

## События

# Медицина особого назначения

Она в Свердловской области подаёт пример для других



Важность работы сотрудников центров медицины катастроф трудно переоценить. Поэтому создание хороших условий для их работы – залог повышения доступности и эффективности экстренной специализированной помощи населению. Об этом сказал губернатор Свердловской области Евгений Куйвашев на открытии первой очереди комплекса зданий территориального Центра медицины катастроф.

Теперь коллектив центра получил новое здание общей площадью 4 тыс. м². Тем самым решена одна из серьёзных проблем – логистическая, ведь прежде подразделения были расположены в трёх отдельно стоящих друг от друга и уже устаревших зданиях.

Новый комплекс для сотрудников медицины катастроф впечатляет

Свердловский территориальный Центр медицины катастроф – пионер по внедрению многих организационных технологий на общероссийском уровне. Это реанимационно-консультативные и учебно-тренировочный центры, межмуниципальные филиалы, новшества в организации работы скорой медицинской помощи. ТЦМК получены патенты на многие изобретения, а его сотрудники признаются лучшими на специализированных всероссийских соревнованиях.

Коллективом центра разработана областная государственная целевая программа «Спасение жизни людей и защита их здоровья при чрезвычайных ситуациях», благодаря которой в регионе осуществлён уникальный проект по обеспечению нормального

функционирования федеральных автомобильных дорог. Специально для этого создана устойчиво работающая система из 12 трассовых пунктов.

В настоящее время разрабатывается проект второй очереди комплекса, в который войдут учебно-тренировочный центр с симуляционными классами, отделы по организации областной службы скорой медицинской помощи и трассовой службы, помещения для медицинского отряда специального назначения, учебно-тренировочный полигон и ангары для двух вертолётов с взлётно-посадочными площадками.

Алёна ЖУКОВА,  
спец. корр. «МГ».

Екатеринбург.

## Из первых уст

# Чтобы врач всегда был под защитой

Вице-премьер Правительства РФ Ольга Голодец поручила Минздраву России разработать проект документа по защите врачей от преследования за выписку наркотических препаратов тяжёлым больным. Об этом она сообщила на заседании Совета при Правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере.

Она напомнила о скандальном деле врача из Красноярска Алевтины Хориняк. Последняя подверглась уголовному преследованию, когда выписала своему знакомому, страдающему тяжёлым онкологическим заболеванием, болеутоляющий препарат. Тем самым

она нарушила действующую инструкцию. А правоохранители посчитали это преступлением.

«Я прошу Минздрав не просто проанализировать случай с А.Хориняк, но и подумать. Наверное, должен быть приказ по Минздраву или какой-то ещё набор действий, который защитит участкового врача от такого рода инцидентов», – отметила вице-премьер.

«Это просто вопиющая трактовка той ситуации, которая произошла, и мы должны защитить докторов, которые добросовестно работают», – заявила О.Голодец.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Москва.

## СЕГОДНЯ В «МГ»

Реформа здравоохранения столицы вызывает вопросы

Стр. 4

Почему множится число долгостроев в Новосибирской области

Стр. 6

Конспект врача. Пубертатно-юношеский диспитуитаризм

Стр. 8-9

Какие проблемы обсуждались на Всемирном конгрессе по инсульту

Стр. 11

Вклад ФМБА в импортозамещение

Стр. 12

## Решения

# Будем развиваться устойчиво?

Правительство РФ утвердило план первоочередных мероприятий по обеспечению устойчивого развития экономики и социальной стабильности в 2015 г. Соответствующее распоряжение № 98-р от 27.01.2015 подписал премьер-министр Дмитрий Медведев.

В частности, для обеспечения социальной стабильности в сфере здравоохранения предусмотрены следующие меры:

– до 2 февраля Минздрав, Минэкономразвития России, Федеральная служба по тарифам должны внести в законодательство РФ об обращении лекарственных средств изменения, предусматривающие возможность разовой индексации цен

нижнесреднего стоимостного сегмента лекарственных препаратов, входящих в Перечень ЖНВЛП, а также создать правовые основания для регистрации государственных цен на медицинские изделия, имплантируемые в организм человека;

– до 27 февраля Минфин, Минздрав, Минэкономразвития России, а также Федеральный фонд ОМС должны обеспечить улучшение лекарственного обеспечения граждан, в том числе имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, а также компенсацию расходов, связанных с изменением валютного курса при приобретении импортных лекарственных средств, медицинских

изделий и расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов.

– до 15 февраля Минпромторг России должен обеспечить введение ограничений на допуск товаров, происходящих из иностранных государств, при наличии двух и более заявок на поставку товара российского производства (в сфере лекарственных средств) и на допуск отдельных видов медицинских изделий, происходящих из иностранных государств, при осуществлении закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд.

Об этом сообщает пресс-служба Правительства РФ.

Соб. инф.



МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОВОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ



**Палатный рентгеновский аппарат Dixon Remodix 9507**

- Легкий, мобильный, эргономичный
- Превосходное качество визуализации
- Доступна модификация аппарата с цифровым плоскопанельным детектором

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 60 РЕГИОНАХ РОССИИ  
+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; [www.dixon.ru](http://www.dixon.ru)



## Новости

Электрошокеры  
себя оправдывают

В ушедшем году в Кемеровской области не зарегистрировано ни одного нападения на работников скорой помощи. Сами медики полагают, что этому во многом способствовало обеспечение сотрудников выездных бригад электрошокерами.

Напомним, оснащение «скорой» этими средствами самообороны началось в 2011 г. – по решению губернатора Кузбасса А.Тулеева, за счёт средств областного бюджета. Предпочтение электрошокерам перед газовыми баллончиками было отдано, в частности, потому, что от распыления аэрозоля в закрытом помещении могли пострадать и сами медики. К тому же электрический разряд не причиняет тяжёлого вреда здоровью нападающего, а только на время обездвиживает его.

К настоящему времени электрошокеры имеются в каждой из 232 бригад скорой помощи, работающих в области.

Валентина АКИМОВА.

Кемерово.

Общими усилиями —  
отличный результат

Уровень младенческой смертности в Республике Хакасия снизился с 12,8 промилле в 2012 г. до 7,6 в 2014-м. Таким образом, один из важнейших показателей работы системы здравоохранения региона стал лучше, чем средний по Сибирскому федеральному округу и приблизился к общероссийскому (7,4 промилле).

Такие результаты кажутся невозможными в субъекте РФ, где пока нет такого же современного перинатального центра, как в других сибирских территориях. Функции главного учреждения родовспоможения в Хакасии выполняет Республиканский клинический родильный дом, где проводится больше 50% всех родовспоможений, причём абсолютное большинство родов – осложнённые.

В самом роддоме объясняют собственные достижения прежде всего тем, что власти региона находят возможность проводить техническое дооснащение учреждения, а персонал регулярно проходит курсы усовершенствования на базе федеральных симуляционно-тренинговых центров. К настоящему времени такое обучение прошли 60% врачей Республиканского родильного дома.

Елена БУШ.

Абакан.

Новые технологии  
всё доступнее

В Кардиоцентре Минздрава Кабардино-Балкарской Республики спасли 32-летнего пациента, который экстренно поступил в учреждение в тяжёлом состоянии с диагнозом «острый коронарный синдром». Ещё недавно такого больного было очень трудно спасти. Другое дело теперь. Благодаря слаженным действиям врачей скорой помощи и отделений рентгеноэндоваскулярных методов диагностики и лечения и сердечно-сосудистой хирургии ему оказана высококвалифицированная медицинская помощь.

По информации главного врача Кардиологического центра Нодара Шарданова, подобные операции в центре выполняют с 2014 г. Внедрены такие виды исследований и высокотехнологичной медицинской помощи, как коронарография, ангиография сосудов шеи, стентирование коронарных артерий, электрофизиологическое исследование сердца, хирургическое лечение нарушений ритма сердца, имплантация электрокардиостимуляторов.

В 2015 г., который объявлен годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в центре планируют дальнейшее внедрение новых видов высокотехнологичной кардиохирургической помощи, что позволит снизить летальность и инвалидизацию людей от сердечно-сосудистой патологии.

Лилия ШОМАХОВА,  
руководитель пресс-службы  
Министерства здравоохранения  
Кабардино-Балкарской Республики.

## В последнюю очередь...

28 января утром в поликлинике № 40 Автозаводского района Нижнего Новгорода скончалась 87-летняя женщина, стоя в очереди за талоном. Об этом сообщают представители Следственного комитета РФ по Нижегородской области.

«Смерть женщины носит естественный характер, никакого криминала здесь нет», – констатировали представители регионального представительства СК РФ. Пенсионерка пришла в поликлинику одна, без сопровождения родственников и каких-либо других лиц, утонули в ведомстве.

Кроме того, факт смерти пожилой женщины в данной поликлинике подтвердили и в региональном Минздраве. «У этой гражданки имелись определённые проблемы со здоровьем, что неудивительно для такого почтенного возраста», – отметили представители ведомства. – Нам известно, что сотрудники поликлиники проводили реанимационные действия, но женщину спасти не удалось. Назначена судебно-медицинская экспертиза».

Алина КРАЗУЭ.

Нижний Новгород.

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

## Работают мастера

## Спасение для сосудов

Стенты, применяемые в Барнауле для предупреждения инфарктов сердца, отличаются безопасностью и эффективностью

**В Барнауле проведены три операции с использованием эверолимуса – выделяющего биорезорбируемого сосудистого каркаса (стента) для лечения критических сужений сосудов сердца. Такое вмешательство выполнено в Алтайском крае впервые.**

– Благодаря саморассасывающемуся стентирующему каркасу сохраняется естественная физиологическая способность сосудистой стенки к сокращению и расслаблению, восстанавливается естественная функция сосуда и, как следствие, улучшаются долгосрочные результаты, – говорит заведующий отделением рентгенооперационных методов диагностики и лечения краевой клинической больницы Денис Арзамасцев.

Он перечисляет преимущества данного метода: улучшение долгосрочных результатов у пациентов за счёт восстановления сосуда до более естественного состояния, сохраняющего исходные функции, а также устранение источника хронического раздражения и воспаления в сосуде. При этом сосуд остаётся свободным для дальнейшего лечения и уменьша-

ется необходимость длительной терапии дорогостоящими лекарственными препаратами.

– Улучшение качества жизни пациента происходит за счёт того, что материал стента деградирует до веществ, естественным образом метаболизируемых организмом, – поясняет Д.Арзамасцев. – Таким образом, стент является полностью биосовместимым, а его медленное растворение в стенке сосуда позволяет минимизировать воспаление, что, в свою очередь, улучшает отдалённые результаты лечения и предотвращает развитие повторных сужений.

Важно отметить, что в результате лечения ишемической болезни сердца с применением данной технологии происходит восстановление функции сосуда.

Таким образом, освоенная барнаульскими медиками технология даёт возможность реваскуляри-



Денис Арзамасцев

зации, сравнимой с применением лучших в своём классе стентов с лекарственным покрытием, восстановления сосуда и увеличения его просвета. Эта технология отличается высокой степенью безопасности и эффективности.

Елена ЛЬВОВА.

Барнаул.

Фото автора.



В отделении рентгенооперационных методов диагностики и лечения

## Инициатива

## С лекарствами на «ТЫ»

Узнать о ценах в аптеках можно проще

**Теперь о ценах на лекарства, лекарственные препараты и медицинские изделия в аптеках Омска и сельских районах Прииртышья можно узнать не только по телефону.**

Сейчас дефицита лекарств нет, и люди нынче звонят в аптечные учреждения не для того, чтобы узнать, имеются ли в наличии необходимые им медикаменты, а интересуются их стоимостью. Не секрет, что лечение сегодня – дорогое «удовольствие». Разброс же цен на таблетки, пилюли и другие исцеляющие препараты порой весьма велик. В одной аптеке, к примеру, 50 капсул «Эссливер Форте» для лечения заболеваний печени стоят 400 руб., а в другой

– на 100 руб. меньше. Понятно, какой аптеке будет отдано предпочтение. Да вот беда: на обзвон аптек требуется слишком долгое время. Желаящих сэкономить на лекарствах немало, и телефонная трубка отзывается чаще всего короткими гудками: занято.

А вот бесплатное мобильное приложение «В аптеке» для карманных электронных устройств типа «смартфон» помогает найти устраивающие по стоимости лекарства без особых затруднений. Достаточно включить это приложение в программу смартфона и получишь всю необходимую информацию, предоставляемую, опять же даром, независимой справочной службой «Аптека-Справка», созданной в Центре

контроля качества лекарственных средств Омской области.

Правда, пока в базе данных электронного приложения можно найти далеко не все аптеки. И не пожелали «светиться», похоже, как раз те, в которых несусветно задирают цены на лекарства. Всё ведь познаётся в сравнении, а по смартфону можно определить, в каком из аптечных учреждений переходят все границы дозволённых наценок, а значит, и сообщить о таком беспределе в контролирующие органы – от Минздрава Омской области вплоть до прокуратуры.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Омск.



## Официально

# Кадровая политика: отрадные изменения

**Первый заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян принял участие в селекторном совещании по вопросам кадрового обеспечения отрасли здравоохранения. Он выступил с докладом.**

В частности, И.Каграманян сообщил следующее: «Минздравом России в регионы было направлено информационное письмо, в котором указаны рекомендации по совершенствованию оплаты труда медработников: 55-60% должен составлять базовый оклад, 30% приходится на стимулирующие выплаты и 10-15% – на компенсационные выплаты».

Кроме того, первый заместитель министра отметил вклад программы «Земский доктор» в решении вопросов кадрового обеспечения медицинскими работниками населения сельских районов страны.

«С 2012 по 2014 г. в рамках программы в село привлечено более 15 тыс. молодых специалистов. В 2015 г. реализация программы будет продолжена, более того – возраст участников увеличен с 35 до 45 лет», – сказал выступающий.

И.Каграманян также подчеркнул, что Постановлением Правительства РФ № 614 утверждён комплекс мер по кадровой политике, в рамках которых всеми региональными органами управления

здравоохранением были приняты и утверждены региональные кадровые программы.

Первый заместитель министра отметил также важность своевременного представления регионами в Минздрав России сведений о реализации региональных кадровых программ по итогам 2014 г., что позволит провести анализ результатов их исполнения.

Успешное выполнение запланированных этими программами мероприятий позволит регионам достичь желаемых результатов в области обеспечения сферы здравоохранения медицинскими кадрами.

Соб. инф.

## Проекты

# Поехал за рубеж – получи медстраховку

**Правительство РФ внесло в Госдуму законопроект «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части добровольного страхования имущественных интересов граждан Российской Федерации, выезжающих за рубеж».**

Как сообщили в думском Комитете по финансовому рынку, он расширяет использование механизма страхования в качестве одной из форм обеспечения гарантии оплаты медицинской помощи, оказанной российским гражданам в стране временного пребывания. Законопроект содержит ми-

нимальный перечень страховых случаев, при наступлении которых в соответствии с условиями договора страховщик обязан организовать и оплатить гражданину соответствующую помощь. В их числе травмы, отравления, внезапные острые заболевания или обострение хронических болезней.

Закон в случае принятия вступит в силу по истечении 180 дней после официального опубликования.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

## Перспективы

# Минздрав Якутии поддержит частные клиники

**Выбор врача и медицинского учреждения вне зависимости от собственности – право человека в современном правовом государстве. И медицинское обслуживание, каким бы медицинским учреждением оно ни проводилось, должно быть качественным и доступным.**

Об этом, собственно, и шла речь на встрече министра здравоохранения Республики Саха (Якутия) Александра Горохова с бизнес-сообществом в сфере медицины в рамках межотраслевых «круглых столов», проведённых в Якутске.

Представители негосударственного здравоохранения говорили на совещании о необходимости включения частных медицинских клиник в Программу государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, действующих тарифных и других ограничений для частных клиник, о лизинге медицинского оборудования, государственно-частном партнёрстве в строительстве медицинских объектов и многом другом.

Речь на совещании шла о весьма конкретных вещах: о работе по проекту «Доктор рядом», первые шаги по реализации которого уже делаются в столице республики и, похоже, пациенты Медицинского центра Якутска довольны тем, что теперь офис врача находится непосредственно в жилом микрорайоне. Медицинская помощь на деле становится доступнее.

Говорилось и о том, что в настоящее время частные медицинские организации не готовы оказывать медицинскую помощь по участковому принципу, а работу надо поставить так, чтобы частные клиники оказывали комплексные услуги, включающие не только диагностическую, но и консультативную помощь населению.

Министр подчеркнул, обращаясь к руководителям частных клиник, необходимость усиления работы в первичном звене, готовность министерства финансировать работу офисов общей врачебной практики, но при условии работы с прикреплённым населением в полном объёме.

Говоря о том, что нынешний год объявлен годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, Александр Горохов сказал, что Минздрав готов поддержать проекты частной медицины и в этом вопросе.

Желание государственных и частных медицинских организаций больше общаться, обмениваться мнениями, знать и понимать проблемы друг друга, вместе решать их, прозвучавшее на совещании, оставляет надежду, что частная медицина, заручившись помощью государства, сможет больше внимания уделять решению социальных вопросов.

По мнению участников конференции, государственно-частное партнёрство поможет создать конкуренцию между медицинскими учреждениями, повысит качество и доступность обслуживания. От этого в первую очередь выиграют пациенты.

Николай ИГНАТОВ.

МИА Сити!

Якутск.

## Угроза

# С подозрением на Эболу

**1 февраля в 12:10 в аэропорт Владивостока прибыл авиарейс из Москвы с пассажиром, состояние здоровья которого во время полёта резко ухудшилось. У него поднялась температура. Как выяснилось позже, 32-летний мужчина работал волонтером Красного креста в Сенегале и Гвинее.**

«Скорая» доставила больного волонтера в Уссурийскую городскую инфекционную больницу, где больно проходит полное обследование.

– Каких-либо специфических симптомов, характерных для лихо-

радки Эбола, у него не выявлено, – сказал пресс-секретарь Минздрава России Олег Салагай. – Вероятность того, что проявившееся у пациента недомогание является следствием развития болезни,

вызываемой вирусом Эбола, велика. В настоящее время у пациента взяты пробы и направлены для оперативного исследования в Государственный научный центр вирусологии и биотехнологии «Вектор» в Новосибирск.

Все летевшие с больным человеком прошли медосмотр. На самочувствие никто не жаловался.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Москва.

## Профилактика

# О детях с трудной судьбой – забота особая

**За последние годы в России были приняты правовые акты, устанавливающие порядок диспансерного обследования детей-сирот, детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и детей, оставшихся без попечения родителей. Именно за этими маленькими жителями Подмоскovie проводится ежегодное диспансерное наблюдение.**

Данные мероприятия проходят в рамках Московской областной программы обязательного медицинского страхования ОМС и финансируются территориальным фондом ОМС Московской области из предоставленных ему субвенций от Федерального фонда ОМС.

В диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот в 2014 г. участвовала 61 медицинская организация. За период с января по декабрь включительно осмотр прошли 6185 детей – все, какие были запланированы. При этом сумма средств, предъявленных к оплате ТФОМС, составила 22,5 млн руб.

Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых, принятых под опеку (попечительство) или в патронатную семью, осуществляется в Подмоскovie второй год. По итогам прошлого года из запланированных 9677 человек её прошли 9509 детей (98% от плана). За проведённую медицинскими организациями диспансеризацию (всего в ней участвовали в 2014 г. 100 лечебных учреждений) им были перечислены средства в размере 33,2 млн руб.

Обследование в обоих случаях включает в себя осмотры врачей-специалистов и применение необходимых лабораторных и инструментальных методов исследования. Из исследований пациентам могут быть назначены клинический анализ крови, определение уровня глюкозы в крови, электрокардио- и флюорография, УЗИ-исследование органов брюшной полости, сердца, щитовидной железы и др.

На основе информации о результатах проведения диспансеризации составляется индивидуальная программа профилактических мероприятий, определяется объём дополнительного обследования (если требуется) и осуществляется диспансерное наблюдение за ребёнком. А в случае необходимости оказания высокотехнологичной медицинской помощи пациента направляют в соответствующую медицинскую организацию для её получения.

Известно, конечно, что регулярные медосмотры, проводимые с самого детства, позволяют людям дольше оставаться здоровыми в зрелом возрасте. Это особенно важно, когда речь идёт о детях с непростой судьбой, у которых заболеваемость выше по сравнению с детьми из благополучных семей. И мы рады, что Московская область из года в год показывает очень хорошие результаты в профилактическом осмотре этой категории детского населения.

Галина АНТОНОВА,  
директор территориального фонда  
ОМС Московской области.

## Санитарная зона

# Обед... из Красной книги



**Министр природных ресурсов и экологии РФ Сергей Донской обратился к генеральному прокурору РФ Юрию Чайке и министру внутренних дел РФ Владимиру Колокольцеву с просьбой взять под особый контроль расследование фактов грубого нарушения природоохранного законодательства Российской Федерации администрацией двух московских кафе.**

История началась с того, что по итогам проверки в двух точках общественного питания, распо-

ложенных на территории городского рынка на 14-м км МКАД, были изъяты разделанные туши, шкуры и головы... тигра и леопарда. Как известно, эти животные занесены в Красную книгу РФ. Без всяких санитарных документов мясо готовилось к переработке и реализации посетителям кафе. Ничего вразумительного о происхождении этого продукта хозяйка кафе сказать не смогла.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Москва.



**Здания, входящие в состав столичной клинической больницы № 63, вместо реконструкции могут снести и построить на их месте новые объекты недвижимости. Аудиторы Счётной палаты РФ (СП) выявили нарушения при заключении концессионного соглашения по использованию Европейским медицинским центром (ЕМЦ) этого медицинского учреждения.**

**Если нельзя, но очень хочется...**

Заключённое в 2013 г. московскими властями и Европейским медицинским центром, который оказался единственным участником и победителем тендера, соглашение даёт ему право управлять зданиями городской клинической больницы № 63 на улице Дурова в течение 49 лет. Согласно конкурсной документации, перед эксплуатацией победителю тендера предстояло провести реконструкцию корпусов, изношенность которых достигала, по данным городского Агентства управления инвестициями, 80% (некоторые из них были построены ещё в 1937 г.), и создать на базе больницы современное многопрофильное медицинское учреждение.

Однако уже после подписания соответствующих документов выяснилось, что некоторые корпуса больницы восстановить невозможно, настолько они обветшали. Но если нельзя, а деньги получить очень хочется... Как показала проверка СП, власти Москвы по факту незаконно изменили предмет соглашения. Теперь ЕМЦ уже вправе просто снести здания, входящие в состав больницы, и возвести на их территории новые объекты недвижимости, сообщил, ссылаясь на ТАСС, Фонд независимого мониторинга «Здоровье». Департамент городского имущества Москвы, согласно результатам проверок СП, незаконно изменил текст концессионного соглашения уже после проведения конкурса. По данным палаты, на момент подписания документа сведения, содержащиеся в нём, не отражали достоверной картины технического состояния зданий больницы. Они не включали информацию об аварийном состоянии зданий ГКБ № 63 и необходимости их сноса, констатировали аудиторы.

НИИ по проблемам гражданской обороны и чрезвычайных ситуаций МЧС России провёл в 2014 г. комплексное инженерно-техническое обследование нежилых зданий, ранее находившихся в оперативном управлении городской клинической больницы № 63. Проведение реконструкции её нежилых зданий невозможно, констатируют учёные. «Таким образом, принятое Департаментом городского имущества Москвы решение

о оптимизации здравоохранения сеть медучреждений. По данным фонда, 15 структурных подразделений, упомянутых в «плане-графике реструктуризации», были включены в программу модернизации здравоохранения Москвы на 2011–2013 гг. В частности, на проведение капитального ремонта этим учреждениям было выделено 2,956 млрд руб. Кроме того, 21 структурное подразделение, указанное в плане, получило в 2011–2013 гг.



Городская клиническая больница № 63 сдана в концессию...

## Острая тема

# Оптимизация под снос?

Намерение властей продать часть зданий медучреждений – одна из целей реформы здравоохранения столицы, считают оппоненты

об изменении текста соглашения, касающегося сноса зданий объекта здравоохранения и строительства 4 высокотехнологичных медицинских центров, не соответствует его предмету и наименованию», – говорится в заключении аудиторов СП.

Так вот и получилось, что теперь, в связи с изменением предмета концессионного соглашения, ЕМЦ вправе осуществить снос зданий, входящих в состав больницы, и возвести на их территории новые объекты недвижимости, что не было предусмотрено конкурсной документацией, приходят к выводу аудиторы палаты.

### Зачем вкладывать деньги, если больницу продадут?

Фонд «Здоровье» обращает внимание на то, что ранее в СМИ была опубликована информация о том, что по инициативе мэрии Москвы будет ликвидировано 28 структурных подразделений медицинских организаций и, согласно плану-графику реформы, появившемуся в Интернете, около 7,5 тыс. московских врачей могут лишиться работы. Это при том, что, как показывает анализ программы модернизации столичного здравоохранения в 2011–2013 гг., проведённый экспертами фонда, власти вложили в неё миллиарды рублей. А теперь они собираются оптимизировать в рамках проходя-

на медицинское оборудование около 2,3 млрд руб. «Получилась огромная сумма, которая, похоже, потрачена практически зря. Возникает вопрос, насколько целесообразно было вкладывать такие средства, если больницы теперь закроют? Какая теперь польза от этого населению, ведь тысячи людей могли бы бесплатно пройти обследования на этой технике в этих помещениях в рамках ОМС», – недоумевает директор Фонда «Здоровье», заместитель руководителя центра экстрапиримидных заболеваний Федерального медицинского биотехнологического центра им. А.И.Бурназяна ФМБА России, член Общественной палаты РФ Эдуард Гаврилов. Если предполагается, что медицинские учреждения будут переданы в концессию, то, по его мнению, «концессионные соглашения в такой чувствительной сфере, как здравоохранение, не должны преследовать исключительно интересы бизнеса».

Комментируя на недавней пресс-конференции происходящую в здравоохранении оптимизацию, Президент РФ Владимир Путин подчеркнул, что власти должны в первую очередь ориентироваться на людей, которые пользуются медицинскими услугами. «Миллионы людей ждут от нас улучшения ситуации в сфере здравоохранения», – сказал глава государства. – Но граждане говорят, что они недовольны,

несмотря на все наши усилия. Мы должны проанализировать ситуацию в здравоохранении, чтобы понять, что происходит и что мы должны сделать». «Не навреди», – заключил он, говоря о реформировании здравоохранения.

Заместитель мэра по социальным вопросам Леонид Печатников, вроде, и не собирается это делать. После того, как в СМИ появился документ о «высвобождении» зданий 60 московских больниц, клиник и детсадов, он заявил, что окончательное решение будет принимать мэрия Москвы и «в любом случае все вырученные деньги будут направлены в здравоохранение, в том числе на финансирование системы ОМС». То есть высвобождающиеся в ходе оптимизации столичного здравоохранения здания больниц будут проданы. И это при том, что, по мнению экспертов, больничные земли девелоперов не заинтересуют, однако в этих зданиях могли бы разместиться частные клиники.

Между тем ранее Л.Печатников заверял, что все закрывающиеся клиники отдадут не коммерческим структурам, а домам престарелых и хосписам. Кроме того, утверждал он, власти не планируют привлекать частный бизнес к управлению городскими медучреждениями.

О реформе здравоохранения в Москве стало известно после публикации в СМИ в октябре

2014 г. аналогичного документа о высвобождении имущества 28 медучреждений столицы, в том числе 18 больниц. Предлагалось слить ряд клиник с крупными больницами, а освободившиеся здания передать на баланс мэрии. В ноябре – декабре столичные медики трижды выходили на митинги, требуя ввести мораторий на реорганизацию. А городские власти между тем не исключали, что под сокращения попадут 7 тыс. медиков, которым обещаны компенсации от 200 до 500 тыс. руб. Мало того, желающим предложено переобучиться по городским программам с выплатой стипендии 30 тыс. руб. на время обучения.

Организаторы митингов из движения «Вместе за достойную медицину!» утверждают, что всего под сокращение в столице могут попасть 20 тыс. медицинских работников. Координатор движения Алла Фролова вообще считает желание властей «продать часть зданий медицинских организаций за большие деньги» одной из целей всей реформы. На днях вместе с членом президиума Пироговского движения врачей Павлом Воробьёвым она презентовала общественный доклад о состоянии столичного здравоохранения, в котором среди прочего говорится о почти двукратном росте объёмов платной медпомощи в столице.

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

## Тенденции

# Общество берёт под контроль

**На заседании Общественной палаты Свердловской области губернатор Евгений Куйвашев отметил, что границы общественного контроля в сфере здравоохранения, в том числе и полномочий муниципалитетов, должны быть расширены.**

Он подчеркнул, что здравоохранение области и реализация областных программ должны быть в центре деятельности Общественной палаты, которой также предстоит вести мониторинг качества и доступности медицинских услуг, контролировать уровень зарплаты медиков, отслеживать вопросы, связанные с эффективностью использования бюджетных средств.

Особого внимания требует

программа «Здоровье уральцев», которая начнёт работу со следующего года и объединит в себе такие подпрограммы, как «Территория здоровых сердец», «Мужское здоровье» и «Мать и дитя».

Как пояснил директор Уральского института кардиологии Ян Габинский, с этими инициативами Свердловская область оказалась в числе передовиков.

– Основой программы «Территория здоровых сердец» станет проект «Город сердца», поддержанный губернатором. Основной смысл его – создание кардиологической «паутины». То есть каждый отдалённый участок, каждая деревня, село будут охвачены необходимой медицинской технологией, которая позволит

диагностировать, лечить, реабилитировать, профилактировать кардиологического пациента. У нас уже сейчас есть значительные успехи: снизилась летальность от инфарктов миокарда. Это показатели, которые говорят, что у нас ситуация намного лучше, чем в среднем по России», – подчеркнул Я.Габинский.

Реализация программ в сфере здравоохранения невозможна без совершенствования системы оказания медпомощи. Реформа нацелена на повышение эффективности деятельности медучреждений и специалистов.

– Мы смещаем акцент с оказания медицинской помощи на круглосуточные стационары на поликлиническую и амбулаторную помощь. В результате всех

преобразований – оптимизации сети учреждений, внедрения эффективных контрактов – удалось сэкономить 558 млн руб., которые были направлены на повышение заработной платы медицинским работникам, – отметил министр здравоохранения Аркадий Белявский.

По словам заместителя председателя Общественной палаты РФ Сергея Майзеля, реформа идёт и в Екатеринбурге, который, в отличие от других муниципалитетов, сохранил за собой ряд полномочий в сфере здравоохранения.

– Никакого сокращения врачей не происходит и не планируется. Говорить о том, что городу не хватает средств, – необоснованно. Нет проблем у Екатеринбурга и с сохранением круглосуточно-

го коечного фонда, – пояснил С.Майзель.

Более того, для Свердловской области характерен дефицит квалифицированных кадров. В таких условиях ни о каком сокращении речи идти не может – работа будет для всех.

Как рассказала проректор по науке Уральского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Ольга Ковтун, решению вопроса дефицита кадров, который составляет порядка 3 тыс. человек, во многом должно помочь решение губернатора о создании медицинского кластера в Академическом районе Екатеринбурга.

**Алёна ЖУКОВА,**  
спец. корр. «МГ».

Екатеринбург.



Во Владивостоке прошло занятие постоянной действующей здесь школы-семинара «Юридические вопросы применения наркотических средств и психотропных веществ для лечения острой и хронической боли».

Организатором мероприятия выступили Приморский краевой онкологический диспансер, Департамент здравоохранения, Тихоокеанский государственный медицинский университет и Приморское отделение межрегиональной общественной организации «Общество онкологов химиотерапевтов». На школу-семинар приехали районные онкологи, которые прошли инструктаж по диспансеризации онкологических больных и оформлению статистических форм.

В качестве докладчика по главной теме организаторы пригласили советника юстиции РФ I класса, доктора медицинских наук, профессора Василия Падалкина.

Эксперт в первую очередь обратил внимание на ответственность за нарушения антинаркотического законодательства и на замалчивание этой темы в СМИ.

– Оборот наркотических средств – тема, которая должна быть очень тщательно прописана законодательно, – подчеркнул В.Падалкин. – За «провинности», связанные с нарушениями требований закона и подзаконных актов, предусмотрена как административная, так и уголовная ответственность. Последняя наступает при нелегальном обороте наркотических средств. К сожалению, в последнее время в СМИ публикаций о фактах привлечения к уголовной ответственности работников

Акценты

# Трудное право на обезболивание

## Снова вокруг оборота наркотических средств



**Порядок и условия использования наркотических средств до сих пор не определены, страдают и пациенты, и медицинские работники**

здравоохранения стало намного меньше. Когда я начал разрабатывать данную тему в 2007 г., об этих случаях писали довольно много и охотно. В сообщениях фигурировали в основном главные врачи, которые нарушали правила работы с рецептурными бланками и незаконно выписывали наркотические средства. Вторая категория – медицинские

сёстры анестезиологического и реанимационного отделений ЛПУ.

Я подробно ознакомился с четырьмя уголовными делами – медсёстры заполняли пустые ампулы дистиллированной водой и сдавали их в таком виде, а остаток наркотических средств отдавали наркозависимым лицам. Очень похожие между со-

бой случаи были зафиксированы в 5 городах России, несколько работников привлекли к административной ответственности. Были и другие факты, когда провизоры получили уже реальный срок – от 4 до 6 лет лишения свободы за легкомысленность и халатность в отношении хранения наркотиков. Так, одна из заведующих аптек спокойно доверяла ключи от сейфа сотруднику, не имеющему доступа, и, как следствие – недостача ампул с наркотическими веществами. Это говорит о том, что мы очень плохо знаем нормативную базу по этому направлению.

Лектор напомнил, что основным регламентирующим документом в данной сфере является Федеральный закон об обороте наркотических средств и психотропных веществ, и указал аудитории на его несовершенство.

– За 17 лет с момента принятия закона сделано немало, принято более 20 постановлений правительства и 4 приказа Минздрава, – отметил В.Падалкин. – Но в то же время во всех этих документах до сих пор не определены минимальные сроки назначения наркотических средств, порядок и условия их использования в медицинских целях, что, на мой взгляд, явля-

ется форменным безобразием. Прокуратура, проверяя Минздрав, неоднократно на это указывала, однако воз и ныне там. Также до сих пор не определён порядок создания специальных комиссий по контролю за оборотом наркотических средств. Закон действительно сложный для исполнения, в 23 статьях вы найдёте понятие «запрещается». Поэтому сегодня им недовольны и пациенты, которым крайне сложно получить назначение и рецепт, и специалисты Минздрава, на которых свалилось огромное количество жалоб в разные инстанции, включая Президента и правительство, и лечащие врачи, которые лишены права самостоятельно назначать наркотические средства и психотропные вещества.

Семинаристы также рассмотрели вопросы использования неинвазивных наркотических ЛС для лечения хронического болевого синдрома, хронической анемии у онкологических больных, роль участкового врача в организации и проведении противоболевой терапии, современные подходы в лечении метастатического колоректального рака, оптимизация контроля безопасности терапии трастузумабом.

В завершение прошёл «круглый стол», обсудивший актуальные вопросы организации деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ в Приморском краевом онкологическом диспансере при оказании паллиативной помощи онкологическим больным.

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

Владивосток.

**Фото**  
**Александра ХУДАСОВА.**

## Клуб лучших врачей

Вот уже в 15-й раз Министерство здравоохранения, Профсоюз работников здравоохранения РФ, «Медицинская газета» проводят в этом году Всероссийский конкурс «Лучший врач» и будут чествовать новых его победителей. Уже 700 докторов страны носят это высокое звание! Профессионалы, до предела занятые своими повседневными делами, тем не менее не проходят мимо тех проблем, которые волнуют и их, и их пациентов, и пишут в «МГ», высказывают свои мнения, будучи уверенными, что к их слову прислушаются организаторы здравоохранения. Сегодня гость нашего клуба – победитель в номинации «Лучший сельский врач» в 2014 г. Марьяна ШАХМУРАДОВА.

Я заведу терапевтическим отделением Грачёвской центральной районной больницы, которая расположена в 30 км от Ставрополя. Вроде бы всё у нас хорошо – работают 16 терапевтов, узких специалистов есть необходимая аппаратура и техника. Но дело в том, что работа участкового терапевта, как ни у одного врача, в основном связана непосредственно с человеком. Пациент впервые попадает именно к нему, врач направляет его на диспансеризацию, затем контролирует её результаты, назначает необходимое лечение. И таких пациентов у нас не менее 80%.

В среднем нагрузка врача – 41 человек в день. Чтобы оформить

всю положенную документацию, просто не хватает рабочего времени. Если учесть, что мы посещаем больных на дому, можно представить, как непросто быть терапевтом. Масса времени уходит у нас на подготовку, возню со всевозможными документами – одному надо оформить санаторно-курортную карту, другому выдать справку о смерти близкого человека, а отводиться на всё про всё – 12 минут. Правда, хорошо, что на первичного пациента – 20 минут, но на него пишем столько бумаг, что как ни крутишь, итого в среднем на самого человека остаётся 6-7 минут. В общем, тяжёлая ноша у участкового терапевта.

В связи с программой, как мы её называем «получи миллион», из молодых специалистов, согласившихся приехать работать на село и получивших за это хорошую субсидию от государства, к нам сейчас прибыло пополнение – офтальмолог, дерматолог, терапевты. Это просто здорово. Но очень странно, что большинство молодых не скрывают, что им надо продержаться эти 5 лет. «Ваша районная нас не интересуется, отработаем и подадимся в другие места», – говорят они от-

крыто, что, конечно же, обижает старожил. Значит, что этим молодым недодали в смысле нравственного воспитания наши прекрасные институтские преподаватели. Думаю, заняться этой далеко не новой проблемой надо обязательно.

Ещё одна новая обязанность появилась у нас. На терапевтов возложили ответственность за дополнительное лекарственное обеспечение участников Великой Отечественной войны, чернобыльцев, афганцев, а нынешние страховые компании так ведут себя, что мы оказываемся в ситуации «шаг вправо, шаг влево – расстрел». Например, не совпали даты посещения и даты анализов, – считай, это конец.

Представьте такую ситуацию. Пришёл человек в поликлинику и ему стало плохо, ведь не можем



же мы ему сказать: «А у нас талонная система, приходите завтра». Почему же не учитываются такие ситуации? Или другой пример – узкий специалист не выезжает на место вызова, пока туда не прибудет терапевт. Но узкий

специалист ведь тоже врач, ему под силу решить необходимые вопросы, оказать помощь. Так что терапевтам остаётся только набраться терпения, и я им желаю крепкого здоровья.

Хочу обратиться к организаторам здравоохранения. Пожалуйста, присылайте нам данные, о которых надо сообщать в годовых отчётах, не в конце года, а в начале, иначе мы ориентируемся на прошлогодние формы, а, получив «новинки», когда времени в обрез, вынуждены всё начинать сначала, поднимать массу документов, что отнимает от основной работы с больными.

Точно могу сказать одно: несмотря ни на что, мы любим своих пациентов. Я, к примеру, победила в конкурсе не только по своим и нашим общим результатам, но и письмам моих благодарных больных, которые направляли хорошие отзывы о моей работе. Бывает, и жалуются на нас, но благодарных больных всё равно намного больше.

**Записала**  
**Валентина ЗАЙЦЕВА,**  
корр. «МГ».

**Фото**  
**Александра ХУДАСОВА.**

# Самая тяжёлая работа — возня с документами



**«Дежавю» по-новосибирски**  
– именно так можно назвать происходящее в здравоохранении региона.

### Несчастливое число «семь»

Год назад, в феврале 2014 г., Леонид Шаплыгин, занимавший тогда пост руководителя профильного министерства в правительстве Новосибирской области, в интервью «Медицинской газете» заявил о том, что мегаполису необходимы новые поликлиники, и решение о строительстве 7 амбулаторно-поликлинических учреждений уже принято. Причём, подчеркнул министр, «7 – это только объекты первой очереди. Губернатором (В.Юрченко, – авт.) поставлена задача планировать также строительство поликлиник второй очереди».

Через месяц в Новосибирской области сняли с поста губернатора, практически сразу после этого ушёл в отставку и Леонид Шаплыгин, а с ним ушла в небытие и идея строительства сети новых поликлиник в быстро строящемся городе.

22 января 2015 г. на заседании коллегии областного Министерства здравоохранения новый губернатор региона В.Городецкий обратился к медицинской общественности с идеей... построить в Новосибирске ещё 7 поликлиник, так как, по его словам, именно таков дефицит поликлинических мощностей. Жилищное строительство в столице Сибири ведётся в отрыве от развития инфраструктуры: разрешения на строительство микрорайонов выдаются, а о том, где жильцы новостроек будут получать первичную медицинскую помощь, власти не задумываются.

Сейчас ситуация близка к критической, например, в Октябрьском районе в ближайший месяц строители сдадут 170 тыс. м<sup>2</sup> жилья при том, что действующие поликлиники там уже работают с перегрузкой. В аварийном состоянии поликлиники в Ленинском и Дзержинском районах, нагрузить их дополнительной работой по обслуживанию населения строящихся многоэтажек невозможно в

### Акценты

# Бег по кругу

Чиновники приходят и уходят, а обещания остаются



*А так всё хорошо начиналось, когда прошлым летом вице-губернатор К.Колончин inspectировал строительную площадку областного перинатального центра...*

принципе. Эти примеры привёл сам губернатор. Владимир Городецкий признался, что за 3 последних года регион не сдвинулся в развитии поликлинической сети Новосибирска ни на шаг. Хотя справедливости ради надо заметить, что данная проблема начала расти именно в то время, когда Городецкий был мэром столицы Сибири. Поэтому с кого же ему нужно спросить, как не с самого себя? Впрочем, и сейчас реплика о том, что поликлиники необходимо строить, прозвучала риторически. Никаких конкретных планов, сроков и сумм расходов пока не названо.

### Деньги кончились...

Ещё одна тема, которая становится традиционной, – строительство областного перинатального центра. В сентябре – октябре 2015 г. крупнейшее

учреждение родовспоможения Новосибирской области должно было принять первых пациентов. Но...

Здесь всё ещё более печально: объект начали возводить в 2013 г. на деньги регионального бюджета, решив не дожидаться приглашения войти в соответствующую федеральную программу. Курировал стройку лично вице-губернатор по социальным вопросам Кирилл Колончин.

– Перинатальный центр – одна из самых важныхстроек для региона сегодня. Это приоритетный объект, который обязательно будет сдан в срок, и нет никаких причин для изменения данных планов, – это заявление Колончин сделал в августе 2014 г. на стройплощадке ОПЦ, о чём также писала «Медицинская газета».

Однако уже через несколько недель самого москвича Колон-

чина не было ни в правительстве Новосибирской области, ни в регионе, и стройка «приоритетного объекта» тоже вскоре замерла, так как прекратилось её финансирование. Злые языки много чего поговаривали на этот счёт ещё в пору присутствия экс-вице-губернатора на своём посту, но экономический кризис явился «как нельзя кстати»: теперь именно на него можно списать все провалы и просчёты, кто бы ни был их автором.

На днях глава региона В.Городецкий, общаясь с журналистами, сообщил, что в региональном бюджете нет средств на завершение строительства областного перинатального центра, поэтому власти ищут частных инвесторов, готовых вложиться в проект. На помощь федеральной власти в нынешних финансовых реалиях рассчитывать наивно.

«Перинатальный центр нужен акушерской службе Новосибир-

ской области как воздух», – подобные лозунги звучат теперь и от новых чиновников, отвечающих в областном правительстве за социальную сферу. Энтузиазм их велик, вот только нет гарантии, что история изменит своим традициям и опять не пойдёт по кругу.

### Словно эстафетная палочка

Есть в банке нереализованных идей руководства Новосибирской области ещё один проект – строительство онкологического центра. Впервые об этом всерьёз заговорили ещё в 2008 г., в 2009-м должны были подготовить проект, а ещё через 2 года сдать объект. В Департаменте здравоохранения Новосибирской области (тогда орган управления ещё не был министерством) журналистам даже показывали дизайн-макет будущего онкоцентра. Много воды утекло с тех пор, но ни проекта, ни стройки так и не случилось.

О том, что области, где тревожно высокие показатели заболеваемости раком, жизненно необходима современная онкологическая клиника, сегодня вспоминают лишь эпизодически. И всякий раз упоминание чиновниками важности строительства онкоцентра вызывает у слушателей одну и ту же мысль: «Где-то я это уже слышал».

Кстати, из четырёх глобальных медицинских проектов, которые администрация Новосибирской области предъявляла общественности в 2008 г., – строительство областного перинатального центра, областной психиатрической больницы, областной туберкулёзной больницы и областного онкологического центра – за прошедшие годы не реализован ни один. Накопившиеся в отрасли здравоохранения проблемы передаются от губернатора к губернатору и от министра к министру, как эстафетная палочка. Когда же финиш?

Елена БУШ,  
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Фото Татьяны КРАВЧЕНКО.

### Опыт

# Новая терапия в Благовещенске

Ещё недавно эти дети даже не могли сидеть...

**В Благовещенск приехали уральские специалисты по кинезотерапии. Они бесплатно оказывают лечение и помогают реабилитироваться детям с диагнозом ДЦП в рамках программы «Здоровый ребёнок». Её учредило Амурское отделение Российского детского фонда.**

Благодаря курсу кинезотерапии у 6-летней Лили, больной ДЦП, исправляются двигательные нарушения. Ещё полгода назад девочка не могла держать голову и сидеть без поддержки. Теперь родители надеются, что их дочь скоро научится ползать.

– Результат очень хороший.

У нас не было надежды, что после 5 лет ребёнок вообще будет заниматься. А дома мы уже начали сами переворачиваться, делать попытки к ползанию. До этого ребёнок сидел-то с опорой, сама она не могла сидеть, – поделилась мама Лили Анастасия Соломинник.

Кинезотерапия – это лечение движением. Такой метод реабилитации распространён в Европе. Но в России, к сожалению, он ещё недостаточно развит. В Амурской области, к примеру, таких докторов нет вообще. Поэтому были приглашены врачи из Екатеринбурга. Специалисты приехали в Приамурье во второй раз, чтобы провести новый курс.

10 дней они будут заниматься с 16 детьми и их родителями.

– Особенностью нашего подхода является обучение родителей. То есть наша задача не просто позаниматься с ребёнком, а сделать родителей специалистами в нашей области. Они должны знать, что делать со своим ребёнком, чтобы ему помочь, – рассказывает детский невролог, кинезотерапевт медицинского центра «Здоровое детство» из Екатеринбурга Мария Лукьянова.

2-летний Саша приехал на курс кинезотерапии из Шимановска с бабушкой. Благодаря лечению он научился уверенно стоять без ходунков. Говорит, хорошо помогают растяжка мышц, йога, массаж. Реаби-

лируют детей бесплатно – на базе детской городской клинической больницы.

– Для нас это новый метод терапии. Он только начинает к нам приходить – постепенно. И мы видим его положительные результаты. Если каждый врач проникнется, что это нужно, то отдача будет намного больше, – отмечает заместитель главного врача детской городской клинической больницы Оксана Мартынова.

В России кинезотерапия не входит в Программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. С помощью Амурского отделения Российского детского фонда и благотворительного телемарафона «Кры-

лья» на программу лечения и реабилитации детей с ДЦП «Здоровый ребёнок» амурчане собрали около 600 тыс. руб. Приезд врачей организовал амурский Минздрав.

К слову, сейчас в Амурской области более 400 детей с патологией опорно-двигательного аппарата и нервной системы. Инициаторы программы «Здоровый ребёнок» планируют и дальше приглашать кинезотерапевтов в регион, если найдут деньги. В перспективе в Приамурье появятся и местные врачи-кинезотерапевты.

Николай РУДКОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.



**В последнее время значительное внимание уделяется вопросам подготовки медицинских кадров, так как дефицит специалистов становится угрожающим. Сегодня мы предлагаем рассуждения на эту острую тему нашего давнего автора, заведующего кафедрой фтизиопульмонологии Курского государственного медицинского университета профессора Владислава КОЛОМИЙЦА. Кафедра располагает значительным опытом организации как до-, так и последипломного образования.**

### Ниже падать некуда?

В настоящее время в высшей школе, в том числе медицинской, осуществляется переход на новые государственные стандарты в образовании. Ставка делается не на усовершенствование старых, а на новые Федеральные государственные образовательные стандарты (ФГОС) третьего уровня. Есть ли объективные причины такого перехода? Очевидно, есть. Ведь качеству медицинского образования в России дана оценка на самом «верху». Так, в беседе с врачами Сахалинской областной больницы председатель Правительства РФ Д. Медведев выразил недовольство его качеством следующим образом: «Нам вообще нужно навести порядок с медицинским образованием, потому что за последние годы оно деградировало». Не менее жёстко высказалась министр здравоохранения РФ В.Скворцова, сообщив, что уровень подготовки кадров не просто снизился, а он просто бесстыдно низкий. На одном из недавних собраний Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России министр вновь напомнила: «Вы работаете для страны!» (см. «МГ» № 77 от 15.10.2014) и тщательно проанализировала эффективность медицинских образовательных организаций высшего профессионального образования, выполнение указов Президента РФ и кадровое обеспечение отрасли.

Ещё недавно, вроде бы, качество медицинского образования не вызывало особой тревоги. Достижения отечественной высшей медицинской школы, её традиции и методы были общепризнанными. В подтверждение этого можно привести хотя бы тот факт, что подготовленные в ней врачи сумели создать такую модель здравоохранения, которая в XX веке была признана ВОЗ одной из лучших в мире. Лишь в конце прошлого столетия, в лихие 90-е, после начала социально-экономических реформ и бесконечного реформирования отрасли встал вопрос об уровне подготовки врача. Отсюда возник великий соблазн объяснить его беды именно качеством подготовки медицинских работников.

### Что нам поможет?

В чём же видят выход в соответствующих министерствах? Это назревшее усовершенствование методического обеспечения образовательного процесса.

Конечно, если учитывать тенденции развития глобального рынка образовательных услуг и связанную с этим активность в области стратегического планирования высшего образования, то внедрение инновационных образовательных технологий и международных стандартов становится приоритетным в деятельности высшей медицинской школы. Именно из-за этого страстного желания вписаться в международные стандарты была обоснована «необходимость» реформы, одним из проявлений которой стало введение ФГОС третьего уровня. В основе его постепенно внедряемых нормативов лежат рекомендации, принятые и условно обозначаемые как Болонский процесс. И хотя в медицинской высшей школе было принято ре-

шение временно не использовать эти рекомендации, тем не менее введение ФГОС третьего уровня практически обозначало начало «болонизации» подготовки врачей различных специальностей и в России.

В целом это начинание достаточно прогрессивное, но для отечественного медицинского образования относительной новизной и привлекательностью является лишь двухциклическая схема подготовки и мобильность преподавателей и студентов.

Подготовка медицинских кадров

педагогической школы, эпидситуации в регионе и т.д. Сейчас же разработаны примерные программы по интернатуре, которая вскоре будет заменена ординатурой, а программа других видов последипломного образования (тематические, сертификационные циклы, первичная профессиональная переподготовка и др.) давно устарели.

При этом следует учитывать следующее. Да, в вузе (хотя с учётом кадровой ситуации далеко не в каждом) можно разработать такие программы. Однако при

ую койку, развернуть дневные стационары при туберкулёзных поликлиниках (10 894 места). Вместе с тем с каждым годом во фтизиатрических стационарах и амбулаторных учреждениях доля больных, поступающих «с подзором на туберкулёз», то есть нуждающихся в дифференциальной диагностике, возрастает и достигает 20-30%. В результате обследования и пробного лечения зачастую диагностируется неспецифическое воспалительное заболевание лёгких.

воспалительными, опухолевыми и другими заболеваниями органов дыхания, проводят направленную научную и педагогическую работу. Многие кафедры вузов и НИИ стали фтизиопульмонологическими учреждениями, фтизиатры стремились расширить поле деятельности и закрепить реально существующее, но незаконное положение дел.

И если после распада СССР из-за роста заболеваемости, распространённости и тяжести течения туберкулёза об интеграции фтизиатрии и пульмонологии пришлось временно забыть, то в настоящее время уже другие, новые факторы требуют вновь рассмотреть возможность введения такой специальности. Заметим, что не только в развитых странах, но и в некоторых государствах СНГ уже имеют положительный опыт такой интеграции.

Учтём ещё одно обстоятельство. Вызывает ли интерес у молодого специалиста работа по специальности «фтизиатр», функциональные обязанности которого в условиях тотального внедрения стандартов практически сводятся к контролю за приёмом этиотропных препаратов? Или же в условиях, когда он, будучи практически отстранён от диспансеризации, обязан контролировать скрининговые осмотры населения, не обладая действенными способами административного воздействия на организацию их проведения? И при этом над ним постоянно висит угроза сокращения из-за недостаточных объёмов работы!

Таким образом, совершенно обосновано в условиях невозможности отказа от предоставления населению специализированной медицинской помощи при туберкулёзе, необходимости сохранения и подготовки специалистов по этому профилю нужно введение специальности «фтизиопульмонология». С этой целью должны быть внесены соответствующие изменения в образовательные программы ФГОС как до-, так и последипломного образования. Для подготовки же фтизиопульмонологии необходимо создать соответствующие условия (профессорско-преподавательский состав кафедр, нормативно-правовое и методическое обеспечение, клиники и базы практической подготовки). Без этого даже самые прогрессивные образовательные методики будут малопродуктивны.

В заключение последнее. В настоящее время в Государственной Думе обсуждается законопроект, предлагающий запрет работы по какой-либо специальности без профильного диплома, стажа и набора умений. Законопроект был внесён в июне 2014 г. и в сентябре принят в первом чтении. Он напрямую связан с Трудовым кодексом, где появится статья 195.2 со ссылкой на необходимость соответствовать профстандартам, которые с 1 января 2016 г. станут обязательными для государственных и муниципальных, в том числе, естественно, и медицинских учреждений. В концентрированном виде закон выражен очень кратко – после получения диплома специалист должен работать только по соответствующей профессии. Если учесть возможное принятие этой «инновации», то необходимо очень обосновано предусмотреть расширенный диапазон работы врача при его подготовке и отразить это в дипломе и, разумеется, сертификате.

В связи и с этим необходимо очень тщательно рассмотреть предлагаемое решение. Целесообразность его очевидна большинству практикующих специалистов, однако отношение к нему в административных органах здравоохранения – как в среде фтизиатров, так и пульмологов – может быть далеко неоднозначным.

Курск.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

### Точка зрения

# Кто нам нужен — фтизиопульмонолог или фтизиатр?

## О проблемах последипломного образования в противотуберкулёзной службе



Учиться никогда не поздно...

имеет много особенностей, но при этом приоритетно должны учитываться потребности и возможности той страны, для которой готовятся эти кадры. Наше здравоохранение отличается от стран Западной Европы по многим показателям. Мы заведомо должны готовить врача к работе в сложных, а иногда и экстремальных условиях. И поэтому можно ли ориентироваться на западную систему? Да, мы выполним одно из условий болонской системы – возможность работать нашему выпускнику за рубежом. И тогда от нас уедут самые способные, грамотные, целеустремлённые молодые врачи...

### О пользе «фтизиостандарта»

Подготовка всех медицинских кадров, в том числе и по специальности «фтизиатрия», продолжает оставаться актуальной. Так, по данным профессора О.Нечаевой, за период 2006-2012 гг. обеспеченность врачами-фтизиатрами (на 100 тыс. населения) снизилась на 13%, а доля врачей пенсионного возраста – свыше 30%. Коэффициент же совмещения возрос до 1,7. И прогностически ситуация не улучшается.

Теперь здесь укажем, что с учётом сложностей внедрения образовательного стандарта ФГОС-3 на додипломном этапе такой стандарт для последипломного образования пока неизвестен. Здесь же уж точно нужен единый, типовой, в который в каждом вузе могут быть внесены изменения (не принципиальные!) в соответствии с направлением

малейшем аудите, которых развелось сейчас великое множество, нет никаких гарантий, что аудитор (чиновник может быть вообще без медицинского образования) усомнится в компетентности такой программы, и аргументировать её будет крайне затруднительно, ведь нет эталона в виде типовой!

Таковы условия подготовки врача по разделу «фтизиатрия».

Вторая часть проблемы – кого готовить? С внедрением стандартов оказания медицинской помощи при модернизации предусмотрено обеспечение потребности во врачах по основным специальностям с учётом объёмов медуслуг по Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Как всё это выглядит применительно к фтизиатрии? Не секрет, что объём функциональной нагрузки на основной контингент районных и участковых фтизиатров, особенно в сельской местности, сокращается вследствие изменения демографической ситуации в стране и ряда других причин. Дополнительно укажем, что не так давно сотрудники ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения О.Нечаева, Е.Скачкова, Л.Михайлова разработали нормативы противотуберкулёзной службы с учётом современной эпидемической ситуации и стандартов лечения больных на разных этапах. По их расчётам, необходимо было сократить 12 625 туберкулёзных стационарных коек для взрослых, сократить или перепрофилировать 1764 туберкулёзные стационарные койки для детей и 22 071 туберкулёзную санатор-

Уменьшение общего количества больных туберкулёзом и объёмов профилактической работы не позволяет фтизиатру выполнять нормативы врачебной нагрузки, что приведёт (и уже привело во многих территориях) к сокращению ставок фтизиатров. В связи с этим сейчас возникает необходимость совмещения основной работы фтизиатра с работой по другим специальностям, требующим длительного переобучения и специальной сертификации. В условиях оказания специализированной медицинской помощи в стационаре нашли выход – в соответствии с новым порядком её оказания (приказ МЗ РФ № 932н) в штаты учреждений введены другие специалисты, в том числе и пульмонологи.

### К вопросу об интеграции

Таким образом, в современных условиях представляется возможным частично возложить на фтизиатров (в первую очередь – первичного звена) функции пульмологов, как в целях дальнейшего сохранения фтизиатрической службы, так и диспансерного наблюдения больных пульмонологического профиля. Следовательно, целесообразно ввести специальность «фтизиопульмонология» и начать подготовку врачей на этапе додипломного образования, решив таким образом проблему сохранения фтизиатрических кадров и их совершенствования в области дифференциальной диагностики туберкулёза и нетуберкулёзной патологии лёгких.

Вопрос интеграции дисциплин в одну, фтизиопульмонологию, возник неслучайно. Ещё в 1970 г. министр здравоохранения СССР Б.Петровский высказался за целесообразность объединения фтизиатрии и зарождающейся пульмонологии в одну специальность – фтизиопульмонологию, что к тому времени поддерживали многие авторитетные фтизиатры и особенно торакальные хирурги. Однако в министерстве на совещании идея была отвергнута, основная причина – отсутствуют должные материально-технические условия. Но если на уровне министерства затея объединения провалилась, то на практике фтизиатры и торакальные хирурги продолжают обследовать и лечить значительное число больных с неспецифическими



# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 7 (1859)

**Ожирение является одним из самых распространенных в мире хронических заболеваний. Распространённость ожирения настолько велика, что приобрела характер неинфекционной эпидемии. Около 1,7 млрд человек на планете имеют избыточную массу тела или ожирение. Лидирующее положение занимают Соединённые Штаты Америки: 34% взрослого населения этой страны имеют избыточную массу тела, а 27% – ожирение. В нашей стране не менее 30% трудоспособного населения имеют избыточную массу тела и 25% – ожирение.**

Ожирением называется избыточное отложение жира в организме. Выделяют ожирение первичное и вторичное. 90-95% всех случаев заболевания приходится на первичное ожирение, которое подразделяется на алиментарно-конституциональное и нейроэндокринное (гипоталамическое).

Вторичное ожирение включает в себя эндокринно-метаболическое ожирение и церебральное, связанное с заболеваниями и поражением головного мозга. При лечении основного заболевания масса тела при вторичных формах ожирения уменьшается.

Проблема ожирения является актуальной и в педиатрии, так как почти у 60% взрослых это заболевание начинается в детском возрасте. Ожирение наблюдается при различных эндокринных заболеваниях у детей. Одной из самых распространенных форм эндокринной патологии у подростков, сопровождающихся избыточной массой тела, является пубертатно-юношеский диспитуитаризм (ПЮД).

ПЮД – это нейроэндокринный синдром, возникающий во время возрастной перестройки организма, обусловлен дисфункцией гипоталамуса, гипофиза и других желёз и проявляется гормонально обменными нарушениями и вегетососудистыми расстройствами.

По данным ряда авторов, ПЮД – сложная эндокринная патология подросткового возраста, которая встречается у 4% подростков 11-18 лет.

## Патогенез

Диспитуитаризм пубертатно-юношеского периода рассматривается как гипоталамо-гипофизарное заболевание, так как симптомы этих нарушений выходят за рамки физиологической возрастной нормы. В настоящее время отсутствует единая терминология этого заболевания. Термин «пубертатно-юношеский диспитуитаризм» используется только в отечественной литературе. Ему созвучны названия: гипоталамический синдром пубертатного периода, пубертатно-юношеский базофилизм, ювенильный базофилизм, гипофизарный базофилизм периода полового созревания.

Синонимами в зарубежной литературе являются: функциональный кушинг, кушингоид, ожирение со стриями у подростков. Авторы этих терминов считают, что в основе патогенеза лежит поражение надпочечников.

Аналогия между пубертатно-юношеским базофилизмом и болезнью Иценко – Кушинга сомнительна, так как в отличие от болезни Иценко – Кушинга у подростков симптомы базофилизма с окончанием пубертатного периода спонтанно исчезают.

Отечественный исследователь Д.Соколов в 1953 г. высказал мнение о гипоталамо-гипофизарном механизме развития ПЮД. Автор описывал его как отклонение от нормально протекающего пубертатного периода вследствие нарушения функции гипофиза. Некоторые зарубежные авторы также считали ПЮД вариантом нормально протекающего процесса полового созревания, исчезающим с окончанием пубертатного периода. С этим мнением трудно согласиться, если учесть формирование артериальной гипертензии у 60% юношей и 50% девушек в отдалённые сроки, через 5 лет после завершения пубертатного периода.

Клиническую триаду, характерную для этого патологического состояния, впервые выделил в 1951 г. S.L.Simpson: ожирение с розовыми стриями, высокорослость, артериальная гипертензия. Автор обозначил его у девушек как «адипозогинизм», а у юношей – «адипозогинандризм».

Развитие ПЮД в большинстве случаев является результатом совместного действия нескольких этиологических факторов у лиц с конституциональной или врождённой неполноценностью гипоталамуса.

Роль наследственных или конституциональных факторов подтверждается наличием у родственников больных тех или иных проявлений гипоталамической дисфункции. Имеются указания о существовании «главного» гена, ответственного за развитие ПЮД. В развитии заболевания имеют значение такие факторы, как отягощённая наследственность, ожирение, пожилой возраст родителей, их профессиональные вредности в повышении риска возникновения заболевания, неблагоприятные бытовые условия, тяжёлые психологические травмы, многолетнее переживание.

Дисфункция гипоталамической области, на фоне которой впоследствии развивается

ся ПЮД, может быть связана с действием неблагоприятных перинатальных факторов: осложнённой беременностью и родов у матери, среди которых особое место занимают состояния, сопровождающиеся хронической или острой гипоксией плода (гестоз, фетоплацентарная недостаточность, родовые травмы и др.).

Этот дефект гипоталамических структур «декомпенсируется» под влиянием внешних и внутренних факторов, когда требуется напряжение адаптивных механизмов. Напряжение адаптивных механизмов возникает в период пубертата, беременности и родов, с началом половой жизни.

Факторами, играющими пусковую роль в развитии нейроэндокринных нарушений при ПЮД, являются хронические и острые психоэмоциональные стрессорные состояния, смена климатических условий, острые и инфекционные заболевания. Фоновыми для развития гипоталамической дисфункции являются: хронические длительно существующие очаги инфекции, хронические тонзиллиты, синуситы и др.

Ряд исследователей, в частности, указывают, что непосредственную причину ПЮД установить обычно удаётся редко.

У большинства больных диспитуитаризм развивается на фоне предшествующего ожирения. В настоящее время остаётся нерешённым вопрос, является ли ПЮД осложнением или естественной эволюцией экзогенно-конституционального ожирения.

В пубертатном периоде на фоне нейроэндокринной и морфофункциональной перестройки организма подростка значительно повышается нагрузка на гипоталамо-гипофизарную систему. Под воздействием внешних и внутренних факторов происходит нарушение основных функций гипоталамуса. Нарушается регуляция секреции гормонов передней доли гипофиза и опосредованно функциональной активности периферических эндокринных желёз, а также регуляция негипофизарных процессов: контроль за метаболизмом через пищевое поведение, формирование хронобиологических ритмов, эмоциональных реакций, функционирование вегетативной нервной системы. В результате дисфункции гипоталамуса нарушается синтез ряда аминов и нейропептидов головного мозга (дофамина, серотонина, эндорфина), гормонов передней доли гипофиза. Следствием этого является диспитуитаризм с повышением секреции преимущественно адренокортикотропного, соматотропного и лютеинизирующего гормонов.

В секреции гормона роста при ПЮД выявлены сложные закономерности. В начале болезни секреция гормона роста повышается, что и обуславливает высокорослость таких больных. С увеличением длительности заболевания продукция этого гормона снижается, извращается выработка соматотропина гипофизом при проведении функциональных проб.

Таким образом, в развитии ПЮД имеет значение нарушение секреции соматотропина, причём количественные её изменения при лёгких формах заболевания переходят в качественные, обусловленные большей сте-

пенью поражения гипоталамо-гипофизарных структур.

При пубертатно-юношеском диспитуитаризме изменяется секреция пролактина.

Большинством авторов установлено, что у больных ПЮД как мужского, так и женского пола базальная концентрация пролактина повышена. Гиперпролактинемия не зависит у этой категории больных от степени ожирения. Вместе с тем относительно высокий уровень пролактина достоверно чаще встречался при истинной и смешанной гинекомастии, при ложной гинекомастии или без неё наблюдался относительно низкий уровень гормона. Была выявлена положительная корреляция между базальным уровнем пролактина и наличием симптома гинекомастии. Это подтверждает роль пролактина в генезе гинекомастии.

Развитие гинекомастии у юношей с ПЮД Н.Старкова (1973) связывает с повышенным содержанием эстрогенов. Патогенез гинекомастии при ПЮД имеет сложный характер.

Исследования уровня пролактина у девушек с ПЮД в зависимости от менструального цикла выявили гиперпролактинемию во всех

фазах цикла. Высокая концентрация пролактина влияет на формирование поликистозной дегенерации яичников, подавляя овуляцию, считает S.Berga (1989). Возможно, что подтверждением этому является высокая секреция пролактина у более молодых девушек.

Нарушение выработки пролактина обусловлено изменениями в дофаминергической регулирующей системе гипоталамуса.

Клинической особенностью ПЮД является сочетание ожирения с признаками «гиперкортицизма», который проявляется ярко-розовыми стриями на определённых участках кожи, гиперпигментацией. Появление этих симптомов S.L.Simpson (1951) связывает с усилением кортикотропной стимуляции.

Содержание кортизола и его метаболитов у больных ПЮД практически не изменяется, несмотря даже на значительное повышение уровня АКГГ. При этом нарушены циркадные ритмы выделения и АКГГ, и кортизола. Уровень кортизола, как и любого другого биологически активного вещества, зависит от скорости его образования и утилизации. Это позволяет предположить, что при ПЮД синтез глюкокортикоидов повышен, но метаболизм их усилен ещё в большей степени, что и объясняет повышение экскреции их с мочой.

При распространённом поражении гипоталамуса у больных ПЮД, когда в патологический процесс вовлекаются ядра, вырабатывающие ТРГ, поражается гипоталамо-гипофизарно-тиреоидная система. При ПЮД базальные уровни тиреотропного гормона, трийодтиронина, тироксина не отличаются от показателей контрольной группы, но реакция гипофиза и щитовидной железы на стимуляцию ТРГ и ТТГ превышает норму, что указывает на скрытую тиреоидную недостаточность гипоталамического генеза.

И.Каюшева, М.Балаболкин (1986) сообщают о гипертиреотропинемии у пациентов с ПЮД, которая особенно высока у лиц с выраженным ожирением. При прогрессировании ожирения уровень ТТГ возрастает, при снижении веса – снижается. Гипертиреотропинемия сопровождается повышенным содержанием трийодтиронина и тироксина лишь у 1/3 части больных, у остальных пациентов уровень тиреоидных гормонов либо нормальный, либо пониженный. Чувствительность щитовидной железы к воздействию тиреотропного гормона сохранена.

Изменения происходят и в гонадотропной функции гипофиза, так как у таких пациентов наблюдаются нарушения полового созревания, у части из них выявляются признаки гипогонадизма. У юношей содержание ФСГ соответствует таковому у зрелых мужчин или повышено. Концентрация ЛГ в крови при этом заболевании снижена у лиц с клиническими проявлениями гипогонадизма, хотя при стимуляции кломифен-цитратом реакция гонадотропинов не отличается от нормы.

У девушек страдает цикличность выброса гонадотропин-рилизинг-гормона, секреция ФСГ и ЛГ хаотичная и физиологическое соотношение ФСГ/ЛГ нарушено, отсутствует физиологический овуляторный пик. Одним из механизмов нарушения гонадотропной функции гипофиза является изменение суточного ритма обмена серотонина.

Определённую роль в развитии этих нарушений играет и расстройство пролактинообразующей функции гипофиза. При низкой секреции пролактина наблюдается низкая секреция ФСГ и ЛГ, при высокой – высокая. Менструальные нарушения при этом тоже различные: низкая секреция пролактина определяет опсоменорею, высокая – дисфункциональные маточные кровотечения.

Нарушение гонадотропной функции гипофиза зависит от длительности заболевания, возраста больных, степени ожирения. Нарушается реакция гонадотрофов гипофиза и гонад на стимуляцию лютеинизирующего рилизинггормона. Отмечены умеренное снижение функциональных резервов ФСГ и высокий подъём уровня ЛГ, дисинхронизация пиков секреции эстрадиола, тестостерона. Максимально выражено повышение уровня пикового ЛГ.

Гормональная дисрегуляция возникает не только в результате поражения ядер гипоталамуса, но и из-за нарушения физиологического взаимодействия между гормонами.

В развитие ожирения вовлечены и адипокины, вырабатываемые в жировой ткани, в

частности, лептин. И.Фоминой (2009) установлено, что базальный уровень лептина у больных ПЮД не отличается от значений контрольной группы. Автором отмечено, что при увеличении степени ожирения отмечается тенденция к повышению лептина, причём уровень гормона достоверно выше при III степени ожирения по сравнению с I степенью. Гиперлептинемия при III степени ожирения сочетается с лептинорезистентностью.

При этой форме ожирения изменяется и секреция грелина. Показано его снижение у больных с ПЮД. Прогрессирование ожирения сопровождается тенденцией к уменьшению этого гормона. Установлена зависимость между грелином и антропометрическими показателями у здоровых молодых людей. У пациентов с ПЮД таких зависимостей не выявлено. На основании этого можно предположить нарушение физиологического действия гормона при этой форме ожирения.

Динамика уровней грелина, гормона роста и инсулина в условиях стандартного орального глюкозотолерантного теста у пациентов с ПЮД нарушена. Приём глюкозы не подавляет выброс грелина, сопровождается повышением гормона роста и гиперинсулинемией, что является одним из механизмов развития ожирения в юношеском возрасте.

## Клиника

Начало заболевания в большинстве случаев незаметное, постепенное, приходится на период полового созревания, ранний пубертатный период. Избыточная масса тела наблюдается с детства примерно у 25% больных с ПЮД. В возрасте 11-18 лет отмечается новая прибавка веса. У 50-60% пациентов ожирение впервые возникло в пубертатном периоде. У большинства больных увеличение массы тела прогрессирует, и лишь у трети подростков вес остаётся стабильным в течение нескольких лет.

Из анамнеза у 2/3 больных отмечается хаотичное питание с поздними ужинами, преобладанием в рационе избытка углеводов, жиров. 50-80% подростков с этим заболеванием имеют отягощённую наследственность по ожирению.

Течение заболевания волнообразное, наблюдается чередование периодов то ухудшения, то улучшения. Появление новых симптомов, прогрессирование болезни может вызываться любым стрессом (психическая травма, различные заболевания, инсоляция, физическая травма, резкая смена климата).

Внешний вид больных довольно характерен. Они выглядят гораздо старше своих лет. Хорошее физическое развитие, быстрое, бурное формирование вторичных половых признаков объясняют эту кажущуюся преждевременную зрелость. Пубертатный скачок роста у них наступает раньше, и поэтому в ранний пубертатный период больные обгоняют сверстников по росту. Но и прекращение роста у этой категории больных отмечается раньше. Нередко больные не растут уже с 14-15-летнего возраста. Костный возраст у юношей, и у девушек обгоняет истинный на 1-5 лет. Зоны роста закрываются рано.



Кожа у пациентов с ПЮД мраморно-цианотичная, особенно цианотичная, холодная на ощупь кожа ягодич и бёдер.

Характерным изменением кожи при пубертатно-юношеском диспитуитаризме являются полосы растяжения, расположенные симметрично, билатерально. Стрии появляются в области живота, молочных желёз, плеч, ягодич, бёдер, голеней, грудной клетки. У одного и того же больного длина и ширина стрий, локализация и цвет могут меняться. Полосы растяжения розового цвета, яркие, почти геморрагические и могут оставаться такими в течение многих месяцев и лет. Постепенно они блекнут и становятся почти незаметными. Покраснение стрий свидетельствует о прогрессировании заболевания.

Появление полос растяжения объясняется изменением в секреции и метаболизме глюкокортикоидов, которые приводят к усилению распада белка. Местно они проявляются перераспределением коллагена и эластической ткани с последующим расширением сосудов, неполноценностью капилляров и образованием экстравазатов.

Также встречаются такие нервнотрофические изменения кожи, как шелушение, ихтиоз, зуд, фолликулит, отёки, повышение тургора, телеангиэктазии, выраженная ломкость ногтей, выпадение волос. У многих больных отмечается гипергидроз, обилие аспе vulgaris, значительная сальность кожи и волос. Акнозные элементы чаще локализируются в области грудины, спины, лица, волосистой части головы. Часто выявляется смешанная грибковая инфекция – сквамозно-интертригинозная и гиперкератическая формы руброфитии, иногда с одновременным поражением ногтей. У этих пациентов могут развиваться доброкачественные новообразования кожи – вульгарные бородавки, остроконечные кондиломы, дерматофибромы, липомы, которые чаще локализуются в области шеи и аксилярных впадин. Для ПЮД характерно появление участков гиперпигментации – akantosis nigricans – в области трущихся поверхностей и кожных складок (шея, локти, поясница).

Основной клинической особенностью больных ПЮД является ожирение разной степени и характера. Тяжесть ожирения не зависит ни от возраста, ни от давности заболевания, но достоверно чаще выраженное ожирение встречается у больных с наследственной отягощённостью по ожирению. У подавляющего числа больных имеются близкие родственники с ожирением: один или оба родителя, брат, сестра.

Чаще всего ожирение равномерное с наибольшим отложением жира в виде складок на пояснице, животе по типу «фартука», в области сосков, лобка, ягодич, в виде «климактерического горбика». На конечностях образуются перетяжки, ноги становятся иксообразными, шея короткой, плечи приподнятыми. Реже встречается диспластическое кушингоидное ожирение. У юношей довольно часто наблюдается феминное ожирение с преимущественным отложением жира на груди, животе, бёдрах, ложная гинекомастия. В литературе встречается описание случаев, когда избыточный вес отсутствовал, но при этом была ярко выраженная другая симптоматика.

У большей части больных ожирение и високорослость сочетаются с гинекомастией. У половины пациентов выявляется гинекомастия ложная, у трети – смешанная, у десятой части – истинная.

(Окончание.

Начало в № 6 от 30.01.2015.)

Обструкцию желчевыводящих путей отличает характер желтухи: она более интенсивная, цвет кожи зеленовато-серый, повышается билирубин преимущественно за счёт прямой фракции, при инструментальном обследовании выявляется причина обструкции (камень, порок развития желчевыводящих путей, опухоль, редко – эхинококковая киста).

СЖ следует дифференцировать от таких заболеваний печени, как гепатит, цирроз, токсическое поражение печени, при которых цвет кожи приобретает также оранжевый оттенок. У этих больных повышаются АСТ, АЛТ, не прямой и прямой билирубин увеличиваются в равной степени, имеются изменения размеров и структуры печени, признаки печёночно-клеточной недостаточности. При вирусной этиологии будут найдены маркёры соответствующих заболеваний.

Желтуха и изменение цвета кожи имеет место при некоторых наследственных заболеваниях печени. При синдроме Вильсона – Коновалова (наследственное нарушение метаболизма меди) в процесс преимущественно вовлекаются печень и нервная система. При этом поражение печени протекает по типу хронического гепатита либо цирроза, повреждение нервной системы

Вторым по частоте после ожирения симптомом является артериальная гипертензия. Она развивается у 75% больных. Возникновение гипертензии не связано с длительностью заболевания и степенью ожирения.

Анализ работ, посвящённых изучению патогенеза артериальной гипертензии при ПЮД, позволяет говорить о преобладании определённых механизмов повышения артериального давления у каждого конкретного больного. У одних повышение артериального давления происходит за счёт активации ренин-ангиотензиновой системы, у других преобладает значимость повышения альдостерона в развитии гипертензии. Немаловажное значение имеет и повышенная активность симпатoadrenalовой системы у определённой части пациентов.

Изменения внутренних органов незначительны и чаще всего носят функциональный характер из-за вегетативных изменений.

Почти у всех больных наблюдаются изменения сердца в виде смещения границы влево, приглушения тонов, функционального систолического шума на верхушке и в V-точке. На ЭКГ регистрируются метаболические изменения в миокарде: снижение зубца Т, смещение сегмента ST в I, II, AVL, V<sub>3</sub>-V<sub>6</sub>-отведениях или снижение вольтажа всех зубцов ЭКГ. У ряда больных выявляются признаки гипертрофии левого желудочка.

Также на ЭКГ регистрируются синусовая брадикардия или синусовая тахикардия, в единичных случаях – нарушения проводимости. Изучение переносимости физической нагрузки у этой категории пациентов методом велоэргометрии показало снижение резервов функциональной способности сердца.

У больных ПЮД снижена вентиляционная способность лёгких, степень выраженности которой определяется тяжестью ожирения. У отдельных больных выявляется дыхательная недостаточность I степени.

У пациентов с этой патологией отмечается тенденция к гипосекреции желудочного сока, снижение кислото- и ферментообразующих функций, клубочковой фильтрации почек.

Расстройства терморегуляции проявляются в виде субфебрильной температуры, повышения температуры на физическую или психическую нагрузку, изменений температуры кожи.

При изучении психического статуса больных выявляются изменения в эмоционально-волевой сфере. В клинической картине преобладают астенические проявления в различных вариантах: астенодепрессивный, астенотревожный, астенофобический, астеноипохондрический синдромы.

Часто у подростков формируется неврозоподобное состояние. Отмечаются аффективность поведения, мышления, речи, эмоциональная лабильность, взрывчатость, приступообразные изменения настроения – дисфории, в виде тревоги, тоски, апатии, абулии, агрессии. Характерны повышенная утомляемость, раздражительность, быстрая истощаемость, колебания настроения, вспыльчивость, конфликтность, расстройство сна. Подростки с ПЮД не терпят замечаний, особенно агрессивно реагируют на замечания относительно их полноты и телосложения. Затруднения в психической адаптации проявляются аффективной ригидностью, склонностью к идеаторной переработке ситуаций, имеющих отрицательную эмоциональную окраску, чувством отчуждённости, затруднённости контактов с окружающими. Интеллектуально-мнестическая недоста-

точность, снижение инициативы, памяти, недостаточность активного внимания, повышенная истощаемость влияют на учёбу и трудоспособность больных ПЮД. Нарушения психики полностью обратимы при лечении. Они обусловлены обменными, трофическими нарушениями в коре головного мозга.

Страдает при ПЮД и нервная система. Обнаруживаются очаговые неврологические симптомы поражения преимущественно стволово-диэнцефальных и височно-лимбических структур. Часто наблюдаются нарушения акта конвергенции, парез взора вверх, птоз век, вялые реакции зрачков на свет или конвергенцию, анизокория, слабость отводящих нервов, нистагм, разные виды косоглазия, лёгкие центральные парезы лицевого и подъязычного нервов, экзофтальм, гиперкинезы. К стволowym ретикулярным синдромам относятся указанные ранее астенические явления.

У многих пациентов выявляются изменения в рефлекторной сфере по гемитипу, шахматному или перекрёстному типу, стволowe изменения мышечного тонуса с вариантами регидности или гипотонии по перекрёстному типу, монотипу, нижнестволowe вестибулярно-атакические симптомы, часто возникает статическая атаксия. Могут быть туннельные невропатии. Неврологическая симптоматика не является ведущей, более чётко выражены вегетативные расстройства. В ряде случаев можно наблюдать вегетовисцеральные кризы, возможны симпатико-адреналовые, вагоинсулярные, смешанного типа.

На рентгенограммах черепа у больных ПЮД размеры турецкого седла в пределах нормы. Нередко при этой патологии формируется так называемое «малое» турецкое седло, которое считается вариантом нормы. У большинства больных на краниограмме имеются признаки повышения внутричерепного давления. Гипертензия проявляется пальцевидными вдавлениями в лобной, теменной, височной областях, усиленными бороздами менингеальных сосудов, неровностью внутренней пластинки лобной кости, увеличением фронтотригитального угла больше 90°. Разница в толщине костей свода колеблется от 0,2 до 12 мм.

Со стороны органа зрения у больных ПЮД наблюдается поражение венозного отдела сосудистого русла: расширение и полнокровие вен, усиление венозных стволow. Изменения артерий встречаются приблизительно в трети случаев и проявляются сужением артерий, асимметрией в калибре веточек одного порядка. Отмечена гиперемия дисков зрительных нервов из-за расширения мелких сосудов и капилляров. Описаны дистрофические проявления в виде мелкоочечных желтоватых очажков в ткани сетчатки и перераспределения пигмента в макулярной зоне. У многих больных имеются врождённые аномалии угла передней камеры глаза – гониодизгенез.

При биомикроскопии выявляются микроциркуляторные и гидродинамические нарушения в сочетании с врождёнными изменениями угла передней камеры.

Изменения происходят и в формировании вторичных половых признаков. Выделяют три варианта.

При первом варианте половое созревание замедлено. Оволосение лобка происходит по женскому типу, перестройка щитовидного хряща гортани может отсутствовать вообще, и тогда голос остаётся высоким по тембру. Начало роста полового члена и яичек при-

ходитсся не на ранний пубертатный период, а на 15-16 лет, пигментация мошонки, первая эякуляция возникают после 17-18 лет, рост волос в подмышечной области, на верхней губе начинается после 18-20 лет.

Приблизительно у 1/3 больных юношей встречается второй вариант, при котором половое созревание, наоборот, ускоренное: начинаясь в нормальный срок, оно завершается к 15-16 годам. Половой член, тестикулы достигают полного развития, как у зрелого мужчины. В 14-16 лет появляется выраженное оволосение на лобке, лице, туловище.

Самую большую группу составляют больные с третьим вариантом. У этих больных формирование гениталий, оволосение на лобке происходит ускоренно, однако даже в позднем пубертатном периоде лицо остаётся округлым, рост волос на лице отсутствует. У них выражены признаки матронизма: широкий таз, истинная гинекомастия, высокий тембр голоса. Вариант полового созревания не зависит от степени ожирения.

Задержка полового созревания у мальчиков в основном бывает временно, гормональной коррекции не требует, половое созревание завершается спонтанно.

Развитие внутренних гениталий при ПЮД у большинства мальчиков также происходит ускоренно: рано появляются поллюции, но эякулят, по-видимому, неполноценный. Характеризуется малым объёмом по сравнению с нормой, сперматозоиды имеют патологически увеличенную головку.

У девочек формирование вторичных половых признаков начинается в нормальный срок, но происходит быстро и заканчивается преждевременно по сравнению с овуляцией. Начало появления подмышечного и лобкового оволосения и продолжительность его развития значительно опережают время, необходимого для этого у здоровых девочек. Зрелой формы молочные железы достигают за счёт разрастания железистого эпителия, соединительнотканной стромы, жировой ткани. У значительного числа больных наблюдается оволосение лобка по мужскому типу. Это особенно типично, когда присоединяется поликистозная дегенерация яичников.

Фенотип девочек при ПЮД может быть андройдным, гиноидным, смешанным. При гиноидном фенотипе наступает более раннее половое развитие, чем при андройдном.

У девочек, в основном при гиноидном фенотипе, уже в раннем пубертатном возрасте (11-12 лет) развитие половой системы соответствует таковому у половозрелой женщины: хорошо сформированы большие половые губы, гипертрофированы и гиперпигментированы малые половые губы, имеется достаточная ёмкость влагалища, сиошность слизистой оболочки входа влагалища, нормальные размеры матки.

Половое недоразвитие выявляются у значительно меньшей части девушек.

У части больных ПЮД отмечается гирсутизм. Гирсутизм и гипертрихоз у них выражены умеренно. Гирсутизм появляется через некоторое время после нарушения менструального цикла.

(Окончание следует.)

**Андрей ВЕРБОВОЙ,**  
заведующий кафедрой эндокринологии,  
доктор медицинских наук,  
профессор.

**Самарский государственный  
медицинский университет.**

# Синдром Жильбера у детей

проявляется повышенным мышечным тонусом и/или параличами, атетозом, эпилептическими припадками, слюнотечением, дизартрией, нарушениями поведения, речи.

Гемохроматоз – генетически обусловленное заболевание, связанное с нарушением обмена железа и накоплением его в тканях и органах; проявляется общей слабостью, увеличением печени, прокрашиванием кожи и слизистых в серо-коричневый цвет. В отличие от СЖ при гемохроматозе повышены печёночные ферменты, сывороточное железо и насыщение трансферрина крови, иногда имеется гипергликемия, могут поражаться суставы и сердце.

СЖ дифференцируют с другими наследственными желтухами: синдромом Криглера – Найяра 2-го типа (регистрируются более высокие цифры непрямого билирубина, начало заболевания в первые годы жизни), а также синдромами Ротора, Дабина – Джонсона – редких наследственных заболеваний, при которых повышается прямой билирубин.

**Лечение.** Основным методом лечения при СЖ будут рекомендации соблюдать

режим дня и отдыха, избегать ситуаций, провоцирующих обострение у конкретного пациента: голодание, переутомление, эмоциональная перенапряженность, приём некоторых групп лекарственных препаратов, курение, алкоголь, жирная и острая пища.

При обострениях применяют желчегонные препараты (растительного происхождения, препараты урсодезоксихолевой кислоты), спазмолитики при болях. Для индукции УГТ 1A1 используют фенотербитал. При стихании обострения можно назначать минеральную воду («Боржоми», «Ессентуки» № 4 и № 17, «Нарзан», «Смирновская», «Славяновская»), гомеопатические препараты. Показано лечение в условиях гастроэнтерологического санатория.

СЖ не является абсолютным противопоказанием к занятиям спортом (если определённый вид физической нагрузки не вызывает выраженного обострения желтухи или ухудшения самочувствия), нет запрета к донорству органов и тканей (в т.ч. крови), деторождению, плановым оперативным вмешательствам. Вакцинацию проводят в период стихания симптомов.

Таким образом, с позиции современной медицины СЖ – это ферментопатия, наследственная желтуха, на выраженность симптомов при которой влияют различные генетические и средовые факторы. Заболевание протекает по типу кризов. Оно, как правило, не представляет угрозы для жизни, однако проявления синдрома могут значимо ухудшать качество жизни ребёнка. Помимо желтухи у детей с СЖ имеется целый спектр заболеваний, с возрастом эти состояния могут усугубиться.

**Олег БОТВИНЬЕВ,**  
профессор кафедры педиатрии и детских  
инфекционных болезней педиатрического  
факультета, почётный заведующий кафедрой,  
доктор медицинских наук.

**Галина ДУБРОВИНА,**  
аспирант кафедры.

**Анастасия КОЛОТИЛИНА,**  
ассистент кафедры.

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



Перспективы

# Щедрые субсидии

Более 30 млрд руб. – на закупку лекарств и медоборудования

**На заседании Правительства РФ был принят ряд распоряжений о финансировании здравоохранения из федерального бюджета. Так, на закупку лекарственных средств, медицинских изделий и лечебного питания в регионах и городе Байконур в 2015 г. будет выделено 30 млрд 105,5 млн руб.**

Как сообщается на сайте кабинета министров, речь идёт, прежде всего, об обеспечении льготных категорий граждан лекарствами и медизделиями, а также о приобретении для детей-инвалидов лечебного питания. Всего, по официальным данным, в нынешнем году право на получение от государства такой медицинской помощи имеют более 3,5 млн жителей России.

Правительство также одобрило выделение 2 млрд руб. на обеспечение льготных категорий граждан санаторно-курортным лечением. Средства получат 16 регионов РФ.

Принято также постановление о распределении субвенций, предоставляемых в 2015 г. из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ на осуществление переданных Федерации полно-

мочий по оказанию отдельным категориям граждан государственной социальной помощи в части предоставления при наличии медицинских показаний путёвок на санаторно-курортное лечение, а также бесплатного проезда на междугородном транспорте к месту лечения и обратно. Предусматривается утвердить распределение субвенций, предоставляемых в 2015 г. бюджетам 16 субъектов Федерации. Общий объём средств на эти цели составит 2 015 584,1 тыс. руб.

Принято распоряжение Правительства РФ о распределении в 2015 субвенций, предоставляемых из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ и бюджету г. Байконура на финансовое обеспечение оказания отдельным категориям граждан социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами для медицинского применения по рецептам на лекарственные препараты, медицинскими изделиями по рецептам на медицинские изделия, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов. Этим документом предлагается распределить в 2015 г. субвенции на указанные цели в объёме 30 105 507,9 тыс. руб.

Численность граждан, которые с 1 января 2015 г. имеют право на получение государственной социальной помощи в виде услуги по обеспечению необходимыми лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, составит 3 548 504 человека.

Кабинет министров принял распоряжение о внесении изменений в распределение субсидий, предоставляемых в 2014 г. из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ на софинансирование капитальных вложений в объекты государственной собственности субъектов Федерации в сфере здравоохранения. Это касается тех объектов, которые не включены в федеральные целевые программы, осуществляемые из бюджетов субъектов РФ.

Этот документ предусматривает внесение изменений в распределение субсидий на указанные цели в части распределения нераспределённого остатка средств федерального бюджета в объёме 161,8 млн руб.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сити!

Деловые встречи

# Мы вместе творим добро

В Омске состоялся IV Международный форум социальных предпринимателей и инвесторов

**В работе форума приняли участие около тысячи человек из 24 областей, краёв и республик России, а также активисты 16 региональных центров инноваций страны и их коллеги из Белоруссии, Казахстана, Узбекистана, Бельгии, Великобритании, Германии, Израиля, Индии, Мексики, Южной Кореи и Японии.**

Насколько важно это масштабное мероприятие, можно судить по тому, что оно не осталось без внимания председателя Правительства РФ Дмитрия Медведева, обратившегося к его участникам и гостям с пусть коротким, но ёмким приветствием. Пожелания премьер-министра стали прямо-таки пророческими, начиная с плодотворности общения. Только, например, социальных предпринимательских проектов, презентованных на форуме, оказалось почти три десятка. В их числе такие, как «Кабинет здоровья для социально незащищённых слоев населения», «Патронажная служба для пожилых людей», «Реабилитационный центр для детей с инвалидностью». Или вовсе, на первый взгляд, фантастические, но уже действующие в реальности. Вроде «Глобального сервиса видеоассистирования» для содействия незрячим и слабовидящим людям через Интернет с помощью многофункциональных мобильных компьютерных устройств.

Здесь, при знакомстве с представленными проектами, и начи-

нались дискуссии о значимости этих инноваций и насколько они доступны для конкретных слоёв населения. Ведь социальное предпринимательство – это, прежде всего, желание помочь людям, страдающим различными заболеваниями или с обездоленными судьбами, а не извлечение прибыли. Ещё более широким и бурным, но в доброжелательной форме, оказалось дискуссионное поле на 5 «круглых столах», 4 инвестиционно-экспертных сессиях и в ходе мастер-классов, которые вели как отечественные, так и зарубежные энтузиасты социального предпринимательства. О чём на них шла речь? Темы были различные и зачастую весьма злободневные. Вот только некоторые из них: внедрение новых инструментов социального инвестирования, как оценивать эффективность социальных программ и развивать центры инноваций, практика банковского кредитования социальных проектов...

Итогом таких обсуждений стала резолюция, в которой участники форума сформулировали условия, расширяющие возможности предпринимателей и бизнеса в целом в сфере социальных инноваций и государственно-частного партнёрства по созданию и продвижению проектов, направленных на улучшение качества жизни людей.

На этом, однако, IV Международный форум социальных предпринимателей и инвесторов не завершился. Он был продлён ещё на 2 дня, но уже в

виде выставки-форума «Омская область – регион социальной активности», чтобы жители Прииртышья и гости этой сибирской территории смогли более детально ознакомиться с уникальным опытом социальных практик предпринимателей, предприятий различных форм собственности, различных учреждений и некоммерческих общественных организаций. Кроме этого, на выставке была организована работа 28 мини-офисов социально ориентированных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере профилактики социального сиротства, поддержки материнства и детства, социальной адаптации инвалидов и их семей, патриотического воспитания. В рамках выставки проводились также научно-практические конференции и семинары по актуальным вопросам социального развития, взаимодействия органов власти, общественных организаций и бизнеса, устраивались кинопоказы лучших конкурсных работ регионального этапа Всероссийского фестиваля «Дитя Вселенной», здравоохранительные и благотворительные акции. И одной из самых популярных акций среди посетителей выставки-форума стал сбор пожертвований на благо дела. Так что её девиз «Мы вместе творим добро!» подтвердился на деле.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Омск.

Решения

# Обращение лекарств: изменён закон

В том числе вводится целый ряд новых понятий



**Закон вводит новую процедуру мониторинга эффективности и безопасности лекарств**

**Президент РФ Владимир Путин подписал Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств».**

Эти изменения предусматривают:

- оптимизацию процедур государственной регистрации лекарственных препаратов (в том числе препаратов для ветеринарного применения) и подтверждения государственной регистрации лекарственного препарата;

- уточнение порядка проведения экспертизы лекарственных средств, включая экспертизу качества лекарственного средства и экспертизу отношения ожидаемой пользы к возможному риску применения лекарственного препарата, а также порядка проведения повторной экспертизы лекарственных средств;

- уточнение порядка проведения клинического исследования лекарственного препарата;

- изменение порядка государственной регистрации устанавливаемых производителем лекарственных препаратов предельных отпускных цен на лекарственные препараты, включённые в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;

- установление порядка определения взаимозаменяемости лекарственных препаратов.

Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» дополняется новыми понятиями, в частности: «орфанные лекарственные препараты», «биологические лекарственные препараты», «биотехнологические лекарственные препараты», «воспроизведённый лекарственный препарат», «референтный лекарственный препарат», «взаимозаменяемый лекарственный препарат», «группировочное наименование лекарственного препарата». Кроме того, в нём уточняются понятия фармацевтической субстанции, иммунобиологического лекарственного препарата, воспроизведённого

лекарственного препарата, гомеопатического лекарственного препарата. Новым законом уточняется порядок осуществления государственного контроля (надзора) в сфере обращения лекарственных средств. Вводится новая процедура мониторинга эффективности и безопасности лекарственных препаратов, находящихся в обращении в Российской Федерации, – фармаконадзор. Мониторинг будет проводиться в целях выявления, оценки и предотвращения неблагоприятных последствий применения лекарственных препаратов. При получении информации о наличии негативных факторов при применении лекарственного препарата (в том числе в ходе осуществления фармаконадзора контролирующими органами иностранных государств) решается вопрос о приостановлении применения лекарственного препарата.

В целях реализации перехода российских производителей лекарственных препаратов на систему правил надлежащей производственной практики законом вводится инспектирование производителей, порядок организации и проведения которого будет устанавливаться Правительством РФ.

Федеральные органы исполнительной власти наделяются дополнительными полномочиями по установлению порядка осуществления государственного контроля качества лекарственных средств и по утверждению правил надлежащих практик (лабораторной практики, клинической практики, практики хранения и транспортировки лекарственных препаратов, практики реализации лекарственных препаратов для медицинского применения, аптечной практики).

Указанный федеральный закон принят Государственной думой 9 декабря 2014 г. и одобрен Советом Федерации 17 декабря 2014 г.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!



Такие форумы проводятся под эгидой Всемирной организации инсульта (ВОИ) каждые два года (см. «МГ» № 2 от 16.01.2009 и № 91 от 01.12.2010). **Нынешний конгресс охватывал две пленарные сессии, 45 основных тем, 14 образовательных курсов, 518 стендовых докладов (постеров) и 9 сателлитных симпозиумов. Конгресс посетили более 2400 участников из 112 стран**

## Глобальные стратегии

Первая пленарная сессия была совместной (Всемирной организации инсульта, Всемирной федерации неврологии и ВОЗ), и посвящена глобальным стратегиям профилактики и лечения инсульта.

Как известно, проведённая в стенах ООН в Нью-Йорке в сентябре 2011 г. первая встреча на высоком уровне по неинфекционным заболеваниям поставила амбициозную задачу снизить преждевременную смертность от этих заболеваний на 25% к 2025 г. В 2010 г. сердечно-сосудистые заболевания явились причиной 18,1 млн смертей в мире, причём из них 5,9 млн приходилось на инсульт. Инсульт является второй причиной смерти в возрасте старше 60 лет и второй (после деменции) причиной инвалидности. В 2010 г. в мире произошло 16,8 млн новых случаев инсульта, что на 68% больше, чем 20 лет назад, причём его частота увеличилась в странах с невысоким уровнем жизни. Сейчас в мире живёт 33 млн перенёвших инсульт людей, что вдвое превышает цифру 1990 г. К 2015 г. ожидается удвоение числа людей старше 65 лет (которое составит 800 млн, достигнув 10% населения).

Как отметил в своём докладе профессор Валерий Фейгин (Новая Зеландия), заболеваемость инсультом снижается в богатых странах и повышается – в бедных. Для достижения поставленной цели (снижения на 25% смертности к 2025 г.) требуются интенсивные стратегии для каждого региона.

«Спасая мозг: деменция и инсульт» – так озаглавил свой доклад экс-президент Всемирной федерации неврологии профессор Владимир Хачинский (Канада). Инсульт и деменция – близнецы-братья. Факторы риска обеих заболеваний одинаковы. Более того, так называемые «молчаливые» инфаркты при нейрорадиологическом исследовании – частая находка при обследовании людей с когнитивными нарушениями. К сожалению, общепринятые диагностические критерии деменции отсутствуют.

Экс-президент Всемирной организации инсульта Бо Норрвинг (В. Norrving, Норвегия) подчеркнул важность создания конкретных рекомендаций для определённых слоёв населения (population-specific recommendations), а также обратил внимание аудитории на последний выпуск International Journal of Stroke, в котором опубликованы новые рекомендации по ведению геморагического инсульта.

## Достижимая цель

По завершении пленарной сессии Владимир Хачинский ответил на вопросы корр. «МГ».

– Эти конгрессы отличаются от других глобальных подходов к проблеме инсульта, – сказал он. Как показала наша сессия, если продолжать двигаться прежним путём, мы никогда не достигнем декларируемого 25% снижения смертности к 2025 г. Одним из путей ускорения прогресса является отказ от искусственного разграничения инсульта и деменции. Большинство инсультов являются «молчаливыми», и приводят к когнитивным нарушениям. Во-вторых, нам надо спуститься на землю. Нашим больным необходимо изменить свою жизнь. Невозможно оставаться здоровым в ядовитом окружении, а в большинстве городов окружающая среда отравлена, потому что мы мало двигаемся, едим нездоровую пищу (солёную, сладкую), живём в стеснённых условиях, дышим загрязнённым воздухом. Некоторые страны, например Китай, экспортируют не только товары, но и токсическую атмосферу. Необходимо ограничить этот процесс на законодательном уровне.

– Неужели вы считаете, что ситуацию можно изменить к лучшему?

– Безусловно. Например, больше всего курильщиков я видел в России. А в 2013 г. в вашей стране были приняты законы, запрещающие курение в общественных местах. Конечно, изменение законодательства не решает всех вопросов, но, тем не менее, здесь есть место как индивидуальной инициативе, так и активности на муниципальном, национальном и международном уровнях. На конгрессах ВОИ проблема инсульта рассматривается в глобальном контексте. Почему в Китае и России заболеваемость ин-

фаркты мозга происходят на фоне накопления амилоида в нейронах. Этот процесс может быть подавлен путём противовоспалительной терапии. Воспаление – неоднозначный процесс. Вначале это защитная реакция, поскольку происходит очищение ткани. Но затем воспалительный процесс начинает поражать нормальный мозг. Сейчас мы изучаем в эксперименте, какое противовоспалительное средство, в какой дозе и когда назначать. Параллельно изучается накопление амилоида у людей с помощью позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ). Следующим этапом будет рандомизированное клиническое

Каковы подходы к лечению инсульта у диабетиков? Как известно, неврологические нарушения у них более выражены, но никаких рекомендаций по улучшению исходов не существует. По данным Кохрановского обзора (2003), не получено убедительных доказательств влияния диабетического лечения на профилактику или уменьшения когнитивного снижения. По данным РКИ PROGRESS диабет увеличивал риск повторного инсульта на 35%. «Отсутствует эффективная нейропротективная и восстановительная стратегия для снижения инвалидизации и летальности при инсульте у диабетиков в краткосроч-

полгода после прекращения лечения (см. Dement Geriatr Cogn Disord Extra 2013;3:459-467). Первичной конечной точкой является изменение баллов по шкале ADAS-cog+ через 6 месяцев с момента начала лечения, а влияние препарата на течение заболевания оценивается по разнице показателей этой шкалы ещё через 6 месяцев после прекращения лечения. Результаты данного РКИ планируется обнародовать в 2015 г.

## Новая философия фармакологии

Симпозиум завершился выступлением профессора Дафина Мурешану (D. Muresanu, Румыния), посвящённым перспективам защиты мозга и его восстановления при диабете. За последние несколько десятилетий лишь очень немногие РКИ в области нейропротекции привели к положительным результатам. Причина этого видится в отсутствии чётких нейробиологических концепций, что привело к неверным стратегиям фармакологического лечения. Дизайн этих РКИ также оказывался неадекватным. Докладчик выдвинул новую концепцию нейропротекции, основанную «на уровнях эндогенной нейромодуляции» (см. также «МГ» № 22 от 27.03.2009). Защитная система мозга при его остром очаговом поражении представлена двумя процессами – уменьшением размеров поражённого участка (нейропротекция) в остром периоде и восстановлением мозгового повреждения в отдалённом периоде (нейровосстановление). Эндогенной нейромодуляцией Мурешану называет «оптимизацию общих биологических процессов, которые потенциально могут приводить к клеточной смерти или способствовать нейрогенерации». Чтобы понять эти механизмы, предлагается обратиться к теории динамических сетей. «Интеграция нейропротекции и нейрорегенерации» называется «модулирующей стратегией», которая диктует применение «мульти-модальных молекул и плейотропных модуляторов метаболизма». При мером такого мультимодального лекарства «с плейотропным нейропротективным эффектом при нейро-реабилитации» является Актовегин.

Что является причиной неудач при переносе экспериментальных данных в клинику? Эти данные получены на молодых здоровых животных, а в клинике мы имеем дело с пожилыми людьми с отягощённым анамнезом (гипертензивная болезнь, диабет и т.д.). Значит, коморбидность должна учитываться. Например, предлагается моделировать её у экспериментальных животных. Такая работа проводится в Институте неврологических исследований, недавно созданном и возглавляемом Дафином Мурешану в городе Ключ-Напока (Румыния).

Сахарный диабет 2-го типа рассматривается как коннектопатия, поскольку при этом наблюдаются микроструктурные изменения белого вещества головного мозга, снижения функциональной проводимости в покое и парадоксальное увеличение спонтанной активности головного мозга.

Были приведены экспериментальные данные о влиянии Актовегина на способность к обучению на модели глобальной ишемии у крыс. В опытах по обнаружению спрятанной в воде платформы 20% получавших плацебо животных не демонстрировали желания плавать, в то время как у получавших Актовегин в дозе 200 мг/кг такого пассивного поведения не наблюдалось, напротив – животные запомнили местоположение платформы и находили его гораздо быстрее своих «оппонентов» из группы плацебо.

Таким образом, диабет изменяет метаболизм и функционирование мозга. «Мы находимся в начале новой эры лечения ишемии диабетического мозга с помощью мульти-модальных модуляторов метаболизма», – резюмировал Михаэль Брайнер.

Следующий конгресс ВОИ состоится осенью 2016 г. в Индии.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,  
доктор медицинских наук.

Стамбул – Москва.

## Деловые встречи

# Спасите наши мозги

В Стамбуле состоялся 9-й Всемирный конгресс по инсульту



Владимир Хачинский

сульту намного выше, чем в других странах? Мы пытаемся решать проблемы путём сотрудничества, что и продемонстрировала совместная сессия Всемирной организации инсульта, Всемирной федерации неврологии и ВОЗ.

– Каковы же глобальные успехи в борьбе с инсультом?

– Непростой вопрос. Я бы хотел отметить высокий уровень обучающих курсов, которые проводятся в рамках нашего конгресса. Они рассчитаны на практических врачей, которые имеют возможность учиться у лучших экспертов. На научных сессиях ставятся трудные вопросы. С другой стороны, правительства обращают внимание на стоимость лечения. «Где доказательства, что проводимое вами лечение помогает?» – спрашивают они, и требуют обосновать экономическую целесообразность применения нового препарата.

Всемирная организация инсульта провозгласила «Билль о правах». Больные инсультом имеют право быть информированными о возможностях лечения, и право на адекватное лечение. Здоровье – неотъемлемое право человека.

Другая новация – «Всемирный день инсульта». В этом году его темой является инсульт у женщин. Как вы знаете, он встречается у них чаще, чем у мужчин, и протекает тяжелее.

В-третьих, учреждены премии для молодых строкологов (stroke neurologists).

– Кого считать молодым?

– Тех, кто моложе 45 лет. Но граница довольно условная. Возраст – это не только количество прожитых лет, но и отношение к жизни. Можно быть старым в 40 и молодым в 70.

– В своём выступлении на сессии вы затронули проблему когнитивного снижения при инсульте. Возможно ли его замедлить медикаментозными методами?

испытание (РКИ) одного или нескольких противовоспалительных лекарств. Недостаточно теоретических построений. Нужны доказательства, полученные путём КИ.

Когнитивные нарушения чаще встречаются при диабете. Механизмы этого явления неясны. Возможно, диабет ускоряет накопление тау-белка в нейронах. Необходимо лечить преддиабет, воздействуя на факторы риска и уровень глюкозы в крови. Можно ли сохранить когнитивные функции, контролируя диабет? Мы не знаем ответа на этот вопрос.

– Достижима ли, по вашему мнению, заявленная цель снизить смертность на 25% к 2025 г.?

– Думаю, достижима. Это вопрос нашей воли, но мы должны объединить наши усилия и пересмотреть стратегию. Необходимо переложить часть ответственности с индивида на сообщества, прибегая, например, к помощи профсоюзов, спортивных клубов, церкви и т.д. для пропаганды здорового образа жизни.

## Диабет и мозг

Под таким названием под председательством профессора Михаэля Брайнера (M. Brainin, Австрия) состоялся сателлитный симпозиум компании «Такеда».

Он открылся выступлением профессора Бориса Маньковского (Украина), посвящённому неврологическим и когнитивным нарушениям при инсульте у пациентов с сахарным диабетом. В настоящее время этим заболеванием в мире страдает почти 400 млн человек (из которых почти половина не знает своего диагноза). Ожидается, что к 2035 г. их число увеличится в 1,5 раза. Наличие диабета удваивает риск возникновения ишемического инсульта. Примерно у каждого третьего больного с острым ишемическим инсультом в приёмном покое обнаруживается гипергликемия (> 140 мг/дЛ). С другой стороны, при диабете на 50% возрастает риск деменции вследствие ускоренного старения мозга. В среднем, при диабете 2-го типа она развивается на 2-5 лет раньше, чем у тех, кто диабетом не страдает. Возможно, болезнь Альцгеймера является нейроэндокринным расстройством (т.н. «диабет 3-го типа»). Механизмы патогенного влияния гипергликемии на мозговую ткань плохо изучены. Вероятно, тут велика роль инсулинорезистентности, глюкозной токсичности, оксидантного стресса, нарушений метаболизма амилоида и т.д.

ной перспективе и профилактики когнитивных нарушений и повторных инсультов в долгосрочном плане», – резюмировал Маньковский.

Профессор Натан Борнштейн (N. Bornstein, Израиль) поделился с аудиторией опытом ведения и реабилитации диабетиков с острым ишемическим инсультом. Резистентность к инсулину возникает у половины больных с инсультом, не страдавших диабетом. Как известно, вокруг зоны некроза при инсульте возникает так называемая зона полути или пенумбры. Эта зона, где находятся потенциально жизнеспособные нейроны, является мишенью лечебных воздействий в остром периоде инсульта. В условиях гипергликемии создаются условия для расширения некротического очага за счёт ухудшения реканализации, снижения реперфузии, повышения реперфузионной травмы и прямого повреждения мозговой ткани за счёт повышения проницаемости гематоэнцефалического барьера. Летальность в первый месяц после инсульта при диабете почти в 1,5 раза выше, чем при отсутствии диабета в анамнезе (3,3 vs 2,0). Неблагоприятные исходы при гипергликемии, как правило, наблюдаются при тромбозе крупных сосудов, а не при лакунарных инсультах.

Чем выше уровень глюкозы при госпитализации, тем меньше вероятность неврологического улучшения и больше вероятность возникновения симптомных внутримозговых кровоизлияний. Гипергликемия >140 мг/дЛ при поступлении является прогностически неблагоприятным фактором при проведении тромболизиса. Восстановительный период после инсульта у диабетиков является более длительным.

Согласно последним американским рекомендациям (2013) предлагается лечить гипергликемию в остром периоде ишемического инсульта до достижения целевого уровня глюкозы в плазме (140-180 мг/дЛ), и не допускать при этом гипогликемии (класс IIA, уровень доказательности C).

Докладчик также остановился на продолжающемся исследовании АРТЕМИДА, в котором оценивается эффективность и безопасность Актовегина при постинсультных когнитивных нарушениях (ПИКН) (см. «МГ» № 93 от 06.12.2013). В этом плацебоконтролируемом РКИ участвует более 500 больных из 38 центров России, Белоруссии и Казахстана. Диабет имеется у каждого пятого больного, включённого в данное РКИ. Основная группа получала ежедневные внутривенные инъекции 250 мл раствора Актовегина в дозе 0,8 мг/мл в течение 20 дней, а затем Актовегин принимается в таблетках по 200 мг по 2 таблетки трижды в день до конца 6-го месяца с момента начала лечения. Дизайн РКИ включает оценку состояния больных через



**Недавно в Москве состоялась пресс-конференция руководителя Федерального медико-биологического агентства (ФМБА) Владимира Уйбы, посвящённая новым вакцинам и лекарствам для импортозамещения, генетическим технологиям и перспективам развития донорства крови.**

Кроме известных направлений ФМБА, относящихся непосредственно к медицине, в агентстве выделяется большой объём работ, связанных с научной деятельностью. Здесь можно отметить получение 28 научных патентов за прошедший год. По разработке новых лекарственных препаратов ключевым достижением является создание вакцин нового поколения, а также отечественных высокоактивных и эффективных препаратов с более низкой себестоимостью, чем зарубежные аналоги. Иммунологические препараты нового поколения, созданные учёными Научного центра института иммунологии ФМБА России, используются в практическом здравоохранении РФ для вакцинации больших контингентов пациентов нашей страны. Разработаны и подготовлены к внедрению комбинированные вакцины против гепатита А и В, а также, и это отечественное ноу-хау, различные противоязвенные препараты. На стадии разработки промышленной технологии находится вакцина против опухолевых заболеваний. В основе изучения механизма противоопухолевого иммунитета исследуется возможность преодоления иммуносупрессоров при опухолевом росте.

Разрабатываются схемы лекарственной коррекции иммунитета у больных раком различной локализации, а также новые средства доставки этих препаратов и биологически активных молекул к клеткам-мишеням. Для этого используются различные векторы – в этой области настоящим прорывом стало создание аденовирусного вектора, способного повысить эффективность доставки векторной ДНК к клеткам-мишеням. Так, у детей с тяжёлым иммунодефицитом для исправления мутации в повреждённом гене подобное вмешательство является идеальным – пациента не лечат, а как бы исправляют нанесённую природой генетическую проблему. А при лечении гемофилии Россия на сегодняшний день находится в шаге от того, чтобы исправить генетические мутации, искоренить болезнь в принципе. И произойти это может, по самым оптимистическим прогнозам, в ближайшие 2-3 года.

Одним из ведущих институтов в составе агентства является НИИ

особо чистых биопрепаратов РФ. Основная деятельность института направлена на конструирование новых высокоэффективных лекарственных препаратов на основе рекомбинантных белков, моноклональных антител и синтетических пептидов для лечения редких и социально значимых заболеваний. Специалистами НИИ создан и уже запущен в производство препарат интерфераль, который отличается от импортных аналогов высокой степенью чистоты интерферона, что необходимо при лечении целого блока заболеваний. Завершена разработка аэрозольного варианта препарата, что очень важно при лечении детей, в частности – исцеления такого тяжёлого заболевания, как папилломы гортани, которые со-

цины была разработана и внедрена в практику технология, позволяющая оказывать медицинскую помощь с учётом индивидуальных особенностей пациентов. В частности, уже можно оценивать риск полигенных заболеваний у практически здоровых людей, снизить риск осложнений вследствие непереносимости лекарственных препаратов, целенаправленно проводить диагностику и выявлять злокачественные заболевания на ранних стадиях.

В прикладном здравоохранении следует отметить трансплантацию лёгких и разработанный протокол для лечения спинальной



Владимир Уйба

влена разработка стандартов безопасности для наноматериалов, которые окружают нас уже повсеместно. В ряде исследованных материалов были выявлены производственные нарушения, приводящие к нанointоксикации.

В системе расширения сети ядерных медицинских центров введены в эксплуатацию два отделения радионуклеидной терапии (Архангельск и Красноярск), незаменимые при лечении разных видов рака, когда пациенту даётся внутрь радиофармпрепарат (РФП) с периодом полураспада 10-14 дней. Так, при раке щитовидной железы, РФП без операции уничтожает злокачественные клетки на 100% без существенных осложнений. Только в прошлом году было пролечено

## Пресс-конференция

# Вот-вот поправим природу...

## О революции в лечении гемофилии и не только

всем недавно удалялись только хирургическим путём.

Завершена разработка и подготовлен комплект документов для проведения клинических исследований нового лекарственного препарата на основе рекомбинантных белков теплового шока. В основном это лечение онкозаболеваний, например меланомы. Уже создано предприятие по производству вакцин совместно с Министерством здравоохранения Никарагуа и Санкт-Петербургским НИИ вакцин и сывороток ФМБА России.

Если говорить о технологии персонализированной медицины, то ключевым достижением здесь является внедрение технологий, позволяющих оказывать медицинскую помощь с учётом индивидуальных особенностей пациента. И тут необходимо понимание врачами того факта, что Россия, как и весь цивилизованный мир, должна перейти на этот вид медицины, поскольку нет лекарства, эффективного для всех. В связи с этим в НИИ химической меди-

тавмы, локальную трансплантацию аутологических нейральных стволовых клеток. С 2011 г. специалистами НИИ пульмонологии ФМБА России и НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского проводится программа по трансплантации лёгких, что является одним из самых сложных моментов в хирургии. Уже выполнено 9 успешных операций по двухсторонней трансплантации лёгких.

Сенсационным стало заявление о том, что в ФМБА России впервые в мировой нейрохирургии выполняются клинические исследования пациентов, перенёвших тяжёлую спинальную травму с разрывом спинного мозга. Разработан протокол лечения при локальной трансплантации аутологических нейральных стволовых клеток. Уже выявлена положительная динамика неврологического статуса у прооперированных пациентов.

Не было забыто медицинское и медико-биологическое обеспечение спортсменов: ключевым достижением стала индивидуали-

зация их медико-биологического сопровождения при подготовке к Олимпийским и Паралимпийским играм в Рио-де-Жанейро и внедрение молекулярно-генетических биомаркёров. Это позволит индивидуально адаптировать каждого спортсмена к необычным для него климатическим условиям предстоящей летней Олимпиады – и в вопросах питания, и в распределении физических нагрузок. В прошлом году специалистами ФМБА было проведено экспериментальное генотипирование 16 молодых спортсменов, впервые полученные результаты, позволяющие говорить с научной точки зрения (а не только с субъективной – тренерской) о перспективности того или иного атлета в конкретном виде спорта, его скорости восстановления, устойчивости к различным нагрузкам. Это позволит существенно снизить расходы на подготовку отдельно взятого спортсмена.

В системе химической и биологической безопасности осущест-

около 2 тыс. пациентов, а очередь расписана на год вперёд, поэтому третье отделение планируется открыть в Нижнем Новгороде в ближайшее время.

Что касается программы развития донорства крови, В.Уйба отметил введение в эксплуатацию двух научно-практических модулей в Казани и Ульяновске, где будут обеспечены условия, по стерильности сравнимые с операционными. Проведена колоссальная модернизация всей службы крови страны, в регионы постоянно завозятся современное оборудование. Теперь перерабатываемые станции смогут заготавливать до 20 т крови и её компонентов в год. Не забыты и почётные доноры Крыма и Севастополя – их ждут те же льготы, которые приняты для всех граждан России, безвозмездно сдающих кровь.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,  
корр. «МГ».

Москва.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

## Инициатива

**В рамках международного дня борьбы с сахарным диабетом в детском оздоровительном лагере им. Ю.А.Гагарина прошла акция «Жить, побеждая диабет», организаторами которой выступили Министерство здравоохранения Амурской области, Амурская областная клиническая больница и врачи медицинских организаций области.**

– В Амурской области среди эндокринной патологии сахарный диабет является самым распространённым, составляя 70%, – говорит Ирина Колодина, главный специалист-диабетолог Министерства здравоохранения Амурской области. – По последним сведениям, на диспансерном учёте у эндокринологов состоит порядка 22 тыс. больных сахарным диабетом. Более 70% из них имеют поздние осложнения (полинейропатия, ретинопатия, нефропатия, диабетическая стопа), что наглядно показывает

# Жить побеждая диабет

## Спартакиада для детей – эффективная мера в борьбе с грозной болезнью

социальную и экономическую важность проблемы. Поэтому цель данной акции, как и всех предыдущих, которые мы проводили, – пропаганда здорового образа жизни, мобилизация административных, социально-общественных ресурсов для решения проблем сахарного диабета, информирование общества о причинах, симптомах, лечении и осложнениях, связанных с тяжёлым недугом. Задача врачей – рассказывать населению о распространённости сахарного диабета, факторах риска, мерах первой помощи, профилактике и оздоровлении. И мы делаем это с помощью вот таких мероприятий, как, например, нынешнее

– диаспартакиада, для участия в которой пригласили больных детей и их родителей. Надеемся с помощью весёлых конкурсных заданий, игровых моментов оказать им психологическую, образовательную поддержку и показать, что диабет – это не приговор, это образ жизни и ответственное отношение к своему здоровью.

В течение нескольких часов, пока длилась эта необычная спартакиада, и сами её участники, и многочисленные болельщики могли убедиться в том, что можно достичь любых целей, если этого очень захотеть. Ребята вместе с родителями, своими лечащими врачами показывали такие

физические возможности, так «зажигали» на спортивной площадке, что перед «олимпийским» комитетом, возглавила который первый заместитель министра здравоохранения Амурской области Марина Гулевич, порой стояла почти неразрешимая задача: кто же лучше справился с заданием – старались победить все! Как на настоящей Олимпиаде. Собственно, организаторы акции и ставили своей целью: с помощью спортивных состязаний, интересных игр, весёлых сказочных героев укрепить дух детей, больных сахарным диабетом, их родителей.

Поэтому здесь и было всё, как на настоящей Олимпиаде: тор-

жественное открытие, зажжение олимпийского огня, поднятие олимпийского флага... И упорная борьба за победу!

В заключение, когда уже были разыграны все награды, под грустный аккомпанемент гитары в небесную высь поднялись десятки голубых шаров – символ борьбы с сахарным диабетом. «До новых встреч!» – махали им вслед «олимпийцы» с медалями и множеством подарков. А самое главное, с хорошим настроением. Что и было одной из главных целей акции «Жить, побеждая диабет».

Николай РУДКОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Амурская область.



Открытия, находки

# Передача мысли на расстоянии

**В.Козырев из Института нейроинформатики в Бохуме (Германия) описал новый метод визуализации с помощью светящегося красителя изменений в мозгу, вызванных магнитной стимуляцией.**

Сейчас много говорят о мозговых интерфейсах с компьютером (BCI – Brain-Computer Interface). В начале 2014 г. с помощью объединения мозговой активности с ноутбуком было осуществлено управление небольшим дроном. В Бохуме Козырев использовал для слежения за распространением магнитных волн (10 Гц) продолжительностью 300 мкс, генерирующих электрические токи в коре, с помощью флюоресцентных красителей, реагирующих на изменение напряжения этих самых токов. Тем самым впервые удалось осуществить визуализацию воздействия магнитных волн на мозговую кору, что приводит к изменениям пластичности её клеток (нейронов).

Напомним, что под пластичностью понимают изменение «пластики» тел нервных клеток и их отростков (дендритов и аксонов) с их точками соединений, или синапсами, которые необходимы для построения нервных сетей (нейросетей). Полученные в Бохуме «картинки» с высоким разрешением (HR – High Resolution) позволяют более нацеленно – таргетно – воздействовать на различные зоны мозга, что имеет как теоретическое, так и практическое значение.

Известно, что разные люди по-разному переносят жизненные стрессы-переживания, о которых одни быстро забывают, у других же может развиваться депрессия. Опу-

бликована очередная статья Нобелевского лауреата С.Тонегавы, усовершенствовавшего оптогенетику, то есть метод светового возбуждения нейронов. Учёный использовал аденоассоциированный вирус AAV для внесения в нервные клетки фермента TRE (рекомбиназы Т-лимфоцитов, используемой при лечении ВИЧ-инфицированных). Лазерные импульсы позволили проследить за передачей импульсов из «центра страха» миндалины (Amygdala), лежащей в глубине височной доли, к клеткам гиппокампа на её основании. Последние отвечают за генерирование и хранение памяти, а также играют большую роль при обучении. Также описано повышение активности нейронов сенсорной коры мозга под действием света голубого лазера, что проявилось в 20%-ном увеличении чувствительности кошачьих «усов»-вибрисс.

Нейрональный «тонус» определяется уровнем глутаминовой кислоты (глутамата), возбуждающей нервные клетки. Авторы из Рокфеллеровского университета в Нью-Йорке обращают внимание на ацетилирование гистонов в нейронах гиппокампа. Гистоны представляют собой белки, на которые намотана ДНК, и их ацетилирование – присоединение остатков уксусной кислоты – повышает генную активность. Экспериментаторы знают, что добавка в пищу «стрессированным» мышам ацетил-карнитина быстро понижает уровень стресса у животных. Тем самым у нейробиологов появился первый тест, свидетельствующий об уровне стресса и депрессии, о которых пока приходится судить лишь по проявлению симптомов.

Оптогенетику придумал в Стан-

форде К.Дейсерот, ученица которого Джоанна Матис картировала соединения двух зон мозга, «вовлечённых» в распознавание среды. При этом регистрируется медленная активность нейронов гиппокампа, рассылающих сигналы в другие отделы мозга, которые «отвечают» ему. «Консолидация» памяти требует быстрых импульсов, или нервных разрядов. Оптогенетика позволила Маттис имитировать оба вида активности, передаваемой по одним и тем же волокнам, что было весьма удивительно. Она писала, что всё зависит от скорости переключения, что является лишним доказательством сложности работы мозга.

Пока теоретики и экспериментаторы используют разные методы для «проникновения» в тайны мозга, А.Паскуаль-Леоне, сотрудник Гарварда, осуществил вместе с коллегами из Барселоны и Страсбурга передачу двух приветственных слов hola и ciao из Индии во Францию с помощью Интернета, что само по себе не удивительно. Суть достижения заключается в том, что передача мысли на расстоянии более 8 тыс. км была осуществлена с помощью мозг-компьютерного интерфейса! Сначала компьютер в Индии «перевёл» в последовательность 0 и 1 ЭЭГ-последовательности волн, которая затем была передана во Францию, где и была распознана испытуемым с многоэлектродным «шлемом» на голове. В первой реальной передаче мысли на расстоянии участвовали 4 человека в возрасте 28-50 лет.

**Игорь ЛАЛАЯНЦ,**  
кандидат биологических наук.

По материалам PNAS, Nature.

Исследование

# Пепси-коловое созревание

**Учёные из медицинской школы Гарварда (США) пришли к выводу, что частое употребление сладких газированных напитков в подростковом возрасте ускоряет у девочек наступление менархе.**

В исследовании на этот счёт были рассмотрены данные более 5,5 тыс. североамериканских девочек в возрасте от 9 до 14 лет. При анализе данных исследователи учитывали их массу тела, рост, обычный рацион питания, а также количество потребляемых в течение недели сладких газированных напитков (кока-кола, пепси и т.д.).

Оказалось, что у участниц исследования в возрасте от 9 до 18,5 лет, употреблявших более 1,5 порций таких напитков за день, первый менструальный цикл начался в среднем на 2,5-3 месяца раньше, чем у девочек, употреблявших менее двух аналогичных порций в течение недели.

Примечательно, что дата наступления менархе никак не коррелирует с такими показателями, как индекс массы тела, этническая принадлежность, рост, рацион питания и др.

В среднем же, по подсчётам экспертов, у девочек, часто употреблявших подслащённые напитки, вероятность ускоренного полового развития оказалась выше на 20-25% в сравнении с теми, кто редко их пил.

Специалисты подчёркивают важность полученных данных в связи с проблемой подросткового ожирения, всё более актуальной на сегодняшний день. Кроме того, полученные данные важны и в свете недавних исследований, результатом которых явился вывод, что более раннее становление менструального цикла связано с повышением риска рака молочной железы у женщин в последующей

жизни в среднем на 5%. И наконец, употребление сладких газировок способствует повышению уровня инсулина, что, в свою очередь, прямо пропорционально концентрации женских половых гормонов.

«Наше исследование указывает на необходимость сократить потребление подростками сладких газированных напитков», – резюмировала ведущий автор работы исследования Карин Михельс.

Кстати

## Всё хорошо вовремя

Учёные из США весьма неожиданно связали возраст начала первой менструации и развитие сердечно-сосудистых заболеваний у женщин. Согласно этому сенсационному исследованию, женщины, у которых менструация началась раньше 10 или позже 17 лет, находятся в группе риска по сердечной недостаточности, инсульту, инфаркту, а также артериальной гипертензии.

Проанализировав истории болезни около 1,5 млн женщин в возрасте от 50 до 65 лет, специалисты пришли к выводу, что те, у кого первая менструация происходила в 13-летнем возрасте, умирали от сердечно-сосудистых патологий значительно реже.

По сравнению с ними женщины, у которых первая менструация началась в возрасте до 10 или после 17 лет, на 30% чаще умирали от заболеваний сердца и сосудов.

Эксперты отмечают важность полученной в ходе данного исследования информации для общественного здравоохранения, так как детское ожирение, широко распространённое в развитых странах, связано с началом менструаций в более раннем возрасте.

**Алина КРАУЗЕ.**

По материалам журнала Human Reproduction, Circulation.

Ракурс

**Учёные Вадим Черезов и Катя Кадышевская из Университета Южной Калифорнии в Лос-Анджелесе, а также Ирина Куфарева из Калифорнийского университета в Сан-Диего опубликовали структуру комплекса хемокина с его рецептором. Кристаллографы впервые увидели как «сигнал» воспаления, запускающий кинетику иммунных клеток, соединяется со своим рецепторным белком, «сидящим» в мембране лимфоцита.**

# Всё едино

Голландка Эстер Шоутен, названная в честь библейской героини (имя которой «Звезда»), спасшей свой народ от истребления, стала чемпионкой Европы по боксу, завоевав свой титул после вылеченного лейкоза. Патологический ген ей передал, по всей видимости, отец, который сам излечился от опухоли кишечника. В каждом конкретном случае бывает трудно выявить роковой онкоген и мутации в нём, поскольку геномные анализы всё ещё дороги. Онкогены могут кодировать циркулирующие и ростовые протеины, белковые рецепторы клеточных оболочек, подмембранные и цитоплазматические ферменты, структурные единицы ядерной оболочки и хроматина, регулирующего в хромосомах активность генов, отвечающих за деление клеток.

Сложность подобного молекулярного анализа связана также и с тем, что одни и те же протеины выполняют зачастую совершенно разные и, казалось бы, не связанные друг с другом функции. Специалисты Йельского университета ещё 2 года назад показали, что белок, регулирующий в глубинах гипоталамуса – отдела мозга, отвечающего за наши основные инстинкты – аппетит и пубертат (половое созревание), отвечает также и за регуляторные Т-лимфоциты (PNAS). Последние в норме не дают развиваться аутоиммунным реакциям иммунных клеток. Учёные выключили ген белка, сдерживающего клеточное старение, в результате чего нарушилась функция нейронов упомянутого отдела мозга. Это привело к активации «эффektorных» Т-лимфоцитов на фоне резкого увеличения подстёгивающих клеточную кинетику цитокинов воспаления, а также Т-хелперов, «помогающих» запустить иммунный ответ (эти клетки являются основной мишенью ВИЧ). Другой пример касается гена PTEN, отвечающего за синтез фермента фосфатазы, который «нагружает»

белки энергоёмкими фосфатными группами, что способствует активации протеинов. Мутации в этом гене обнаруживаются при различных опухолях, а в Дартмутском колледже штата Нью-Гемпшир показали, что его выключение ведёт к развиту мышинной модели аутизма.

Роль ещё одной фосфатазы (PTR – Protein Tyrosine Phosphatase) в перерождении здоровых клеток выявили исследователи Сингапурского университета, опубликовавшие свои данные в журнале Autophagy. Выбор издания обусловлен тем, что фермент регулирует аутофагию, или «самоедство» клеток, сменяемых в тканях и органах более молодым поколением стволовых. Оверэкспрессия, или повышенный синтез PTR, стимулирует развитие рака яичника и метастазирование. Авторы статьи пишут, что повышенная аутофагия превращается из защитного механизма в свою противоположность, стимулируя рост трансформированных клеток. С точки зрения клиники уровень фермента может служить хорошим маркёром эффективности лечения и слежения за прогрессом опухоли. С другой стороны, сдерживание активности гена PTR может оказать рычагом для восстановления баланса аутофагии и переработки в её «топке» раковых клеток. Ведь в здоровом организме самопереваривание клеток с изменённым геномом служит сдерживающим механизмом их роста и развития с нарастанием опухолевой массы. Не будем забывать, что этот и другие противораковые механизмы нашего тела в полном соответствии с законами Менделя обеспечивают защиту каждым трём из четырёх жителей нашей планеты.

**Иван ЛАРИН.**

По материалам  
Journal of Neuroscience,  
PNAS, Science.

Перспективы

# Все болезни — от генов

**Две группы учёных из различных научных центров США, Австрии и Нидерландов, работая независимо, но в сотрудничестве друг с другом, открыли ранее неизвестное, редко встречающееся генетическое нейродегенеративное заболевание.**

Известно, что кодируемый одноимённым геном белок CLP1 играет ключевую роль в продуцировании транспортной РНК – молекулы, отвечающей за внутриклеточный транспорт аминокислот из цитоплазмы в рибосомы, где происходит биосинтез белков. Генетические мутации, затрагивающие тРНК, являются причиной врождённых неврологических расстройств у детей. Эксперименты на мышах показали, что мутации в гене CLP1 ведут к гибели мотонейронов и параличу мышц у животных, однако роль таких мутаций в развитии заболеваний у человека до сих пор не была изучена.

– Открытое нами заболевание нельзя диагностировать, базируясь лишь на симптомах и клинических проявлениях, – отметил руководитель одной из групп Джозеф Глисон, профессор Калифорнийского университета. В 2013 г. его группа выявила генетическую мутацию,

ответственную за другое редкое неизлечимое нейродегенеративное заболевание – мостомозжечковую гипоплазию, симптоматика при которой схожа с той, что наблюдается при мутации CLP1.

Учёные выполнили секвенирование ДНК членов более 4 тыс. семей, дети которых родились с недиагностированными неврологическими проблемами. Несколько детей оказались носителями одной и той же мутации CLP1 и демонстрировали одинаковую симптоматику – микроцефалию, корковую дисплазию мозга, нарушение моторной и когнитивной функций и умственную отсталость.

– Знание фундаментальных взаимосвязей, от которых зависит деградация нервных клеток в каждом случае, позволит нам определить методы, дающие возможность защитить моторные нейроны от гибели и при других нейродегенеративных заболеваниях, например при болезни Лу Герига (боковой амиотрофический склероз), – считает представитель другой группы исследователей Йозеф Пеннингер, директор Института молекулярной биотехнологии Академии наук Австрии.

**Яков ЯНОВСКИЙ.**

По материалам сайта SCNC.ru



Скандал

# Айболиты с виа Аурелиа

## Грабёж среди бела дня

**Счёт из римской клиники, полученный супругой российского посла в Италии за обследование по поводу боли в животе, стал предметом обсуждения местной прессы.**

24 часа анализов, КТ, МРТ, гастроскопий в одной из римских клиник – и всё это, чтобы выяснить, что она здорова, но при этом обеднела на 18 тыс. евро. Получив пачку счетов и суммировав их, супруг решил вникнуть в тему подробнее. И вот что выяснилось.

В 8:30 утра началось 24-часовое обследование. Врач, к которому обратилась пациентка, направил ее к целому ряду врачей, принимавших как в клинике, так и вне её. Каждый специалист выписал

свой счёт, а клиника ко всему прочему взяла оплату за пребывание на койке (642 евро) и за различные исследования. Женщина побывала у 8 специалистов: кардиолога, ангиохирурга, ортопеда, гастроэнтеролога, анестезиолога, онколога, а также, по её просьбе, у дерматолога и окулиста. Счета составляли от 200 до 350 евро.

Помимо этих визитов были ещё обследования: эзофагогастро-дуоденоскопия, колоноскопия с биопсией, которая обошлась в 2,5 тыс. евро. К этому стоит добавить санитарный материал, медикаменты, оплату операционной, анестезиолога, гистологические исследования. Всего более 4 тыс. евро. Потом были анализы крови и мочи (1,2 тыс. евро), эходоплер, эхография,

МРТ позвоночника (858 евро), КТ с контрастом мозга, брюшной полости и коронарных сосудов (1420 евро) и даже костная минералометрия.

Знать врачам виднее, как следует поступать при боли в животе. «Поскольку мы российские граждане, – написал дипломат с иронией в письме в Министерство здравоохранения Италии, – нам не понять, почему при указанном недомогании необходимо подвергаться стольким инвазивным исследованиям».

В результате команда полицейских была направлена в клинику Pio XI на виа Аурелиа.

**Юрий БЛИЕВ,**  
обозреватель «МГ».

По сообщению La Repubblica.

А как у них?

# Картинкой ребёнка по абортам

## В вопросе о праве на аборт нет единства

**После того как патриарх Кирилл, выступая в Думе, предложил отказаться от проведения бесплатных аборт в России, парламентарии – буквально через несколько часов – объявили, что готовят ряд законопроектов, которые, по их мысли, помогут снизить число аборт в стране.**

Глава Комитета Госдумы РФ по вопросам семьи, женщин и детей Елена Мизулина объявила, что речь идёт о трёх законопроектах: о лицензировании деятельности, связанной с абортами; об ограничении оборота лекарственных препаратов, которые могут вызвать искусственное прерывание беременности; и о том, чтобы в медучреждениях было введено аудио- и видеопрослушивание сердцабиения плода ребёнка. «Чтобы до того, как женщина будет делать аборт, она смогла эту картинку получить», – объяснила Е.Мизулина. Опыт других стран показывает,

что число аборт сокращается, утверждает она.

Аборты легальны в подавляющем большинстве стран, однако условия, при которых они разрешены, везде разные. Согласно докладу ООН, практически во всех странах (около 98%) аборты разрешены, если это необходимо для спасения жизни женщины.

Законы, не предусматривающие подобных исключений, приняты на Мальте, в Никарагуа, Доминиканской Республике и Республике Эль-Сальвадор. До недавнего времени в число стран с полным запретом на аборты входила и Ирландия – аборты для спасения жизни были разрешены там в 2013 г.

Кроме того, почти в 70% стран разрешены аборты для сохранения физического и психического здоровья женщины. Аборты после изнасилований разрешены приблизительно в 60% стран, и более 30% стран разрешают аборты по социальным или экономическим причинам (плохие финансовые условия, инвалидность и т.п.).

В США строже всего к аборт относятся в Техасе – там удалось ввести суровые ограничения на операции по прерыванию беременности. Власти не стали ограничивать женщин в праве на аборт, однако разрешили проводить операции лишь 7 клиникам. Конституционное право на аборт было установлено в США в 1973 г.

По данным ООН, в 30% стран, среди которых и Россия, для аборта достаточно желания женщины. Аборт можно сделать бесплатно в первые 12 недель беременности по желанию женщины, следующие 16 недель прервать беременность можно по специальным показаниям.

В большинстве европейских стран для аборта в первые недели беременности также достаточно желания женщины, однако в их число не входят, например, Испания, Португалия и Финляндия.

**Юрий БОРИСОВ.**

По материалам Associated Press.

Важнейшие операции

**В одной из британских клиник была проведена первая в государстве трансплантация органов новорождённому. Сотрудники медучреждения поблагодарили родителей, согласившихся отдать органы своей умершей новорождённой дочери ради сохранения жизни другого младенца.**

нов – почек и участка печени.

Операция, по словам хирургов, прошла весьма успешно. Эксперты подчеркнули технические сложности, возникшие в ходе вмешательства. Это обуславливалось, прежде всего, небольшим размером почек у новорождённого, которые в несколько раз меньше аналогичных органов у взрослого.

# Пересадка на станцию «Жизнь»

Сообщается, что у девочки ещё внутриутробно была диагностирована асфиксия, повлёкшая за собой то, что, появившись на свет путём кесарева сечения, она оказалась нежизнеспособна. Для того, чтобы ребёнок выжил, потребовалась пересадка орга-

В заключение следует сказать, что трансплантация органов младенцев законодательно разрешена в Канаде, Испании, Австралии и многих американских штатах.

**Марк ВИНТЕР.**

По сообщению The Guardian.

Взгляд

# Короли лишнего веса



**В тройку самых «тучных» стран Европы вошли Венгрия, Великобритания и Ирландия. Таковы данные отчёта Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР).**

«После католического Рождества мы обратимся ко всей медицинской общественности Европейского союза с просьбой рекомендовать десяткам тысяч пациентов различные антидиабетические программы и дать советы касательно здорового образа жизни», – заявил о необходимости кампании по борьбе с лишним весом глава английской Национальной службы здравоохранения Саймон Стивенс.

Кроме того, британский политик высказался категорически против решения Европейского суда в некоторых случаях приравнивать ожирение к инвалидности. По его мнению, следить за своим здоровьем и быть в форме является обязанностью каждого человека.

Как известно, повышенная масса тела может привести к развитию различных заболеваний, наиболее опасными из которых являются инфаркт миокарда, инсульт, всевозможные злокачественные новообразования, сахарный диабет 2-го типа.

А ведь снижение массы тела на 5-7% может сократить риск развития диабета до 60%.

Статистика ЕС в этом вопросе неутешительна: так, например, в Венгрии около 30% населения страдает от ожирения. Немногим отстают Великобритания и Ирландия, где лишний вес поразил около четверти граждан. В Норвегии, Швейцарии, Италии, Болгарии, Швеции, Нидерландах, Австрии и Румынии количество людей с лишним весом около 13%.

В общем и целом средний показатель ожирения по Европе составляет 17%.

**Алина КРАЗЕ.**

По сообщению Daily Mail.

Демография

**Годами японцы пытались понять причины падения рождаемости в стране и сокращения населения. Отмечено, что японские мужчины страдают от снижения либидо и уверенности в себе. Почему? Результаты недавнего общенационального опроса дали ответ на этот вопрос.**

Оказалось, что половина всех японцев и 45% состоящих в браке не имели сексуальных контактов более месяца. Опрос, проведённый Японской ассоциацией семейного планирова-

# Что делать с асексуальными японцами?

ния, подтверждает широчайшее бытование мужчин, которые не интересуются такими атрибутами «мужской жизни», как мощные автомобили, успешная карьера и секс. Согласно этим данным, 18 японских мужчин из 100 не имеют интереса или активно ненавидят секс. В возрастной группе от 25 до 29 лет эта цифра превышает 20%, что в 2,5 раза выше, чем было в 2008 г.

В результате уровень рождаемости в Японии – один из самых низких в мире и составляет всего 1,43, что намного ниже уровня простого воспроизведения в 2,1. Демографический кризис в стране усиливается с каждым годом – население всё более стареет, а обществу всё труднее поддерживать жизненный уровень пенсионеров, продолжительность жизни которых растёт, а число

работающих граждан, на налоги с которых они существует, всё время сокращается.

Никто толком не знает, что лежит в основе такого растущего безразличия к сексу. Большинство социологов, впрочем, указывают на сочетание стрессов современной жизни в постиндустриальном обществе с приверженностью старым традициям.

Многие молодые японские муж-

чины страшно устают на работе, встают рано утром и возвращаются поздно вечером после дальнего пути на поезде. Они отсыпаются по выходным или проводят их в обществе своих коллег, что считается полезным для карьеры. На секс у них просто не остаётся ни времени, ни сил.

**Тенгиз АДАМОВ.**

По материалам Times.



Есть люди, которые при жизни становятся легендой – о них много говорят, их высказывания цитируют, им стараются подражать. Когда хочешь написать о таких героях статью или очерк, естественным образом возникают трудности: как можно в строгих газетных или журнальных рамках уместить всё то, о чём обязательно хочется рассказать. Всегда, какой бы масштабной и насыщенной ни получилась в итоге статья, остаётся ощущение некоей недосказанности и незавершённости, ибо о таких людях можно и нужно писать книги. Тем не менее об одном из таких удивительных героев, докторе медицинских наук, профессоре Тверской медицинской академии, известном тверском хирурге-учёном Андрее Дмитриевиче Никольском моя журналистская и хирургическая душа желает поведать читателям.

семьей (супругой стала однокурсница по имени Руфь, выбравшая специальность патологоанатома) в Тульскую область. Здесь, в Донской районной больнице Андрей Никольский осваивает весь спектр хирургических вмешательств, активно оперирует пациентов и с урологической, гинекологической и травматологической патологией. Здесь же он публикует и свою первую научную работу, посвященную

вич бережно хранит учебник по оперативной хирургии, подписанный его выдающимся учителем: «Дорогому Андрею Дмитриевичу – зачинателю нового направления в гепатологии...» Такие автографы дорогого стоят!

## Создатель научной школы

Успешно защищённая кандидатская стала только первым этапом в науке. В 1970 г. Андрей

школы, но и подготовил огромную плеяду общих хирургов, которые сегодня являются продолжателями идей своего прославленного учителя. Чего стоит один доцент Александр Еремеев, заслуженный врач РФ, заведующий хирургическим отделением ОКБ, сменивший Андрея Дмитриевича на посту руководителя кафедры госпитальной хирургии. Именно он, достойнейший воспитанник научной школы профессора Никольского, стал пионером эндоскопической хирургии на тверской земле, основал крупнейший Российско-Германский научно-практический центр эндоскопической хирургии, на базе которого проходят обучение и стажировку сотни хирургов со всего мира. О нём Андрей Дмитриевич может говорить с гордостью часами и только в превосходной степени, называя его лучшим из своих учеников и адресуя ему слова поэта В.Жуковского: «Победителю ученику от побеждённого учителя!»

**Жизнь  
продолжается...**

Сегодня заслуженный врач РФ, кавалер ордена Почёта, профессор Андрей Никольский продолжает свою деятельность на кафедре в качестве профессора-консультанта. Его с радостью приглашают на общероссийские и зарубежные конференции, просят поработать в Кувейте и других зарубежных странах, с ним мечтают заниматься наукой многие десятки молодых врачей...

Годы идут... Дети выросли и стали самостоятельными специалистами (дочь – кандидат медицинских наук, живёт и работает за границей, сын решил связать свою судьбу с инженерным делом), ушла из жизни любимая супруга Руфь Исааковна... Оперативной хирургической деятельностью по состоянию здоровья сегодня профессор Николай уже не занимается.

Смыслом своей жизни Андрей Дмитриевич считает возможность работать на родной кафедре, коллектив которой создавал многие годы, а также общение с учениками и студентами, воспитание у нового поколения будущих врачей интереса и любви к хирургии и науке. И во всех этих желаниях Андрей Дмитриевич находит полнейшее понимание и отклик. Ученики и коллеги «по-родственному» называют его «тяткой», а он при встрече всегда рад обнять их. Он воспринимает и любит.

А значит, продолжение следует...

**Максим СТРАХОВ,**  
сердечно-сосудистый хирург,  
член Союза российских писателей.

Тверь.

## Куда уходит детство?.. Ученик об учителе

Детство будущего корифея тверской медицинской науки было совсем не безоблачным и не таким уж радостным. Когда маленькому Андрею Никольскому исполнилось всего 4 года от тяжёлой болезни внезапно умирает его мать, Евгения Степановна, талантливый педагог, преподаватель немецкого языка. Неожиданно овдовевший Дмитрий Александрович Никольский, общий хирург и преподаватель медицинского вуза, в одночасье остаётся с четырьмя детьми на попечении. Его судьба заслуживает особого внимания. Выпускник Пражского университета, владеющий 12 языками, проходя службу в разгар Первой мировой войны, ясно понимает, что его истинное призвание – помогать людям. Он много времени проводит во фронтовых госпиталях, активно помогая врачам спасать жизни раненых солдат. И только потом, спустя несколько лет, Дмитрий Александрович экстерном с отличием окончит Московский университет и получит заветный диплом врача.

Однако профессиональная карьера доктора Никольского-старшего сложилась не то чтобы сложно – трагично. В 1939 г. он был осуждён по знаменитой 58-й статье и отправлен на 10 лет в лагерные лагеря, а младшие дети – Митя и Андрей попадают в детский дом. Там все хорошо знали историю репрессированного хирурга, к которому относились уважительно, поэтому и мальчишек никто не обижал. Но в 15 лет юный Андрей Никольский решает сбежать из детдома и самостоятельно отправиться в Москву к тётке. Как герой известных советских приключенческих фильмов, он четверо суток добирается до столицы на крыше поезда без еды и воды.

В Москве юного путешественника встретила и приняла тётка, которая устроила мальчика в престижную школу. Андрей Дмитриевич с гордостью вспоминает, что соседями по парте у него были дети Микояна, Будённого и Шкирятова, а с будущим великим артистом Алексеем Баталовым они и вовсе подружились. Выбор дальнейшей профессии был весьма логичным и понятным – хотелось быть похожим на

## Ученик об учителе

# «Тятка»

## Тверской профессор Андрей Никольский воспитал целую плеяду высококласных хирургов



**Андрей Никольский**

использованию гипноза при операциях на щитовидной железе, что стало по тем временам новаторским направлением в медицине и вызвало большой интерес в научной среде.

1960 г. стал в судьбе А.Никольского переломным. Он приезжает с семьёй в Калинин, где приступает к работе врачом-урологом в областной больнице. Причина смены рода деятельности банальная – семья Никольских (а к тому времени в ней было уже двое детей) дали там квартиру. Он увлечён

отца, поэтому Андрей решает поступать в медицинский.

Будущая специализация тоже не вызывала сомнений – только хирургия. Поэтому увлеченный студент Никольский, понимая, что только стремление и упорство могут принести желаемые плоды, после институтских занятий частенько остаётся дежурить в хирургическом отделении, где активно помогает докторам. Видя громадный интерес к хирургии, врачи и преподаватели вуза активно поощряют его, дают самостоятельно оперировать. Конечно бы, увлечение и простой студенческий интерес, но к моменту окончания вуза Андрей Дмитриевич имеет неплохую практику – более 150 самостоятельно выполненных операций. А это уже неплохой опыт...

## Самостоятельный доктор

После института молодой хирург Никольский уезжает с

и успешно занимался урологией, внедрял новые, передовые по тем временам оперативные технологии, но душа рвалась к хирургии. Именно поэтому предложение поступить в аспирантуру под руководство выдающегося отечественного хирурга академика Г.Островерхова было воспринято с радостью. Итогом этого научного сотрудничества стала кандидатская диссертация, посвящённая хирургическому лечению болезней печени. Андрей Дмитриев



*Оперирует профессор А.Никольский (фото из архива)*

## Былое

Массу интересных сведений о состоянии медицины начала прошлого века не только в России, но и за рубежом собрал врач из города Дятьково, что на Брянщине, Владимир Итунин, листая подшивки старых журналов.

Так, женский журнал «Модный свет», который выходил в

# Поцелуй – на... строительство больницы

Санкт-Петербурге 100 лет назад, поместил, наряду с фронтовыми известиями, следующее сообщение под заголовком «Больница, построенная на поцелуи».

Судя по тексту, в одном из американских городов штата Огайо

возникла необходимость сооружения новой женской больницы. А денег на это (как видим, проблема вполне аналогичная российской) в местной казне не оказалось. И тогда молодые девушки города решили устроить публичную продажу своих...

поцелуев, выручка от которых и пошла бы на постройку больницы. Красавицы продавали свои поцелуи недорого (всего лишь по доллару в ценах 1915 г.). Однако «покупателей» оказалось так много, что выстраивались длинные очереди.

Надо ли говорить, что столь привлекательный «товар» обеспечил сбор нужных денег? Больница была построена!

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

Брянская область.



На литературный конкурс

Лыжи поскрипывают по плотно-  
му насту, мороз весело щиплет  
лицо, застывающий от дыхания  
пар серебрят ворот свитера...

Солнце уже поднялось над ле-  
сом. Лучи его сбили пушистую  
изморозь с деревьев, свисающих  
над головой электрических про-  
водов, с выглядывающих из-под  
снега сухих былин. Ёлочки, те,  
что ближе к дороге, вновь стали  
из седых зелёными. Стоящие чуть  
поодаль, в тени, сплошь укутаны  
серебром инея. Солнце часто вот  
так делит зиму надвое: потеплее  
– кажется, весна рядом, куда луч-  
ше ещё не добрался – холод и полу-  
мрак.

Прорезающую лес дорогу будто  
воском натёрли: смотришь – и  
глазам больно. По ней местные  
фермеры возят сено. Вот не спе-  
ша движется (ой, какая же нынче  
редкость!) подвода. Скрипят сани,  
фыркает лошадь, воз покачивает-  
ся из стороны в сторону, оставляя  
на смолистых рёбрах сосен ленты  
высохшей травы.

Помню, мальчишкой я ходил  
по этой дороге в школу. Вон  
там на пригорке, у самой реки  
стояли тогда высокие стого  
сена. Бывало озябнешь в дороге  
(морозы-то были не чета нынеш-  
ним!), продрогнешь – и напрямик,  
черпая валенками снег, бежишь  
туда. Разгребаешь руками паху-  
чую траву, зарываешься в сено с  
головой. Колочее, оно лезет за  
шиворот, отряхиваешься, а всё  
же ищешь в стоге тепло, будто  
там, внутри, ещё притаилось лето.  
А что? Поднял вот сейчас упавший  
с воза пучок сухой травы, поднёс к  
лицу – и дрогнуло сердце. Пахнёт  
зноём и чабрецом, росным лугом  
и клевером. Сколько детских вос-  
поминаний воскрешает этот миг...

Пойдёмте же в это зимнее утро  
по лесной дороге!.. Вот четыре  
лапки отпечатались у большой  
сосны, оставив на белом хол-  
сте очертание почти правильной  
трапеции... Остановитесь, будьте  
внимательны, прислушайтесь!

Невесомым пропеллером, плавно  
вкручиваясь в стылый воздух,  
падает крылышко из сосновой  
шишки. Следом тут же скользит  
второе, третье...

Там, вверху, устроилась для  
завтрака белка. Вот, забавно по-

# Зима — надвое



ворачивая в лапках шишку, она  
быстро-быстро сгрызает крепкие  
чешуйки, которые, падая, усти-  
лают коричневым ковриком снег  
под сосной.

А где-то рядом и тоже в вышине  
монотонно стучит дятел. Ага, вон у  
другой сосны – горка раздолблен-  
ных шишек. Здесь птица устроила  
свою «кузницу» – прикладит в рас-  
щелине шишку и лущит семечки.  
Покончит с одной шишкой, уронит  
её в снег – и тащит новую. Оттого  
так и собираются часто у деревьев  
большие кучи распотрошённых  
сосновых и еловых шишек.

На такой прогулке главное –  
не спешить. Видите: тихонько  
копоятся в соломенной трухе  
желтогрудые овсянки, качаются на  
стеблях бурьяна щеглы, обшарива-

ет пенёк у дороги пёстрая пищуха.  
И всё это делается спокойно, мол-  
чаливо, без суеты. Впрочем, есть  
птицы, которые «распеваются»  
лишь зимой. Вот тихонько поёт  
на веточке снегирь. Важно поёт,  
но так негромко, что с трудом  
его слышишь. Странная птица:  
окраской природа не обидела –  
красные грудки самцов, словно  
яркие маки на белом снегу, а вот  
песня совсем немудрёная, словно,  
просто так, для себя.

Только зимой можно по-  
настоящему послушать и сойку,  
этого талантливого лесного пере-  
смешника. Сойка всегда уединя-  
ется, но услышать от неё можно  
и пересвист скворца, и флейту  
иволги... А однажды я был немало  
удивлён, услышав с высоты... лай

собаки. Вот сидит сейчас птица на  
пригреве и аккуратно «вспомина-  
ет» всё, что услышала когда-то.

Следы, шорохи, переключки  
каких-то пичужек. Да и что другое  
может быть в этом белом безмол-  
вии? Нынче снег выпал после дли-  
тельной оттепели, вот и радуются  
все, кому не лень. Но присмотрит-  
есь ещё внимательнее! У многих  
деревьев темнеют вокруг стволов  
лунки земли, кое-где дразнят глаз  
своей свежестью зелёные листоч-  
ки брусники. Околдованный лес «и  
под снежной бахромою, непод-  
вижною, немую чудной жизнью  
он блеснит...»

Василий ШПАЧКОВ.

Брянск.

Умные мысли

Виктор КОНЯХИН

## Ветер дует не туда

- Неиспользованный вчерашний день можно отложить на завтра.
- Прилавки вытерпят нашествие любых цен.
- Календарь жизни грешит опечатками.
- Пустой голове всякая мысль в диковинку.
- Отошёл от Веры, а тут – сплошные соблазны.
- Откуда ветер не дует, всё равно дует не туда.
- Кто питается мифами, тому история – поперёк горла.
- «Музыке жизни» мешают со-седи.
- Охотники на ведьм сами себе выдают лицензии.
- Лучший новогодний подарок – день начал прибавлять!
- Евро теперь нам не по курсу рубля.
- Все могильщики – посредники, потому и дерут втридорога.
- Блоху подковали, но лошадь из неё не получилась.
- Все вопросы живут под во-просом.
- Будильник – голос времени.
- Жизнь – дистанция без указа-ния расстояния.
- Дети – плоды жизни на гене-алогическом древе.
- Когда яблоко падает далеко от яблони, оно идёт на «экспорт».
- Туман в голове, ясность в кулаках.
- Соколу видно всё. Сороке видно всех.
- Там, где много всякого, мало путного.
- Когда вокруг ни души, плюнуть не на кого!
- Лучше один раз родиться, чем два раза умереть.
- Мемуары пишут для спонсо-ров.
- Брал от жизни все уроки. Но дистанционно.
- Кабинет начальника – место для молчания.
- Электричка – самый распро-странённый коллективный голос народа.

Москва.

Продукт из муки					Стравинский, балет		Полевое укрепление	СКАНВОРД							Ненависть					Амер. кино-премия	Штат, Индия																		
	Олан-запин	Подземный ход		Глимерид					Тяжелая ноша						Насекомое		Гамзатов, сборник	Аргент. писатель		Строки, телевизор		Нем. архитектор																	
				Художник ... Джентилески	Причина	Преграда	Трагедия Вольтера		Бисопролол		Сафина	Природный газ	"... тополя на Плющихе"				"Мертвые сраму не ..."																						
	Ишкур	Смущение					"Саломея", перс.				Сын Одиссея								Питон, "Маугли"																				
				Неужто? (стар.)			... пустяков		Поэма Анти-маха				Не рой другому ...				Казачий чин																						
	Изобретатель	Каракорт				Убыль			Парфюм		Кадка		Тайлер	Опера Люлли					Пронести мимо ...																				
			Вид спереди		Областной центр			Барбус				Крик кучера																											
	Строит. материал					Фундук				Жена раджи																													
Автор Валерий Шаршуков		Город, Томская обл.		Осколочная			Драма Чехова																																
														К	А	Ф	К	А	Е	Я	Б			Г	А	В	А	Н	А		Л	А	Б						
														А	Е	Б	У	Р	У	Н	Д	У	К		У		И			З	П	И	Н	О					
														Л	И	Н	Ь		Д	К		М	О	К	С	И	Н		А	Р	Д	О	Н		Л	А	Г		
														А	И		Л	О	Т	С	И		Р	Я	З	Ы	К		Я	Л	И	Ч	И	Н	А				
														М	У	С	О	Н		Т		С	У	М	О		О		А	Н	Д	Р	Е	Й		Н	У	Т	
														У	Т		Д	А	М	Е	Т		Г	А	П		Т	О	Л	Ответы на сканворд, опубликованный в № 5 от 28.01.2015.									
														С	Ц	И	Н	К		Я	Л	А	П	А	А	Р	О	С	А										