметр не более 20 нанометров, палочки же – 10 x 40. Переход к патчу обусловлен тем, что лишь менее 1% вводимых с кровью дорогостоящих наночастиц достигает непосредственно опухоли, «забывая» по пути капилляры почек и печени, а также костного мозга и лимфоузлов. Наносферы и палочки несут на себе три терапевтических агента – функциональные антитела с химиотерапевтиком на хвостах их молекул, противоопухолевые miR и агенты фототерапии, убивающие раковые клетки светом.

Повышение активности наноматериалов достигается с помощью околоинфракрасного света, который нагревает нанопалочки, добавляя тем самым и терморазрушение опухоли. Свою статью авторы назвали «Локальная терапия тройной комбинации, которая приводит к регрессии опухоли

толстой кишки с предупреждением дальнейшего её роста».

В стародавние времена ирландские скалды под струнный перезвон рассказывали о таинственной земле-терре, называя её на свой лад Тир на Ног (Nanog), где царит вечная юность. И будто бы отважный юноша Озин без ума влюбился в тамошнюю прекрасную Ниаму, приславшую за ним сказочного коня, способного перелетать над водными просторами, не касаясь их волн. И долгих три года, подобно Одиссею на острове Калипсо, провёл Озин в объятиях своей возлюбленной, но в конце-концов заскучал и стал «отпращиваться» у неё домой. И вновь дала она ему коня, но предупредила, чтобы Озин не ступал на землю, но не послушался он её и соскочил на крыльцо родного дома. И тут же на глазах изумлённых близких и соседей превратился в глубокого старика, после чего вскоре умер.

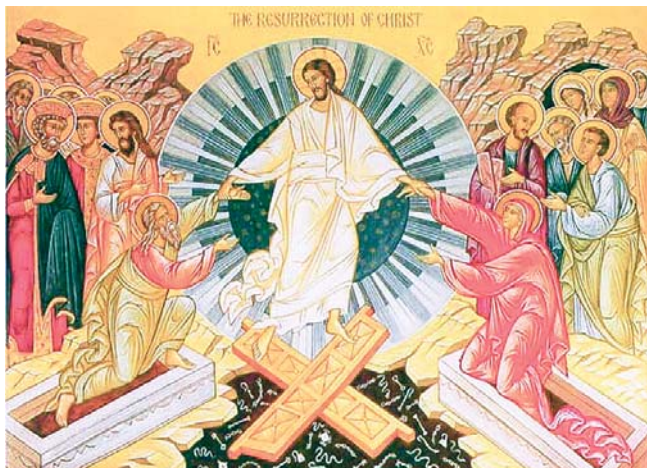
Ирландские саги, вполне возможно, сочинялись до прихода на остров христианских проповедников, у которых тоже был рассказ о сошествии «помазанника» в ад (очень популярный сюжет иконописи и мастеров Ренессанса). Были и до него мифы о геенне огненной и преисподней, реках Стиксе и Лете, «умыкании» в Ад-Аид-Гадес Персефоны, дочери мать-земли Деметры, а также Орфее и Эвридики. Все они хотя бы на словах пытались воскресить давно ушедших или хотя бы задержать расставание с любимыми и близкими. В той же Ирландии рассказывали и об острове Аблахе, или яблочном, откуда некоторые получали «молодые яблоки». На иконах можно видеть, как сошедший в ад, стоя босыми ступнями на кресте, оживляет в преисподней Адама и Еву, восставших к нему из каменных саркофагов, или «пожирателей плоти» (греч. «саркос» – мышца, плоть).

Игорь ЛАЛАЯНЦ,  
кандидат биологических наук.

По материалам New Scientist.



Картина Я.Тинторетто, 1568 г.



Икона с восстающими из саркофагов Адамом (слева) и Евой в красном одеянии

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница» (местность приравнена к районам Крайнего Севера) приглашает на постоянное трудоустройство ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО.

Предоставляются:

- ▶ единовременная компенсационная выплата в размере 1 млн руб. (Закон «О внесении изменений в ст. 3.1. Закона ХМАО – Югры «О регулировании отдельных вопросов в сфере охраны здоровья граждан в ХМАО – Югре» № 53-оз от 16.06.2016.
- ▶ служебное жильё.

Контактные телефоны:

8 (34675) 3-41-20 – отдел управления персоналом  
8 (912) 080-80-48 – заместитель главного врача по поликлинической работе.

Резюме направлять по e-mail: [sovhospital@sovbolnica.pf](mailto:sovhospital@sovbolnica.pf)  
Адрес: ул. Гагарина, д.62/а, г. Советский, ХМАО-Югра 628240.

Гипотезы

## Рецидив рака предскажет биомаркёр?

Рак эндометрия, как известно, – достаточно распространённая форма онкологической патологии. Тем не менее при раннем выявлении и своевременном назначенном лечении опухоли эндометрия хорошо лечатся, однако вероятность развития рецидивов остаётся довольно высокой.

Причины этого пока не ясны, однако в том случае, если возникает рецидив заболевания, лечить опухоль становится гораздо сложнее. Чаще всего она оказывается устойчивой к химиотерапии, а вероятность смертности возрастает.

Группа учёных из Университета Миннесоты (США) предложила методику определения вероятности возникновения рецидивов эндометриального рака. Мартина Баззаро и её коллеги обнаружили биомаркёр, ассоциированный с риском повторного развития опу-

холи. Им оказался фермент USP14. У женщин с высоким уровнем этого фермента рецидивы возникали в 7 раз чаще, чем у тех, у кого концентрация USP14 была низкой. Зная о повышенной вероятности рецидивирования опухоли, врачи смогут внимательнее отнестись к пациенткам и своевременно начать необходимое лечение.

В настоящее время учёные проводят эксперимент, оценивая эффективность использования обнаруженного ими биомаркера для предсказания риска развития эндометриального рака. Пациентки, которые войдут в «группу риска», будут получать иное лечение, чем те, риск рецидивов у которых будет понижен – это позволит избежать повторного возникновения опухоли.

Ян РИЦКИЙ.

По информации  
[eurekalert.org](http://eurekalert.org)

Ну и ну!

## Виртуальный мозг

Учёные из Франции разработали программу, которая моделирует мозг больного эпилепсией и может помочь как в диагностике, так и в лечении болезни. Виртуальный мозг даёт возможность понять, как работает заболевание и какая терапия лучше всего пойдёт в конкретном случае.

Как известно, эпилепсией страдает около 1% всего населения планеты. У каждого больного болезнь проявляется по-разному, так как поражаются разные отделы мозга. Сейчас для диагностики используются в основном электроэнцефалография и магнитно-резонансная томография, однако они не дают полной картины того, что происходит в мозгу пациента. У половины пациентов на МРТ не видно никаких отклонений, поэтому причина болезни остаётся загадкой. Таким образом, проблема диагностики стоит довольно остро.

Исследователи создали персонализированный виртуальный мозг. К общей для всех моделей базе добавляются индивидуальные данные пациента, в частности, то, каким образом различные отделы мозга организованы и соединены между собой у конкретного больного. С помощью виртуального мозга, используя математические модели мозговой активности, учёные выяснили, в каком месте начинаются конвульсии и каким образом они распространяются. Исходя из этого, можно предуга-

дать, каким образом будет себя вести болезнь в каждом отдельно взятом случае, и поставить диагноз более точно.

Более того, около 30% пациентов с эпилепсией могут быть вылечены только хирургическим путём, так как их заболевание не реагирует на лекарства. Операция может быть эффективна только в том случае, если хирург точно знает, где именно и что нужно «починить». Виртуальный мозг даст врачам возможность потренироваться перед операцией, применить несколько различных вариантов без использования инвазивных методов.

С помощью программы есть возможность также просчитать, каким образом мозг будет вести себя после вмешательства, каковы будут последствия операции. В итоге медики смогут выбрать оптимальный именно для этого пациента вариант.

В настоящее время виртуальный мозг находится на стадии клинических испытаний. Учёные тестируют его на больных не только с эпилепсией, но и с другими заболеваниями мозга – инсультами, рассеянным склерозом, болезнью Альцгеймера и другими дегенеративными заболеваниями. В долгосрочной перспективе – возможность персонализированной терапии, разработанной под заболевание конкретного пациента.

Марк ВИНТЕР.

По информации  
[medicalxpress.com](http://medicalxpress.com)



## Тайное и явное

# Зона интуиции

**Вне зависимости от того, преуспевали ли люди в физике в вузе, их в любом случае можно назвать настоящими мастерами этой науки, когда дело доходит до понимания и предсказания того, каким образом поведут себя объекты в реальном мире. Учёные из Университета Дж.Хопкинса (США) нашли источник этой интуиции, «физический движок» мозга.**

Этот отдел работает в тех случаях, когда человек смотрит на какое-либо физическое явление, но при этом «физический движок» связан не со зрением, а с теми регионами мозга, которые отвечают за планирование деятельности. Наблюдающий в любую секунду готов увернуться, поймать, дёрнуть или сделать ещё что-то, что подсказывает ему мозг, ведущий расчёты в реальном времени. На основе полученной при этом информации можно будет, например, создавать более сообразительных роботов.

Ведущий специалист научной группы, доцент Джейсон Фишер, рассказал, что каждый человек в своей голове постоянно проводит вычисления. Эти расчёты необхо-

димы для выживания, но до нынешнего времени учёные не могли определить, какие отделы мозга отвечают за симуляцию, и, соответственно, направленно изучить их. Вместе со специалистами из Института технологии Массачусетса (США) исследователь провёл серию экспериментов, чтобы получить эти данные.

Во время первого эксперимента люди смотрели на башни из блоков. Учёные попросили их примерно определить, куда приземлятся блоки, если башня развалится, а также каких блоков в ней больше, синих или жёлтых. Во время эксперимента мозговая активность участников фиксировалась. За цвет блоков отвечал визуальный центр, а вот направление их возможного падения анализировалось «физическим движком». Во втором опыте людям показывали видеоролики, во время которых на экране двигались две точки, и предлагали угадать, куда они переместятся в следующий момент времени. И в первом, и во втором случае исследователи отметили большую активность в регионах мозга, отвечающих за планирование движений.

Дж.Фишер рассказал, что таким

образом появилась гипотеза о связи этих регионов с «физическим движком», и предположил, что это может иметь корни в детстве. Когда дети тренируют свои моторные навыки, они параллельно познают, как ведёт себя мир и что будет с конкретным предметом, если его схватить.

Таким образом, в их головах создаются физические модели мира вокруг, а также варианты их поведения при различных действиях со стороны ребёнка. В третьем опыте участников попросили просто посмотреть серию коротких роликов, в части из которых было много различных физических явлений, а в другой мало. Чем больше физической информации было на экране, тем активнее работали ключевые отделы мозга.

Возможно, результаты данного исследования помогут не только в создании роботов, но и в лечении людей. Например, такая болезнь, как апраксия – нарушение целенаправленности действий, может быть связана с дефектом «физического движка», невозможностью полноценно симулировать процессы, происходящие в окружающем мире.

Алина КРАУЗЕ.

По материалам газеты  
Proceedings of the National  
Academy of Sciences.

## Открытия, находки

# Тише едешь — дальше будешь

**Учёные из Университета Флорида Галф Кост (США) провели исследование, которое указывает на обратную связь, существующую между уровнем активности и уровнем интеллекта. По словам сотрудников университета, люди с высоким IQ предпочитают спокойный отдых, тогда как те, у кого коэффициент интеллекта ниже, ведут более активный образ жизни.**

В экспериментах принимали участие 60 студентов университета, каждый из которых заполнил анкету, содержащую, например, вопросы. «Мне действительно нравится решать задачи, где нужно искать новые пути решения» или «Я стараюсь размышлять не

больше, чем это необходимо». Студенты отмечали, насколько они согласны или не согласны с тем или иным утверждением. Затем каждого участника снабдили датчиком, который измерял их уровень активности в течение 7 дней.

Выяснилось, что люди, которые по итогам анкетирования показали склонность к умственной деятельности, в будни были менее активны, чем те, кто предпочитал не напрягать мозг лишней раз. В выходные разницы между уровнем активности тех и других не было.

Авторы исследования предположили, что людям с высоким уровнем интеллекта нет нужды придумывать что-либо, чтобы себя развлечь, они всегда могут себя занять. Те же, кто не любил долго

размышлять, быстро начинали скучать, сидя на одном месте, и поэтому стремились занять чем-то тело, а не разум, соответственно, уровень их физической активности был выше.

Сделав вывод, что «мыслители» более склонны к сидячему образу жизни, учёные высказали надежду, что они постараются быть более активными, узнав о результатах исследования. Недостаток движения может стать причиной многих болезней, и разумные люди, по мнению исследователей, зная об этом и о том, что их уровень активности недостаточен, изменят ситуацию, добавив в свою жизнь физических нагрузок.

Марк ВИНТЕР.

По информации medicaldaily.com

## В клиниках и лабораториях

**Сингапурские учёные вырастили в лаборатории мини-мозг и планируют использовать его для изучения болезни Паркинсона и других заболеваний.**

# Паркинсон: исследования продолжаются

Известно, что у пациентов с болезнью Паркинсона уровень продукции нейромеланина снижается, что в результате приводит к развитию тремора и нарушению двигательных функций. У таких пациентов также наблюдается нарушение синтеза дофамина.

Учёным из Сингапура впервые удалось добиться продукции нервными клетками нейромеланина, а также создать мини-мозг с функционально активными дофаминергическими нейронами. Выращенный в лаборатории мини-мозг не превышает 3 мм в длину. Несмотря на столь скромные размеры, такой орган развивается так же, как и настоящий человеческий средний мозг. Клетки делятся, формируют слои, между нейронами образуются связи.

Новая лабораторная модель

позволит учёным провести ряд исследований, например, протестировать, как влияют на мозг и его развитие новые или существующие лекарственные препараты. Кроме того, авторы планируют выяснить, что провоцирует развитие болезни. Использование мини-мозга станет альтернативой проведению опытов на животных, которые многие считают неэтичными.

Ранее исследователями в других странах удалось вырастить и другие мини-органы: японские учёные создали мини-печень из плюрипотентных стволовых клеток, а немецкие – мини-кишечник для изучения процессов пищеварения.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации  
medicalxpress.com

## Ракурс

**Японские учёные из Университета Кэйо совместно с компанией Cyberdyne начали разработку методов лечения повреждений спинного мозга с использованием индуцированных стволовых клеток (IPS-клеток) и роботизированных экзоскелетов.**

# В целях передвижения

Известно, что на первом этапе исследований будет отобрано от 20 до 30 пациентов, живущих с повреждениями спинного мозга не более полугода. Затем в течение нескольких месяцев они будут проходить специальные тренировки от 3 до 5 раз в неделю. Каждое такое занятие будет проходить не менее часа. Больным предстоит выполнять различные упражнения при помощи роботизированного костюма HAL. Принцип его работы состоит в том, что встроенные в костюм многочисленные датчики распознают поступающие от мозга к конечностям сигналы, после чего отдельные узлы механизма приходят в движение, помогая человеку двигаться.

Пока инженеры и врачи будут анализировать успешность

данной методики, профессор Хидэюки Окано приступит к выращиванию нейронов из стволовых клеток. Полученные таким образом нейроны планируется пересаживать пациентам для стимулирования роста нервной ткани. На втором этапе исследований оба метода – пересадку выращенных нервных клеток и тренировки с помощью экзоскелета – попробуют применить одновременно.

Именно таким образом японские учёные надеются помочь людям, которые уже долгое время живут с повреждением спинного мозга и не смогли добиться прогресса в восстановлении с применением экзоскелетов.

Ян РИЦКИЙ.

По информации Nikkei.

## Этика и деонтология

# Ошибся — надо обязательно признаться

**В своих ошибках признаётся и извиняется за совершённые в своей практике оплошности лишь половина оперирующих хирургов – 55 из 100.**

Столько же в случае допущения каких-либо серьёзных врачебных ошибок во время операции обсуждают с пациентами вопрос, были ли эти ошибки предотвратимыми или неизбежными. А 13%, как показало исследование, проведённое учёными из Бостонского университета (США), вообще не испытывают никакого сожаления по этому поводу.

Между тем правила оказания врачебной помощи в США настоятельно требуют от врача признания в совершении ошибки и изложения её подробностей не только пациенту (если тот остался

жив), но и всем членам его семьи. В противном случае врач грозит судебные иски, компенсация ущерба и даже лишение лицензии.

Как свидетельствует статистика, врачебные ошибки являются одной из основных причин смертности в США – по этой причине ежегодно погибают более 250 тыс. человек, установили исследователи из Университета Дж.Хопкинса.

В Великобритании из 4,6 млн ежегодно проводимых хирургических процедур врачебные ошибки совершаются в одной из 20 тыс. операций. Несмотря на прилагаемые усилия, эта цифра никак не хочет снижаться, отмечают эксперты.

Валентин МАЛОВ.

По информации MedikForum

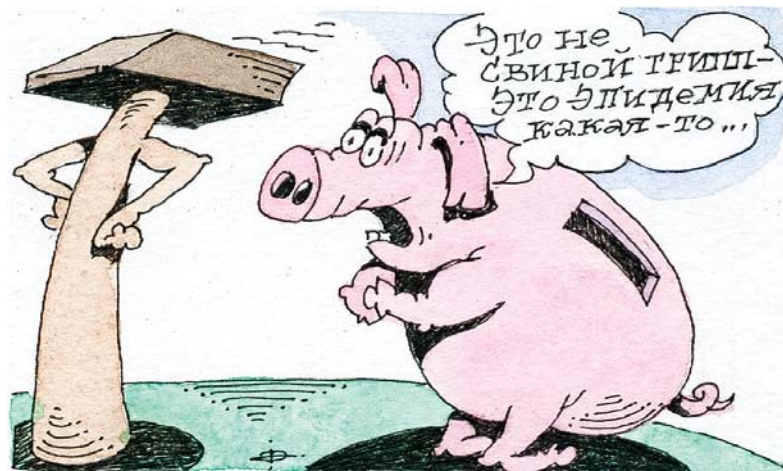
## Жизнь как она есть

# Индийские загадки

**Родители 19-летнего пациента, поступившего в одну из индийских больниц, обратились в полицию, заявив, что врачи отключили молодого человека от аппарата искусственной вентиляции лёгких из-за того, что семья не оплатила выставленные счета.**

Химаншу Шарма страдал заболеванием лёгких, кроме этого, у него были выявлены симптомы свиного гриппа. Отключение юноши от аппарата ИВЛ привело к его смерти, считают родственники.

Впрочем, представитель больницы, в которой проходил лечение молодой человек, утверждает, что пациент был в тяжёлом состоянии и умер от остановки сердца. Врачи подчёркивают, что оплата счетов здесь ни при чём. Анализы подтвердили, что у молодого человека свиной грипп. Медики предложили перевезти его в другую больницу, однако родственники отказались. Состояние мужчины резко ухуд-



шилось, и в тот же день он умер.

Родственники утверждают, что, несмотря на то, что они оплатили все выставленные им счета, клиника требовала с них ещё 30 тыс. рупий, которые и требовались на транспортировку пациента в другую больницу. Родные юноши

не только подали заявление в полицию, но и устроили потасовку в клинике, в результате чего было повреждено больничное имущество, а некоторые сотрудники получили травмы.

Борис БЕРКУТ.

По информации indiatimes.com



Нынешний год проходит под знаком повышенного внимания к писателю Николаю Лескову. 185 лет назад появился на свет этот удивительный литератор, создавший замечательные романы, интереснейшие повести, святочные рассказы, оригинальные религиозно-наблюдательные работы и фундаментальные труды по русской иконописи и книжной культуре. Между тем Николай Лесков первые очерки и заметки опубликовал в специализированных медицинских изданиях, был тесно связан с видными профессорами-медиками эпохи и посвятил медицине немало страниц неповторимой прозы.

Сегодняшним читателям Н.Лесков известен в основном как создатель неувядаемого образа тульского мастера Левши, подковавшего «аглицкую» блоху, а также как автор многократно экранизированной повести о леди Макбет Мценского уезда и перенесённой на сцену Дмитрием Шостаковичем (опера «Катерина Измайлова»).

Контакты Лескова с медицинской были основательными и многолетними, поэтому целесообразно рассказать более подробно об этом. Прежде всего важно напомнить, что художественный тип интеллектуальной деятельности, познаваемый через беллетристику, весьма важен для профессиональной работы медика. Вот почему именно из творческой лаборатории Лескова врачующие всегда могут извлекать ценную информацию о человеческой личности, формируя полное представление о пациенте для возвращения изменённого патологией потенциала здоровья и эффективной персонализированной реабилитации больного.

### Родом из поповичей...

В Орловской губернии, давшей словесности немало даровитых литераторов, в сельце Горохово в семье чиновника Семёна Лескова и потомственной дворянки Марии Алферьевой родился 4 февраля 1831 г. сын Николай. Род Лесковых происходил из среды духовенства. Все, кроме отца, нарушившего традицию, были священниками в селе Лески на Орловщине. От его названия и пошла фамилия Лесковых. Юный Коля в деревне жил на полной свободе и пользовался ею по своему усмотрению. Простонародный быт он познал в мельчайших деталях, что пригодилось ему на всю жизнь. Впервые прочитав «Записки охотника» И.Тургенева, он с юной поры стал страстным книголюбом. Сестра его матери Наталия Петровна была замужем за богачом Михаилом Страховым – деспотичным ревнивцем и сумасбродным стариком, бывшим на 40 лет старше супруги. Живя в семье Страховых, юный Лесков набрался «ужасных впечатлений», которые развили «ту мучительную нервность», от которой писатель будет страдать всю жизнь... В семье Страховых было 6 детей, для их воспитания наняли русского и немецкого учителей, а также гувернантку-француженку. Науки, политес и языки одарённому Николаю давались без напряжения. В 16-летнем возрасте (благодаря отцовским связям) Николай устроился служить в Орловской палате уголовного суда мелким чиновником. В 1849 г. его переводят в Киев чиновником казённой палаты, а спустя некоторое время определяют помощником столоначальника по рекрутскому столу ревизского отделения.

### Около медицины

Университетский Киев много дал будущему литератору. В доме дяди профессора-медика С.Алферьева Николай встречался с молодыми преподавателями университетского кружка, особенно полезными

были беседы с профессором И.Якубовским, с первых встреч оценившим даровитость нашего героя, а также с профессором – юристом С.Богородским, который был автором капитального труда «Очерк истории уголовного законодательства в Европе с начала XVII века». Большое влияние на Лескова оказал и основоположник русской статистической науки Д.Журавский, образ коего был

### Болезни великих

# Смерть и бессмертие Николая Лескова

Немало страниц его неповторимой прозы были посвящены медицине

после отражён в лесковской хронике «Захудалый род» (1874 г.). В киевскую пору (а прожил здесь Лесков 10 лет) Николай много времени проводил с молодыми интеллектуалами в дискуссиях о Канте, Гегеле, в разговорах о высоком и прекрасном...

В литературство его «травляли» профессора Киевского императорского университета им. Святого Владимира А.Вальтер и Н.Козлов. Последний (Николай Илларионович Козлов) 12 лет заведовал университетской кафедрой анатомии, а затем служил в Петербурге на высоких должностях в медицинских департаментах министерств внутренних дел и военном и много полезного сделал для нашего героя в петербургский период его жизни.

Карьера Лескова между тем шла в гору – в октябре 1853 г. он уже был столоначальником Киевской казённой палаты, а затем и губернским секретарём. В 1857 г. Лесков подаёт прошение об увольнении от службы и начинает разъезжать по делам компании мужа своей тётки, обрусевшего англичанина А.Шкотта, по всей России. Со студентами-медиками будущий писатель общался особенно часто благодаря дяде, врачу Сергею Алфёрову, а словесные баталии с молодыми профессорами университета побуждали к интенсивной работе по самоусовершенствованию и саморазвитию, программировали прихотливую эволюцию Лескова, с пылом и жаром в ту пору увлечёвшегося статистикой, социологией, философией и политической экономией. Трёхлетние же странствования Лескова по делам компании Шкотта познакомили его уже с настоящими, не книжными, конкретными условиями житья-бытья широчайших кругов населения России, что создало необходимый базис формирования оригинального художника-беллетриста, выросшего на богатой почве практических знаний.

В 1859 г. по некоторым губерниям прокатилась волна так называемых «питейных бунтов». Лескову было неплохо известно положение дел в винокуренной отрасли, и он послал актуальные заметки в журнал «Отечественные записки». Однако статью (во многом щекошливую и даже одиозную) обогнали его корреспонденции, которые были опубликованы в журнале «Современная медицина». Вот названия некоторых материалов: «О рабочем классе», «Несколько слов о врачах рекрутских присутствий», «Несколько слов о полицейских врачах в России» и др. В журнале «Экономический указатель» он писал о лекциях знаменитого профессора А.Вальтера в анатомическом театре, подчёркивая: «Имя его не забудут люди, которым он поможет сбросить с себя тяжкие путы предрассудков». Подписывал он свои заметки псевдонимом «Фрейшиц» (в переводе

с немецкого «вольный стрелок»). В статье, посвящённой полицейским врачам, в частности, говорится о взятках медиков.

Лесков вычисляет, сколько именно рублей в месяц должен брать взятками «примерный» городской врач в «примерном» городе. «Объективность» анализирующего весьма коварна: из-за вопиющего расстройств жизненных устоев взятка медику становится

бился», а потом «смирился, но не искусно». Это было откровенным признанием: с натурой не совладаешь... Мешала уникальная память, не позволяющая рубцеваться ни одной ране, ни одной царапине... Домашние свидетельствовали о том, что «...безудержные вспышки и бури раздражались внезапно, по самым ничтожным поводам, а то и вовсе без них. Царила гнетущая подавленность, напряжённая

настороженность. Ни музыки, ни песни, ни даже громкого, вольного голоса...

Тучный и астматический, он с четвёртого десятка стал плохо переносить жару и не тяготел к южным краям. Его властно влекла к себе свежесть влажных северных широт. Давала о себе уже в те годы знать и стенокардия, которой писатель пристально интересовался. Он внимательно изучил книгу французского профессора G.Andre «Гигиена старческого возраста» и глубоко усвоил мысль автора о том, что его «грудная жаба» имела исходной точкой, если не причиной, глубокие и продолжительные огорчения и приступы гнева...

16 августа 1889 г. писателю стало известно об аресте только что отпечатанного 6-го тома его собрания сочинений... Понятно, что это тяжёлое известие вызвало такой силы приступ кардиалгии, что полностью излечиться от ишемической болезни сердца эмоциональному Лескову уже не удалось никогда. С того злостного дня разрушение его здоровья пошло с неумолимой стабильностью.

### Anamnesis morbi

Специалисты считают, что первый серьёзный приступ тяжёлой патологии сердца (в форме, скорее всего, инфаркта миокарда) произошёл у Николая Семёновича на 59-м году жизни. После этого ему было отпущено всего 5 лет, и эти недолгие годы были омрачены невозможностью вести характерный для неугомонного Лескова подвижный образ жизни и почти постоянным страданием от нестерпимых болей «под ключицами». Сам знаменитый писатель считал, что его патология «...свойства нервного, произошла от неблагоприятных обстоятельств жизни, но более всего от переутомления в течение многих лет»...

Писатель нисколько не щадил себя, трудясь на износ и «сжигая свечу с двух сторон». Между тем болезнь ожесточалась при самом малом беспокойстве. Лесков не мог даже долгое время выносить крахмального белья и грубого, тяжёлого и жёсткого платья, всего, что давило или тянуло... Сам пациент не только смирился с болезнью, но наедине с собой исполнял своего рода мистическим отношением к своему состоянию.

По его мнению, страдание это было настолько серьёзно, что нельзя было недоучитывать его зловещий характер, не прощающий легковесного отношения к патологии во всех её проявлениях. Болезнь не оставляла великого человека до его последних дней, за короткое время превратив энергичного и многопишущего любителя российских читателей в тяжко хворающего старика. Зададимся сугубо медицинским аспектом проблемы, определив возможную степень стабилизации физического состояния писателя при полноте всех реабилитационных возможностей той поры...

Возможно ли было продление

активной и креативной жизнедеятельности Лескова? Напомним, что в момент первого серьёзного приступа angina pectoris 1889 г. писатель впал в беспамятство, пробыв в бессознательном состоянии несколько суток (современные кардиологи расценивают это как инфаркт миокарда, осложнённый кардиогенным шоком)... Сам диагноз «инфаркт миокарда» в клинике стал активно использоваться, как известно, только с 1909 г. благодаря самоотверженному труду Н.Стражеско и его учителя В.Образцова, разработавших основы диагностики и тактику ведения пациентов с этой актуальной и для нашего времени медико-социальной проблемой.

Лескова же «пользовали» холодными процедурами на область грудной клетки, ручным массажем и опусканием рук в воду низкой температуры... В 1891 г. он так писал о своём состоянии Льву Толстому: «Никак не могу научить себя стерпывать мучения физической боли, которая подобна самой жёсткой зубной боли, но на огромном пространстве». О «грудной жабе», встречавшейся в тот период относительно нечасто, было известно следующее. Клиническую картину этого симптомокомплекса впервые представил В.Геберден на заседании лондонского Королевского общества врачей в 1768 г. (сам доклад напечатали спустя 4 года).

До Гебердена в медицинских источниках были только отдельные упоминания об этом синдроме.

### «Это не жизнь...»

В январе – феврале 1895 г. тяжёлобольного Лескова навещает горячо любивший его А.П.Чехов, которому было сказано: «Это не жизнь, а только житие...» 17 февраля того же года на передвижной выставке в Академии художеств был выставлен портрет Лескова работы Валентина Серова, что неприятно поразило писателя, поскольку тёмная рама картины была чрезвычайно похожа на траурную кайму некролога. Он был чрезвычайно мнителен в эту пору и постоянно выискивал некие мистические знаки скорого расставания с жизнью... На следующий день после посещения выставки больной Лесков выезжает показаться по морозцу (в этот момент он ещё не отошёл от жестокого респираторного страдания, случившегося в январе). Эта прогулка вокруг Таврического сада вызвала у писателя усугубление болезни с последующим отёком лёгких...

21 февраля в 1 час 20 минут ночи Лескова не стало. В конверте с последней просьбой родные прочли помимо прочего: «По смерти моей прошу непременно вскрыть моё тело и составить акт вскрытия. Желая этого для того, чтобы могли быть найдены причины сердечной болезни, которую я долго страдал, при общем уверении врачей, что в сердце моём не было никакого болезненного изменения». Днём прозектор Н.Усков произвёл вскрытие. Сердце писателя было обнаружено в такой высокой степени ожирелости, что удивительно было, как оно могло сокращаться и без отёка лёгких, только ускорившего финальную развязку... Вполне понятно, что доктора хорошо знали о тяжёлой сердечной патологии литератора, но искусно скрывали истинное положение дел от внимательного пациента...

К моменту окончания вскрытия окоченевшие руки покойного согнуть никак не удавалось... Придать им положение посмертной примирённости не получалось... С большим трудом удалось их кое-как свести вместе с помощью полотенца и связать крепким узлом в кистях. На минуту окружающим привиделось, что бездыханный труп яростно стремится высвободить руки со всею мощью обуревающего его протеста и негодования...

**Николай ПЕРЕСАДИН,**  
доктор медицинских наук,  
профессор.

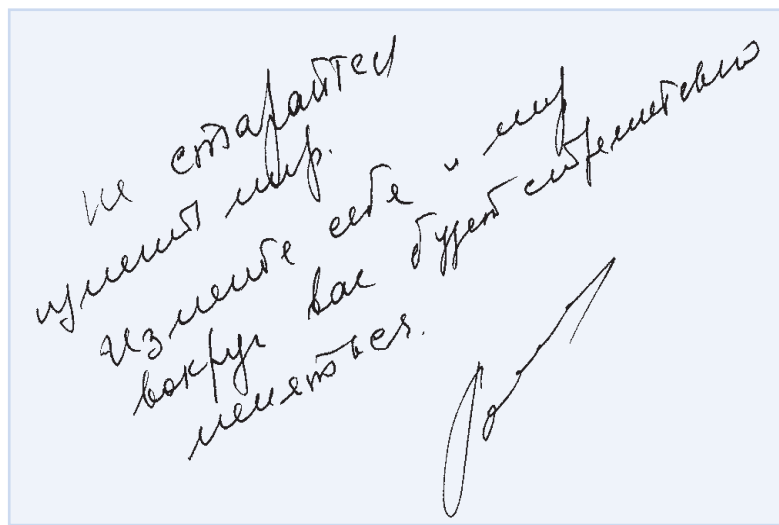
**Бутурлиновский**  
медицинский техникум.

Воронежская область.





Можно долго спорить, насколько правильным является определение характеров по знакам зодиака, но во время беседы с академиком РАН, заведующим кафедрой терапии и семейной медицины Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, президентом многопрофильной клиники «Медицина» Григорием Ройтбергом то и дело ловила себя на мысли, насколько соответствует он классическому описанию Льва – с его целеустремлённостью, равнодушием, щедростью, оригинальностью мышления, желанием быть первым. И, конечно же, молодостью души, которой можно только позавидовать...



незащищённая часть населения. Когда приходит беда, они остаются с ней один на один. У нас много хороших примеров того, кому и в каких ситуациях удалось помочь.

Но оказалось, что выбирать из числа тех, кто обращается в фонд, тоже непросто. Равно, как и обращаться за помощью к богатым людям. Готовых делиться, на самом деле, немного. Большинство, конечно, сетует на непростые времена. Между тем существует великая мудрость: меняй себя, и мир вокруг тебя тоже будет меняться. Помогите ближним, и тебе, как говорится, так или иначе воздастся.

– В коридорах в застеклённых витринах клиники можно увидеть массу самых разных скульптурных фигурок врачей.

– Григорий Ефимович, наверно, не ошибусь, если скажу, что главным делом вашей жизни стало создание клиники «Медицина». Как вы пришли к этому? Был конкретный план?

– Я думаю, когда человек говорит, что у него есть план на ближайшие, как писал Булгаков, две тыщи лет, он лукавит. По крайней мере у меня такого плана не было. Всё шло поэтапно. Когда я вышел на докторскую диссертацию, стал себе представлять: вот если бы уехал в Штаты, то сделал бы там небольшое частное терапевтическое отделение, которое было бы своеобразной «зоной комфорта» для врачей и пациентов. Но, к счастью, вскоре, с наступлением перестройки, такая возможность появилась и в России.

– А почему вообще возникло желание что-то менять в и без того, вроде, неплохо складывающейся жизни и карьере?

– Хотелось сделать что-то такое, чего ещё не было. Подумал: кем я могу быть, если оставить всё, как есть? В лучшем случае со временем – заведующим кафедрой. Про директора института я и не мечтал, по тем временам это было бы возможным хорошо если лет через 30 – тогда имели значение многие факторы, по которым я не подходил: от фамилии до отсутствия партийного билета. При этом я видел недостатки, которые были в организации здравоохранения, и был уверен, что сложившуюся в моём воображении «зону комфорта», «зону совершенства» в оказании медицинской помощи можно воплотить в жизнь.

И это получилось! Ни у кого не было такой скорой помощи, как у нас – с грамотными, хорошо одетыми врачами, работающими на хороших машинах, с современным оборудованием и оснащением. Но дело было не только во внешнем эффекте: все врачи при этом проходили обязательные дополнительные аттестационные циклы, и уровень их квалификации больные оценили в первую очередь.

Так что в основе большинства моих поступков, я думаю, лежало желание сделать что-то такое, чего нет ни у кого; что-то лучшее, причём самому. Наверное, самое важное – это ощущение зависимости только от себя.

– Говорят, первоначальный капитал у вас появился благодаря продаже собственного автомобиля и средств, собранных по друзьям. Это так?

– Да, это так. На собранные деньги мы приобрели два поддержанных, но находящихся в хорошем состоянии реанимобиля и арендовали

Григорий РОЙТБЕРГ:

## Стараюсь жить и работать так, чтобы видеть следующую вершину

помещение для диспетчерской службы.

– А как вообще пришла мысль стать медиком?

– Помимо того, что окончил школу с золотой медалью, я был ещё и победителем всевозможных олимпиад: и по химии, и по физике, и по русскому языку. Поэтому первоначально решил поступать на мехмат МГУ. Там меня принимали практически без экзаменов, но папа отговорил.

И я решил: пойду в медицинский, там интереснее и перспектив больше. Хотел, правда, на медико-биологический факультет 2-го Меда. Но в 1968 г. ввиду политической обстановки (война в Израиле, массовые выезды) мне не рекомендовали туда даже документы подавать.

Тогда умные люди посоветовали: пусть поступит на лечебный факультет, а потом переведётся.

Но когда я начал там учиться, мне так понравилось! И до сегодняшнего дня считаю, что судьба привела меня именно туда, куда нужно.

Поэтому, на 3-м курсе, когда я уже мог перевестись, мне этого совсем не хотелось. Тут как раз начались клинические дисциплины, которые меня очень заинтересовали, и я понял, что это моё.

– Это называется: профессия выбрала вас... Кого бы вы назвали своими учителями? Кому вы больше всего в этой жизни благодарны?

– На самом деле, очень многим. Не знаю: мне так везло или так складывалось.

Я попал в ординатуру к академику Павлу Евгеньевичу Лукомскому. Только по прошествии многих лет, даже десятилетий, я стал понимать, какой он был гений, какой блестящий диагност.

На кафедре госпитальной терапии, где я проработал 10 лет, мне очень повезло с окружением – это заведовавший тогда кафедрой, замечательный врач, учёный Орлов Леонид Леонидович. А также Борис Яковлевич Барт, Юрий Борисович Белоусов, Иван Михайлович Корочкин – тогда они были ассистентами и доцентами, а затем стали специалистами с мировыми именами, профессорами, академиками.

А вот ещё одна моя учительница,

Екатерина Титовна Разумова. Мы до сих пор дружим, когда она приходит в гости, обязательно приносит банки с собственноручно закатанными компотами и вареньями. Тогда она была доцентом на кафедре и отличалась таким фантастическим отношением к больным, которое редко встретишь. Вроде избитая фраза: приоритетом должны быть интересы больного. У неё было действительно так. И мы этому учились на её примере. Ведь врачевание – такая профессия, где знания очень важны, но если не слышать пациента ещё и сердцем, ничего не получится. И дело не только в сострадании. Если есть желание помочь, ты докопаешься до сути любой патологии.

Никак не доведу до конца книгу, где описывается более 40 подобных случаев, когда люди, объездив полмира, проконсультировавшись у многих светил, приходят к нам, и нам удаётся разобраться в причинах их болезни, поставить диагноз. Причём без помощи дополнительных методов!

– Это интуиция, или случайность, или что?

– Я тоже не всегда понимаю. Все говорят об интуиции, только как её определить? Может, скорее, умение подключиться к информационному потоку, плюс аналитический склад ума. Ведь в нашей профессии невероятно важно умение думать, сопоставлять. Увы, к этому стремятся далеко не все. Почему таким востребованным стало учебное пособие «Лабораторная и инструментальная диагностика заболеваний внутренних органов»? Мы исходили не из желания описать методологию, как сделать, например, компьютерную томографию. В ней речь о том, как клиницист должен увидеть, что стоит за «картинкой», ничего не пропустить и правильно интерпретировать. То есть во главе угла должно стоять клиническое мышление, которое необходимо развивать постоянно.

Ведь как происходит? Вначале думаешь, что много знаешь... Такое ощущение у меня было в 25 лет, после окончания ординатуры. А потом понимаешь, что знаешь мало, а дальше – сомнений всё больше... Но каждый день приносит новые открытия.

– Есть ли их кому передавать? Довольны вы поколением, идущим на смену?

– Во-первых, оно, конечно, другое. Среди молодых специалистов много способных, умных, желающих совершенствоваться. Они изначально на две головы выше, чем я, у них свободный английский язык, они с компьютером работают, как дышат, это люди мира. Но они вышли из институтов, где уровень образования низайший! В большинстве своём выпускники просто не готовы работать, причём ни в одной отрасли. В этом не раз приходилось убеждаться.

Это первое. И второе: начиная примерно с 30 лет многие просто перестают учиться. Потому что система последилового образования, мягко говоря, оставляет желать лучшего.

Вот наша кафедра последилового образования знаменита тем, что примерно 30% учащихся мы не выдаём дипломы. И что интересно? К нам начали приходить те, кто действительно стремится учиться.

– Чем было продиктовано создание цикла трудов «Основы клинической диагностики и лечения заболеваний внутренних органов», за который вы удостоены премии Правительства Российской Федерации в области образования?

– Мне хотелось, чтобы эти учебники читали и студенты, и начинающие врачи. Судя по тому, что их издают огромными тиражами, они действительно нужны. Горжусь, что основные учебники по терапии написаны мной, это более 3 тыс. страниц в целом. Но эта работа заняла столько лет, что, если бы меня спросили, готов ли я сейчас повторить подобный проект, вряд ли решился бы.

– Какие ещё проблемы волнуют вас как учёного?

– Мне кажется, мы нащупали потрясающую тему в поисках причин метаболического синдрома. Если наши предположения подтвердятся, это многое изменит в терапии данного заболевания.

– Не могу не спросить про фонд «Врачебное братство». Знаю даже людей, которым вы помогли. Как он возник?

– Довольно рано я понял, что люди, помогающие другим, – самая

Сколько их в вашей коллекции? С чего всё началось?

– Начал сам, потом стали дарить. Теперь здесь много дорогих сердцу вещей: подарки близких, знакомых, друзей, в том числе и ушедших. Память о поездках, о работе за границей. А некоторые экземпляры оказались реально ценными в художественном плане: я об этом и не думал, когда находил их.

Поскольку их уже более 800, составил каталог. В последнее время стало тяжело собирать, некоторые вещи уже повторяются.

– Какие ещё у вас есть увлечения, помимо работы? Как вам нравится отдыхать?

– Главное: мне просто нравится жить! Что же касается отдыха, я не очень люблю просто лежать. Но обязательно отвожу время для того, чтобы побыть наедине с собой.

Люблю горные лыжи. Раз в году езжу в одно и то же место. Люблю ходить в театр. В течение 12 лет посещаю джазовый фестиваль в Швейцарии.

– Казалось бы, у вас есть всё для счастья: и реализованная мечта – многопрофильный медицинский центр, и коллеги, разделяющие ваши взгляды на то, как должна оказываться медицинская помощь, и ученики, и интересная научная работа, и разносторонние увлечения. А можете поделиться: что в планах и мечтах?

– Я думаю, когда есть все составляющие: работа, личная жизнь, семья, все здоровы и нет особых проблем, – человек должен чувствовать себя счастливым. Но опасно, когда такое ощущение возникает в профессиональной жизни. Всегда должно быть что-то следующее!

Когда в горах ты видишь какую-то вершину, она тебе кажется недостижимой. Потом ты на неё поднимаешься, и оказываешься, что вокруг – ещё более высокие пики. Об этом всегда необходимо помнить. Поэтому я стараюсь жить и работать так, чтобы видеть следующую вершину. Пока что их много, и хорошо бы успеть покорить всё!

Беседу вела  
Алёна ЖУКОВА,  
корр. «МГ».

Москва.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – Д.ВОЛОДАРСКИЙ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.

Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.

Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.

Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.

Е-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 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 16-07-00371 Тираж 28 420 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондент-Благоуещенский (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханан (Германия) (1049) 618192124.

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

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