

## Современные технологии

# Помпа против болевого синдрома

Пациенты ростовских онкологов чувствуют реальное облегчение



Нейрохирурги Ростовского научно-исследовательского онкологического института Минздрава России начали применять высокотехнологичный способ обезболивания у онкобольных, пациентов с заболеваниями нервной системы и последствиями травм.

Для снятия тяжёлого болевого синдрома врачи имплантируют программируемую помпу с лекарством. Через катетер, минуя органы желудочно-кишечного тракта, препарат поступает напрямую в спинной мозг. Человек перестаёт ощущать боль, кроме того, не испытывает лекарственной зависимости.

— Мы установили помпы с морфином двум онкологическим больным и помпу с баклофеном пациентке, страдающей тяжёлым спастическим состоянием (патологическое напря-

### Во время проведения очередной операции

жение мышц), — говорит заведующий отделением нейроонкологии РНИОИ кандидат медицинских наук Эдуард Росторгуев. — Помпы применяются в том случае, когда больным уже не помогают инъекции и капельницы.

Суточную дозу лекарства и регулярность его поступления в организм при помощи пульта программирует врач. Объёмы препарата для каждого пациента просчитывают индивидуально. Раз в 3-6 месяцев помпу нужно заправлять лекарством. Менять устройство необходимо каждые 6 лет.

— Пациенты, которым имплантированы помпы, — жители Ростовской области, — отметил директор РНИОИ профессор Олег Кит. — Стоимость данного вида медицинской помощи

превышает 1 млн руб., пациентам нашего института помпы установлены бесплатно за счёт средств федерального бюджета.

До сих пор морфиновые помпы устанавливали только один московский онкоцентр, помпы с баклофеном — два медучреждения, в Москве и Тюмени. Ростовский НИИ онкологии первым в России внедрил оба метода.

Операции по имплантации прошли успешно, пациенты чувствуют значительное облегчение и выписаны домой. В ближайшее время устройства с обезболивающим будут установлены ещё двум пациентам.

Алла МЫСНИК,  
внешт. корр. «МГ».

Ростов-на-Дону.



Вероника СКВОРЦОВА,  
министр здравоохранения РФ:

В Северо-Кавказском федеральном округе доля больных с ишемическим инсультом, которым проводится системный тромболизис, увеличилась в 5 раз, тем не менее этот показатель в несколько раз ниже, чем средний по РФ, и здесь нужно работать дальше.

Стр. 4

Ольга ГОНЧАРОВА,  
президент  
Союза женщин-врачей России,  
профессор:

Союзу женщин-врачей России удастся успешно работать без рубля финансирования со стороны государства или других стран.

Стр. 6



Александр ЧУЧАЛИН,  
главный терапевт-пульмонолог  
Минздрава России академик РАН:

В настоящее время ХОБЛ поражает в основном курящих людей, преимущественно с низким индексом массы тела.

Стр. 12.

## Перемены

# Доступны и на островах

Врачи Южно-Сахалинской городской больницы им. Ф.С. Анкудинова начали проводить операции с использованием современного специализированного оборудования — эндоскопического видеосистемы с комплексом инструментов.

Впервые опробовать подобное оборудование врачам островного региона удалось 2 года назад, когда там проводился мастер-класс специалистов одного из научных центров страны. Но тогда оно оставалось для них недоступным.

В этом году по поручению губернатора Сахалинской области Олега Кожемяко из регионального бюджета на покупку эндоскопического видеосистемы было выделено более 26 млн руб. В начале ноября аппарат поступил в больницу. Специалисты протестировали эндоскопический видеосистему и уже провели с его помощью несколько операций.

Новый аппарат — многофункциональный, позволяет

подключить энтероскоп, гастроскоп, колоноскоп и другие специализированные приспособления, расширяющие спектр диагностических процедур и оперативных вмешательств.

С приобретением современного аппарата появилась возможность оказывать специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь большему количеству пациентов, применяя новые методики диагностики, внедряя современные стандарты лечения при заболеваниях желчевыводящих путей и поджелудочной железы.

Ещё один несомненный плюс нового оборудования — комфорт пациентов. После проведённых вмешательств ко всем больным быстро возвращается способность передвигаться самостоятельно. Реабилитация проходит гораздо быстрее, а на теле не остаётся больших шрамов.

Николай РУДКОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Южно-Сахалинск.

## Акция

# Кому как не врачам быть донорами!

Готовить будущих врачей в доноры-профессионалы призвана традиция, сложившаяся в Смоленском государственном медицинском университете: дважды за учебный год проводить в вузе акцию по безвозмездной сдаче крови.

В недавней — осенней — массовой процедуре приняли участие полторы сотни студентов, в весенней было почти столько же. Многие из них пришли к мобильному комплексу областного Центра

крови, работавшему в университетском дворе, уже в третий-четвёртый раз, а второкурсник Михаил Филиппов — в шестой. Вот что он сказал корреспонденту «МГ»:

— Кому как не врачам быть донорами! Мы ведь как никто другой должны понимать социальную и благотворительную сущность донорства. Понимать — и в силу возможностей своего здоровья реально помогать больным личной систематической кроводачей. И потом — доктор, кото-

рый в 30 лет получит знак «Почётный донор России», — разве он не будет авторитетен и уважаем среди коллег и пациентов!

Вопрос, конечно же, риторический. Так считает и ректор СГМУ профессор Игорь Отвагин, который вместе со студентами всегда участвует в Дне донора. Эта осенняя акция — не исключение.

Владимир КОРОЛЁВ,  
соб. корр. «МГ».

Смоленск.

**DIXION**  
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

**ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ**

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



## Новости

## Оранжевая польза

Облепиха, которую по праву называют «витаминной бомбой», оказалась ещё и кладёзем хрома. Это новое знание о полезных свойствах растения предвещает ему большое медицинское будущее.

Учёные трёх сибирских академических НИИ – Института цитологии и генетики, Института химической кинетики и горения им. В.В.Воеводского и Института ядерной физики им. Г.И.Будкера – провели исследование минерального состава всех частей облепихи, от корней до плодов. Определили точное количество 22 элементов, от калия до урана, и оказалось, что время потрачено не напрасно: облепиха больше, чем все другие растения, накапливает хром. А этот микроэлемент, как известно, участвует в регуляции метаболизма глюкозы и холестерина.

В Сибирском отделении Российской академии наук считают, что результаты данного исследования имеют практическую ценность и могут быть использованы в программах по профилактике сахарного диабета и атеросклероза. Ну а в какой именно форме применять богатую хромом облепиху – в натуральном виде или в виде биологических добавок – теперь будут думать медики и фармакологи. Задача не из простых, учитывая, что максимальная концентрация хрома не в плодах – в корнях растения.

А ещё, говорят учёные, сибирская облепиха во всех своих тканях содержит большое количество титана, циркония и ниобия. Правда, биологическая роль этих элементов пока не выявлена.

Елена БУШ.

Новосибирск.

«Ярмарки здоровья» —  
доброе начало

Акция «Ярмарка здоровья» прошла на базе двух школ Благовещенска. В мероприятии приняли участие около 300 обучающихся, 30 педагогов, студенты и преподаватели Амурской государственной медицинской академии, медицинские работники Амурского областного центра медицинской профилактики, специалисты управления Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков.

Студенты педиатрического факультета поговорили со школьниками на интимные темы, мальчикам была предоставлена возможность побеседовать о мужских проблемах. Студенты лечебного факультета прочитали лекции на темы «Семья – основа жизни», «Защитим себя от наркотиков», «Защитим себя от курения и алкоголизма». Все школьники активно участвовали в мероприятиях, задавали вопросы лекторам, получали полезные советы.

Закончилась акция проведением «круглого стола» с участием учащихся, педагогов, студентов Амурской ГМА, работников управления образования, отдела опеки и охраны здоровья. Все активно поддержали идею дальнейшего проведения «Ярмарок здоровья».

Николай ИГНАТОВ.

Благовещенск.

Ульяновские доноры —  
жертвам ДТП

Ульяновский региональный центр крови подвёл итоги Всероссийской акции «АвтоМотоДонор».

– Цель мероприятия – привлечь внимание населения к проблеме участвовавшего дорожного травматизма. Ежегодно в регионе происходит порядка 2 тыс. дорожно-транспортных происшествий, зачастую главный источник спасения жизни пострадавшего – донорская кровь. Ульяновский «АвтоМотоДонор» проходит в этом году уже второй раз, всего для жертв ДТП свою кровь сдали 280 человек. На прошедшей недавно акции удалось заготовить почти 100 л цельной крови, – отметил заместитель председателя правительства – министр здравоохранения Павел Дегтярь.

Губернатор Ульяновской области Сергей Морозов поставил перед региональным Минздравом задачу по развитию службы крови. В настоящее время в области работает современный специализированный центр. После его открытия количество первичных доноров в регионе выросло на 30%. А недавно благодаря акции «АвтоМотоДонор» база региональной станции переливания крови пополнилась новыми донорами из числа пешеходов, автолюбителей, представителей байкерского движения.

Виктория ГУРСКАЯ.

Ульяновск.

## Бесплатно и без очереди

В медико-санитарной части № 4 Омска открылся высокотехнологичный центр нефрологии и гемодиализа.

Он создан в рамках государственно-частного партнёрства, а в его оснащение современным оборудованием инвестировано 220 млн руб. В двух диализных залах установлено 25 аппаратов «искусственная почка», что позволяет ежедневно проводить процедуру очистки крови 75 пациентам. Причём бесплатно – по территориальной программе обязательного медицинского страхования.

Это уже 6-е специализированное отделение для лечения больных с хронической почечной недостаточностью, появившееся в Омской области за последние годы. Два из них действуют в центральных районных больницах городов Тара и Калачинск. Планируется создание ещё одного в Омской областной клинической больнице, о чём сообщил побывавший в МСЧ-4 губернатор Омской области Виктор Назаров. Но уже сейчас в Прииртышье не нужно записываться в очередь на получение нефрологической помощи.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

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

## Тенденции

Удобно фельдшерам  
и пациентам

Из старого здания они перебрались в новое

В Алтайском крае в силу специфики региона большое внимание уделяется сельской медицине. И вполне закономерно, что недавно здесь открылся новый ФАП. Но жители села Красноярское Поспелихинского района не могут нарадоваться этому событию.

В селе проживает более 800 человек, и всем им раньше за оказанием медицинской помощи приходилось отправляться на окраину, где находилось старое медучреждение. При этом оно размещалось в здании аж 1905 г. постройки. Плохо отапливалось, требовало ремонта.

Новое современное здание возвели быстро. Оно удобно расположено, кроме того, здесь можно купить необходимые лекарства, ведь аптеки в населённом пункте нет.

– Мы находимся в 45 км от Поспелихи. Немногие могут выехать в районную больницу,



Новое здание ФАПа вписалось в алтайский пейзаж

– поясняет глава администрации Красноярского сельсовета Вера Калёникова. – Особенно сложно выехать зимой, ведь дорогу заметает. Если местные жители вызывают «скорую», она добирается из Поспелихи примерно за час. Но

ведь когда человеку плохо, каждая минута на счету. Нам необходима своя машина скорой помощи, для неё готов тёплый гараж.

В ФАПе работает дружная и опытная команда. Это фельдшеры Светлана Епонешникова и Наталья Головки, санитарка Галина Горных. Вместе они трудятся уже 25 лет.

– Мы до сих пор не верим, что теперь оказываем помощь людям в таких комфортных условиях. Здесь тепло, уютно, светло. На работу приходим с радостью, – говорят медики.

А выпускница местной школы Мария Вадырова, пришедшая на открытие нового ФАПа, заметила:

– Мне кажется, теперь быстрее будем выздоравливать. И, если честно, сама подумываю о том, чтобы стать врачом. Выучусь, вернусь в родное село и буду лечить людей.

Алёна ЖУКОВА,  
спец. корр. «МГ».

Алтайский край.



Первые пациенты сельских медиков

## Работают мастера

## Коллективный подвиг

Врачи ФМБА России применили уникальные биомедицинские технологии, не имеющие аналогов в отечественной и мировой практике, для спасения больного с комбинированной травмой, несовместимой с жизнью.

В феврале 2015 г. 31-летний Денис Захаров пострадал в результате взрыва горючего вещества на производстве по переработке радиоактивных продуктов, вследствие чего получил тяжёлую ожоговую травму с общим поражением тела 85%.

В экстренном порядке была сформирована бригада быстрого реагирования, состоящая из хирурга, реаниматолога и врача-профпатолога. Специализированным для транспортировки тяжёлых больных самолётом ФМБА России, оборудованным реанимационным блоком, бригада вылетела на место происшествия – город Северск Томской области. Больному была оказана специализированная хирургическая помощь, начаты ранняя профилактическая интенсивная терапия, собраны необходимые пробы для определения начальной степени лучевого поражения. Организована прямая связь в режиме реального времени между руководством и бригадой для поминутного планирования процесса эвакуации пациента.

В те же сутки пострадавший был доставлен в Федеральный медицинский биофизический центр им.

А.И.Бурназяна ФМБА России, где для больного уже была развёрнута специализированная отдельная боксированная палата, подготовлена операционная. В течение получаса после поступления пациента в клинику были проведены все необходимые диагностические мероприятия.

Состояние пациента с течением времени прогрессивно ухудшалось, однако большим преимуществом являлось то, что все патологические процессы были спрогнозированы заранее благодаря комплексному коллегиальному подходу к лечению, не прекращавшемуся ни на минуту. Подобный подход позволил своевременно подготовить пациента к первому оперативному лечению и обеспечить возможность его неосложнённого перенесения.

Интенсивная терапия в условиях отделения реанимации проводилась с использованием всех доступных на данный момент новейших разработок в сфере оказания помощи пациентам в критических состояниях. Длительное время нарушенная функция выделительной системы замещалась путём использования аппарата «искусственная почка».

В хирургическом плане специалисты использовали наиболее прогрессивные технологии выполнения некрэксвектрэктомии, ранней и отсроченной, самые современные способы аутодермопластики, сочетающиеся с ранними реабили-

тационными мероприятиями. Тем не менее ведение пациента происходило не по имеющимся стандартам оказания помощи, а строго индивидуально. «Наиболее важным моментом на первом этапе лечения являлась организация многоуровневого мультидисциплинарного подхода к лечебному процессу, который позволил подготовить как пациента, так и клинику к плановым ситуациям, а также к развитию возможных осложнений в будущем. Такой подход является уникальным примером персонифицированной лечебной тактики и был реализован под руководством ФМБА России с привлечением всех ведущих учреждений системы» – пояснил врач-хирург ФМБЦ им. А.И.Бурназяна Илья Колышев.

Один из самых важных факторов в успешном лечении пациента – применение инновационных подходов с использованием клеточных технологий. Методика интраоперационного использования аутологичных мезенхимальных мультипотентных стволовых клеток на уникальной несущей основе не имеет аналогов в отечественной и мировой медицине.

«Совершён коллективный подвиг во спасение человека, – считает Владимир Уйба. – Несомненно, решение такой сложной задачи стало возможно в первую очередь благодаря круглосуточной самоотверженной работе сотрудников центра, безграничному милосердию и уважению к жизни пациента».

Алексей ПАПЫРИН,  
корр. «МГ».

Москва.



В центре внимания

Возвращение лица

Первая трансплантация комплекса тканей лица успешно проведена в России. Эта уникальная операция сделана в Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова.

Военнослужащий 3 года назад получил сильнейшую электрическую травму головы, шеи и конечностей. Его лицо выглядело обезображенным. В результате он впал в тяжёлую депрессию.

По мнению консилиума врачей, помочь ему могла только трансплантация комплекса тканей лица. Чтобы её выполнить, были задействованы возможности Минобороны, Минздрава и ФМБА России. Благодаря этому в мае нынешнего года в ВМА им. С.М.Кирова проведена сложнейшая операция, которая длилась более 18 часов.

О том, как она завершилась, было рассказано на специальной пресс-конференции, прошедшей на днях в Министерстве обороны РФ.

– Это 32-я в мире операция по аллотрансплантации комплекса тканей лица, – пояснила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. – Россия стала восьмой страной, которая по уровню высоких технологий смогла осуществить подобное комплексное вмешательство. Для этого потребовался колоссальный комплексный труд большого количества специалистов: трансплантологов,

иммунологов, хирургов, терапевтов, реаниматологов, инфекционистов.

Министр подчеркнула, что единственно возможным методом лечения для этого конкретного больного была частичная трансплантация лица от донора-трупа. Однако здесь возникало много вопросов. Например, требовалось внесение изменений в существующую нормативную базу и фактически выпуск отдельного приказа Минздрава России о возможности проведения такой операции в связи с необходимостью спасти жизнь человека. А дальше был составлен алгоритм чётких поэтапных действий. Ошибка должна была быть исключена. Поэтому были созданы цифровые и 3D-модели лица реципиента, на которых многократно «обкатывалась» предстоящая операция. Кроме того, предтрансплантационный протокол обследования реципиента был проведён в соответствии с мировыми стандартами по 36 позициям.

– Сегодня уже можно сказать, что операция проведена успешно, – подчеркнула министр. – Для российской медицины она стала знаковым событием, взятием новой планки развития сразу в нескольких направлениях.

Чтобы найти подходящего донора, были задействованы центры, находящиеся в 28 регионах (от Мурманска до Владивостока),

опираясь на созданную трёхуровневую систему координации донорства органов и тканей человека ФМБА России с использованием электронной системы ведения карт потенциального донора.

Заведующая кафедрой пластической и реконструктивной хирургии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова, доцент кафедры военной травматологии и ортопедии ВМА им. С.М.Кирова Мария Волох с бригадой хирургов провела непосредственно трансплантацию. В результате удалось обеспечить полноценное кровоснабжение и жизнеспособность трансплантата, а также провести мероприятия по предупреждению отторжения пересаженного участка лица.

В ближайшее время пластические хирурги выполнят небольшую корректирующую операцию. Она поможет ещё более улучшить внешний вид реципиента. И только после этого он будет переведён на амбулаторное лечение при ВМА им. С.М.Кирова.

Подобные операции в ближайшее время перестанут быть чем-то из ряда вон выходящим. Так считает начальник ВМА им. С.М.Кирова Андрей Бельских.

Павел АЛЕКСЕЕВ.  
МИА Сити!

Москва.

Однако

Столичные частные клиники, проводящие медицинские обследования трудовых мигрантов, заподозрили в халатности. Мэр Москвы Сергей Собянин поручил усилить контроль за качеством этих услуг. Подозрительным показалось то, что врачи частных медицинских учреждений выявляют опасные инфекционные заболевания у трудовых мигрантов в 23 раза реже, чем специалисты государственных ЛПУ. На это обратили внимание в столичном Роспотребнадзоре.

По итогам проверки столичного Роспотребнадзора, в январе-мае нынешнего года такие клиники обследовали в общей сложности более 170 тыс. человек. Опасные инфекционные заболевания были выявлены у 261 пациента, то есть менее 0,15% от числа обследованных. А государственные столичные медучреждения осмотрели около 81 тыс. человек, обнаружив инфекции у 2,8 тыс. – 3,5% от общего числа.

Ознакомившись с результатами проверки, С.Собянин в ходе оперативного совещания поручил

Неприятные частности частных клиник



«Это может свидетельствовать о низком качестве проведения необходимых анализов. Однако более вероятной причиной является недобросовестное поведение отдельных руководителей частных клиник, вовлечённых в незаконную деятельность по выдаче липовых медицинских справок», – отметили в ведомстве.

В настоящее время медицинское освидетельствование гастарбайтеров проводят 43 медорганизации, из них 36 являются частными.

разработать и принять меры для улучшения качества медицинских обследований гастарбайтеров. «Отсутствие опасных заболеваний – принципиально важный фактор, наряду с наличием полиса добровольного медицинского страхования, который необходим иностранцам при устройстве на работу в России», – подчеркнул столичный глава.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,  
обозреватель «МГ».

Москва.

Официально

В общих интересах

В Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека под председательством руководителя Роспотребнадзора Анны Поповой состоялось 9-е заседание Консультативного совета по защите прав потребителей государств – участников СНГ.

Члены совета заинтересованно и всесторонне обсудили большой круг вопросов, представляющих взаимный интерес, проинформировали друг друга о наиболее актуальных аспектах проводимой работы,

основных направлениях совершенствования и развития национального законодательства в области защиты прав потребителей, имеющихся проблемах в этой сфере.

С особым воодушевлением

участниками заседания было воспринято решение Совета глав правительств СНГ, недавно прошедшего в Таджикистане, на котором рассматривался и получил высокую оценку разработанный и представленный Консультативным советом по защите прав потребителей государств – участников СНГ доклад «О повышении уровня финансовой грамотности и развитии финансового образования в государствах – участниках СНГ».

Яков ЯНОВСКИЙ.  
МИА Сити!

Подписка-2016

Заканчивается подписная кампания

ПОДПИСКА-2016  
ПЕРВОЕ ПОЛУГОДИЕ

ОБЪЕДИНЕННЫЙ КАТАЛОГ  
1 Российские и зарубежные газеты и журналы  
2 Книжки и учебники

ПРЕССА РОССИИ  
1 ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ  
1 том

Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России продолжается подписка на периодические издания на первое полугодие 2016 г.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2016».

Для быстрого оформления достаточно знать номер подписного индекса «МГ» в зависимости от желаемого периода:

- 50075 – на месяц;
- 32289 – на полугодие;
- 42797 – на год.

Физические лица также могут подписаться

на «МГ» через редакцию по льготным ценам, направив заявку по электронной почте: [mg.podpiska@mail.ru](mailto:mg.podpiska@mail.ru). или по почте: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.

Справки по телефонам: 8-495-608-7439, 681-3596, 8-916-271-0813. О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте [www.mgzr.ru](http://www.mgzr.ru)

|                           |                |            |            |                       |   |   |   |   |    |    |    |
|---------------------------|----------------|------------|------------|-----------------------|---|---|---|---|----|----|----|
| Министерство связи        |                |            |            |                       |   |   |   |   |    |    |    |
| АБОНЕМЕНТ НА ГАЗЕТУ       |                |            |            |                       |   |   |   |   |    |    |    |
| <b>Медицинская газета</b> |                |            |            |                       |   |   |   |   |    |    |    |
| (индекс издания)          |                |            |            |                       |   |   |   |   |    |    |    |
| Количество комплектов     |                |            |            |                       |   |   |   |   |    |    |    |
| на 2016 год по месяцам    |                |            |            |                       |   |   |   |   |    |    |    |
| 1                         | 2              | 3          | 4          | 5                     | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Куда                      |                |            |            |                       |   |   |   |   |    |    |    |
| (почтовый индекс)         |                |            |            |                       |   |   |   |   |    |    |    |
| (адрес)                   |                |            |            |                       |   |   |   |   |    |    |    |
| Кому                      |                |            |            |                       |   |   |   |   |    |    |    |
| ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА      |                |            |            |                       |   |   |   |   |    |    |    |
| на газету                 |                |            |            |                       |   |   |   |   |    |    |    |
| (индекс издания)          |                |            |            |                       |   |   |   |   |    |    |    |
| <b>Медицинская газета</b> |                |            |            |                       |   |   |   |   |    |    |    |
| Стоимость                 | подписки       | _____ руб. | _____ коп. | количество комплектов |   |   |   |   |    |    |    |
|                           | пере-адресовки | _____ руб. | _____ коп. | тов                   |   |   |   |   |    |    |    |
| на 2016 год по месяцам    |                |            |            |                       |   |   |   |   |    |    |    |
| 1                         | 2              | 3          | 4          | 5                     | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Куда                      |                |            |            |                       |   |   |   |   |    |    |    |
| (почтовый индекс)         |                |            |            |                       |   |   |   |   |    |    |    |
| (адрес)                   |                |            |            |                       |   |   |   |   |    |    |    |
| Кому                      |                |            |            |                       |   |   |   |   |    |    |    |



**Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова выступила на заседании правительственной комиссии по вопросам социально-экономического развития Северо-Кавказского федерального округа в Махачкале. Его провёл председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев.**

#### Учитывая особенности

— Прошло практически ровно 3 года с момента, когда мы в Махачкале обсуждали вопросы здравоохранения в Северо-Кавказском округе, — сказала В.Скворцова. — И тогда мы определили первоочередные задачи, пути их решения. Сегодня уже можно подвести определённые итоги трёхгодичной работы и сказать о том, что многое изменилось к лучшему и в состоянии здоровья населения Северо-Кавказского федерального округа, и в организации здравоохранения.

Прежде всего, необходимо подчеркнуть особенности возрастной структуры населения СКФО. Это более молодое население по сравнению с Российской Федерацией в целом. Удельный вес детей в структуре составляет 24%, а доля пожилого населения — лишь 16%, тогда как в целом по стране обратная ситуация — 17 и 23,5% соответственно.

Этим во многом объясняется сложившаяся в СКФО демографическая ситуация — более высокая рождаемость и более низкие показатели общей смертности. Нужно сказать, что относительное исключение составляет лишь Ставропольский край, где возрастной состав и демографические показатели приближены к среднероссийским.

За 3 года младенческая смертность в округе снизилась на 19,2% (на конец 2014 г. с 14,6 до 11,8 на тысячу родившихся живыми детей), за 9 месяцев текущего года — ещё на 14% (до 9,9 промилле). Материнская смертность снизилась на 9,4% (фактически с 14 до 12,6 на 100 тыс. родов).

И тем не менее эти показатели существенно ниже, чем достигнутые в среднем по стране. Поэтому нужно продолжать активную работу, механизмы которой уже опробованы.

В Северо-Кавказском федеральном округе до сих пор продолжается формирование трёхуровневой системы оказания медицинской помощи. Совместно с регионами проведена работа по анализу территориального планирования медицинской инфраструктуры. На сегодняшний день дефицит медицинских организаций первичного звена — ФАПов, фельдшерских пунктов, врачебных сельских амбулаторий — составляет около 300 единиц. Дефицита нет в республиках Кабардино-Балкарской, Карачаево-Черкесской и Ингушетии. Самая сложная ситуация в Ставропольском крае, где фактически — две трети от общего дефицита по округу. Очевидно, что в этом случае страдает амбулаторная помощь населению, и число амбулаторных посещений на одного жителя в год в Северо-Кавказском округе пока остаётся сниженным по сравнению со среднероссийским — 7,6 против 9,1.

В то же время число профилактических посещений существенно выросло, особенно за 2014-2015 гг., и дошло фактически до среднероссийской нормы. Охват диспансеризацией населения округа составляет 82%. Еженедельный мониторинг эффективности работы участковой службы, который Минздрав России проводит с апреля это-

го года, показал, что средняя численность прикрепленного населения на терапевтическом участке составляет по округу 1991 человек. Самая высокая — в Дагестане, примерно 2300, в Ставропольском крае — 2230, при расчётном нормативе 1800. Результаты данного мониторинга свидетельствуют о повышенной интенсивности работы скорой медицинской помощи. При среднем по стране показателе 6,5 вызова в неделю на один терапевтический участок в округе этот показатель существенно

пострадавших при ДТП госпитализируются в непрофильные учреждения.

В.Скворцова обратила внимание на необходимость выполнения обязательных для всей страны порядков оказания медицинской помощи. Для чего эта инфраструктура и создавалась.

В соответствии с поручением правительства Минздравом России совместно с главными внештатными специалистами разработана и внедрена система ежемесячного мониторинга ключевых индикаторов качества

и прогноз до конца года — почти 28 тыс. Вместе с тем по подушевому нормативу это на 22% ниже среднероссийского уровня, что свидетельствует о недостаточном направлении всех нуждающихся на высокотехнологичное лечение.

Важно отметить, что в пределах самого округа высокотехнологичную помощь получили всего 20%, 80% получили её в других регионах страны. При этом в Ингушетии — всего 1%, в Кабардино-Балкарии — 2%, в Карачаево-Черкесии и Чеченской Республике — 4%.

высилась доступность лекарств и улучшилось управление лекарственными товарными запасами. Ситуация с отсроченными рецептами существенно улучшилась, в настоящее время стабильная.

Однако необходимо обратить внимание, что средняя стоимость одного выписанного рецепта в Северо-Кавказском федеральном округе значительно превышает среднюю стоимость рецепта в целом по Российской Федерации, в некоторых регионах в 6-7 раз, и, безусловно, это требует очень

#### Итоги и прогнозы

# В лучшую сторону

## В системе здравоохранения Северного Кавказа происходят весьма обнадеживающие изменения



Махачкала: в кабинете педиатра

выше, что свидетельствует о недостаточном диспансерном наблюдении лиц с хроническими заболеваниями и, по сути, замещении работы первичного звена дорогостоящей скорой помощью по любому, в том числе не экстренному, поводу.

Обеспеченность населения округа койками приближена к оптимальной. Среднее число дней занятости койки в году — 327, длительность лечения пациента соответствует среднероссийским показателям. При этом есть исключения. Например, Республика Ингушетия, где обеспеченность койками низкая и составляет 49 на 10 тыс. населения, то есть практически в 2 раза ниже, чем по России, а также Кабардино-Балкария, где обратная ситуация: необоснованно завышенная обеспеченность койками — более 83 на 10 тыс. населения.

#### Требуется строгое исполнение

Для оказания медицинской помощи пациентам с острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями и пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях за последние 3 года в округе было создано 22 сосудистых центра, 16 первичных и 6 региональных, 56 травмоцентров разного уровня. Хотя формально создана необходимая инфраструктура, маршрутизация пациентов до сих пор часто нарушается. 34% больных с острым коронарным синдромом, 9% больных с инсультами, 22%

медицинской помощи, непосредственно влияющих на смертность от основных причин. Уже за короткий период (с мая по сентябрь 2015 г.) выявлены существенные положительные тенденции в оказании медицинской помощи населению. На 27% увеличилась доля больных с острым коронарным синдромом, которым выполнен своевременно тромболитический — это почти 700 дополнительно спасённых жизней. На 15% вырос объём стентирования и ангиопластики, которые относятся к высокотехнологичной медицинской помощи, — практически на тысячу человек. В 5 раз увеличилась доля больных с ишемическим инсультом, которым проводится системный тромболитический. Тем не менее этот показатель в несколько раз ниже, чем средний по Российской Федерации, и здесь нужно работать дальше.

Увеличилась и доля пострадавших в результате ДТП, госпитализированных по адресу в травмоцентры первого и второго уровня, — на 1,5 тыс. человек. Однако если увеличение по округу составило 2,4%, то по стране — 12%.

— И хотелось бы поблагодарить руководство Ставропольского края за то, что здесь достигнут максимальный в стране рост — на 33% — направленных туда после аварии, — уточнила министр. — В 2014 г. в округе высокотехнологичную помощь получили 25 тыс. человек, что почти на 3% больше, чем в 2013 г. За 9 месяцев текущего года — 19 тыс. человек,

#### Кадры и ещё раз кадры

Есть и другие показатели, которые обращают на себя внимание. Обеспеченность врачами в Северо-Кавказском федеральном округе несколько ниже, чем в стране, — 34,5 на 10 тыс. населения, но с учётом того, что 80% объёмов высокотехнологичной медицинской помощи жителям округа оказывается вне пределов округа, это количество при правильной сбалансированности достаточно для оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий.

— Исключение представляет Чеченская Республика, где обеспеченность врачами остаётся низкой — 25,3 на 10 тыс. населения, — подчеркнула министр. — Но при этом за 9 месяцев этого года положительная динамика в Чеченской Республике, чрезвычайно высока, это седьмое рейтинговое место среди всех регионов нашей страны. В Республике Северная Осетия (Алания) избыточное количество врачей — в 1,5 раза превышает среднероссийский показатель и в 1,8 раза — средний показатель по округу.

Обеспеченность сельского населения врачами выше, чем в стране. Положительно отразилась на кадровой ситуации реализация программы «Земский доктор». За период с 2012 по 2014 г. практически 2 тыс. молодых специалистов пришли работать в сельские населённые пункты и рабочие посёлки. Среди лидеров в реализации этой федеральной программы — Северная Осетия (Алания) и Ставропольский край. В соответствии с запланированными объёмами они решили проблему с сельскими врачами на своих территориях. В то же время в 2015 г. существенно замедлилась реализация программы «Земский доктор», и на 1 ноября заключены договоры только в Чеченской Республике и Ставропольском крае, что составляет 10% от общей численности запланированного объёма по округу.

Обеспеченность населения средним персоналом ниже среднероссийского показателя.

#### К лекарствам и рецептам

Анализ реализации льготного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан за счёт средств федерального бюджета за 3-летний период показывает, что значительно по-

серьёзного анализа. В целях экономии бюджетных средств всех уровней и выравнивания цен на лекарства следует обеспечить переход на централизованные закупки лекарственных препаратов, на которые в настоящее время полностью перешли только Кабардино-Балкария и Ставропольский край. Необходимо также провести мероприятия по рациональному назначению лекарств только по международным непатентованным наименованиям и особое внимание уделить закупке дженериков.

Следует также отметить неравномерность ситуации в округе с обеспечением обезболоживающими пациентами со злокачественными образованиями — это и наркотики, и другие неинвазивные анальгетические препараты центрального действия. В среднем по округу обеспеченность соответствует среднероссийской, но есть регионы, где она существенно ниже — в 6-10 раз.

Выявлены также нарушения с использованием дорогостоящего медицинского оборудования, примерно в половине регионов округа. Простой компьютерных и магнитно-резонансных томографов, ангиографов — конечно, это абсолютно неприемлемое.

Финансовое обеспечение ОМС в регионах Северо-Кавказского федерального округа отличается от других территорий тем, что регионы меньше собирают взносов, чем получают денег из федерального ОМС. В целом по округу эта разница составляет 12 млрд руб.

— Особенно это заметно в Республике Дагестан, которая получает на 4,4 млрд руб. больше по сравнению с собранными взносами, и в Ставропольском крае — на 2,6 млрд, — пояснила министр. — Хотелось бы ещё раз, во-первых, указать на риск невыполнения прямых обязательств и повторить прямое поручение Президента Российской Федерации, которое на этой неделе прозвучало по результатам совещания ОНФ, о том, что все главы субъектов РФ должны обеспечить бюджет по здравоохранению не ниже уровня 2015 г. Строительство объектов системы здравоохранения в субъектах округа осуществляется в рамках двух программ — «Модернизация здравоохранения» (это перинатальные центры) и «Развитие Северо-Кавказского федерального округа».

Павел АЛЕКСЕЕВ.



## Ситуация

# Болезнь совместительства

## Эксперты ОНФ: надо избавить отечественную медицину от этой привычной практики

Распространённая практика работы врачей и медсестёр на 1,5-2 ставки противоречит задачам, поставленным майским указом Президента РФ, поскольку в результате происходит существенное снижение качества медицинских услуг. К таким выводам пришли аналитики центра Общероссийского народного фронта (ОНФ) по независимому мониторингу исполнения указов главы государства «Народная экспертиза» в ходе мониторинга исполнения указа № 598 по обеспечению здравоохранения медицинскими кадрами. Эксперты ОНФ считают, что необходимо избавить отечественную медицину от этой «хронической болезни».

### В ваших руках – здоровье и жизнь пациентов

Поскольку рабочая нагрузка должна иметь разумные пределы, статьёй 248 Трудового кодекса РФ определено, что продолжительность рабочего времени при совместительстве не может превышать половины месячной нормы рабочего времени. Трудно переоценить значение этого правила для медиков, в чьих руках здоровье и жизнь пациентов, отмечает ОНФ. Однако опросы и исследования, которые проводит центр «Народная экспертиза» в рамках мониторинга исполнения майских указов Президента РФ, свидетельствуют о том, что на самом деле медики могут работать и более чем на полторы ставки.

«Мои 29 тыс. руб. в месяц удаётся получать, отрабатывая положенные по ставке 163 часа плюс 145 часов за дополнительные 0,9 ставки, и ещё ночные дежурства», – говорит медсестра кардиологического центра из Новосибирска.

О том, что работают по совместительству, в ходе опросов признали фельдшер скорой помощи из Алтайского края, хирург высшей категории из Северной Осетии, участковый терапевт, физиотерапевт и дежурный врач в одном лице из Чулымской районной больницы и другие респонденты. В той же Чулымской больнице, по словам медиков, штат укомплектован лишь на 40%. И такая картина наблюдается повсеместно.



Зарплата врачей должна расти не только за счёт совместительства

По мнению экспертов центра, помимо того, что медики стремятся за счёт совмещения должностей компенсировать, как правило, скромную зарплату, они бывают просто вынуждены брать дополнительную нагрузку, фактически замещая коллег, сокращённых в ходе «оптимизации» здравоохранения.

По данным Росстата, число незаполненных вакансий врачей и средних медицинских работников на конец 2014 г. составило 143,9 тыс. При этом в прошлом году в системе здравоохранения было сокращено 90 тыс. медработников. Аналитики «Народной экспертизы» считают, что есть прямая связь между этими цифрами и тем, что коэффициент совместительства врачей по итогам 2014 г., по данным Счётной палаты РФ, составил 1,5

ставки, а среднего медицинского персонала – 1,3 ставки.

### Нет ничего более постоянного, чем временное

Столь высокий показатель совместительства эксперты центра объясняют также тем, что, несмотря на наличие ст. 248 Трудового кодекса РФ, действует постановление Минтруда России № 41 от 30.06.2003. В соответствии с ним в городах, районах и иных муниципальных образованиях, где имеется недостаток врачей и среднего медицинского персонала, допускается устанавливать продолжительность работы по совместительству в пределах месячной нормы рабочего времени.

Необходимость этого документа

была связана с образовавшейся в начале 2000-х годов катастрофической нехваткой медработников в отдельных регионах страны. Тогда это воспринималось как временная мера, но действие документа и по сей день не отменено. Хотя сказанное не предусмотрено ни в Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 гг. (утверждена распоряжением Правительства РФ № 2190-р), ни в программных документах Минтруда и Минздрава России.

«Получается, что норма, прописанная 12 лет назад, позволяет региональным органам здравоохранения и руководителям медицинских организаций на законных основаниях увеличивать нагрузку на оставшихся после сокращения штатов медработников, – констатирует директор центра «Народная экспертиза» ОНФ Николай Николаев. – Но насколько адекватным может оказаться лечение, скажем, ребёнка, назначенное замученным суточным дежурством врачом-офтальмологом, по совместительству педиатром? Понятно, что в такой ситуации о качестве медицинских услуг говорить не приходится. Более того, рекомендации и назначения врача-совместителя могут оказаться ошибочными».

### Выполнено, однако...

Н.Николаев также напомнил, что в рамках майского указа № 598 Правительству РФ было дано поручение разработать

комплекс мер по обеспечению здравоохранения медицинскими кадрами, и ещё в июне 2013 г. это поручение было снято с контроля. Оно считается выполненным, но, как показывает практика, системе здравоохранения всё ещё не удаётся выйти из затянувшегося кадрового кризиса. В результате проблема совместительства не теряет своей остроты.

В апреле этого года фонд «Общественное мнение» проводил исследование в 85 регионах, в ходе которого выяснилось, что нехватку врачей-специалистов россияне считают наиболее острой проблемой здравоохранения (46%). А уже в мае придерживающихся такой точки зрения стало более половины опрошенных (51%). На второе место по результатам майского опроса вышла проблема низкой квалификации врачей (22%).

«Необходимо вести речь об активных действиях по всем направлениям – от совершенствования системы вузовской подготовки и среднего специального образования до повышения престижа профессии, в том числе путём обеспечения достойного уровня оплаты труда. В ближайшей же перспективе решение проблемы лежит, на наш взгляд, в двух плоскостях: сбалансировать программу оптимизации здравоохранения с учётом потребности регионов и установить чёткие законодательные рамки совместительства в здравоохранении», – заключил Н.Николаев.

Константин ШЕГЛОВ,  
обозреватель «МГ».

## Инициатива

# Очень ценный экспресс-тест

## Обследование на ВИЧ – в шаговой доступности

Благодаря организации работы по низкороговому активному выявлению ВИЧ (экспресс-тестирование на ВИЧ в различных группах населения) в Свердловской области увеличен охват обследованием на ВИЧ уязвимых групп, недоступных для здравоохранения. Доля новых случаев, отмеченных при низкороговом доступе к услуге тестирования, составила в общем объёме 12%.

– Если бы не было этих 12%, мы могли бы заблуждаться по поводу реальной распространённости ВИЧ-инфекции в области, – считает Анжелика Подымова, главный врач Свердловского областного центра профилактики и лечения

ВИЧ-инфекции. – Однако этот результат не соответствовал бы реальной ситуации.

Свердловская область – единственный регион в России, где услуга низкорогового активного выявления ВИЧ начиная с 2008 г. предоставляется жителям в шаговой доступности и в ежемесячном режиме. За всё время работы более 80 тыс. человек узнали свой ВИЧ-статус во время уличных акций.

Так, в акции «Сделай экспресс-тест на ВИЧ!» задействованы многие города области. Только за 10 месяцев 2015 г. почти 13 тыс. свердловчан сделали тест на ВИЧ. Антитела к ВИЧ выявлены у 398 человек. Выявляемость ВИЧ-инфекции во время уличного тестирования составляет 3%, в то время как по официальным

данным в Свердловской области – 1,8%.

Низкороговое активное определение ВИЧ зарекомендовало себя как эффективный инструмент ранней диагностики заболевания. Оно используется специалистами не только на уличных акциях, но и в работе с группами повышенного риска.

В 2014-2015 гг. Свердловским центром по профилактике и борьбе со СПИДом была организована систематическая работа по раннему выявлению ВИЧ-инфекции в изоляторах временного содержания, в наркологии (при освидетельствовании на употребление психоактивных веществ), на уличных выездах. В целом же определение ВИЧ-инфекции среди потребителей

наркотиков методом экспресс-тестирования составляет 35%!

Результаты данной работы свидетельствуют о генерализации распространения ВИЧ-инфекции в области.

– В этих условиях ранняя констатация ВИЧ-инфекции – это почти панацея. Человек узнаёт о своём положительном ВИЧ-статусе, наблюдается у врача, вовремя начинает лечение, сохраняет своё здоровье и жизнь, а также здоровье и жизнь своих партнёров, поскольку при правильном приёме антиретровирусной терапии вирусная нагрузка в организме ВИЧ-положительного человека равна нулю. Вирус подавлен, – комментирует А.Подымова.

Узнать свой ВИЧ-статус можно бесплатно и анонимно в

любой поликлинике по месту жительства, в Свердловском областном центре по профилактике и борьбе со СПИДом и его филиалах. Также можно воспользоваться услугой низкорогового доступа – экспресс-тестированием на ВИЧ.

1 декабря, во Всемирный день борьбы со СПИДом, акции «Сделай тест на ВИЧ!» прошли во многих регионах области. В Екатеринбурге сделать экспресс-тест на ВИЧ можно было в центре города в мобильных пунктах Свердловского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

Елена ЛЬВОВА.

МИА Сити!

Екатеринбург.



Сегодня всё больше внимания уделяется роли некоммерческих организаций (НКО) в решении медико-социальных проблем. Свидетельство тому – участие Президента РФ в работе итогового форума НКО «Сообщество». И очень кстати, с марта по ноябрь 2015 г. Общественной палатой Российской Федерации проводились форумы НКО в 9 федеральных округах РФ с целью выявления состояния развития некоммерческого сектора, обсуждения проблем и возможных путей их решения, а также поддержки наиболее эффективных практик гражданской активности.

### Лучше, тоньше...

В своём выступлении на форуме Президент РФ отметил, что «государство всегда поддерживало и будет поддерживать «третий сектор», особенно те НКО, работа которых направлена на улучшение социальной среды».

В этом году на деятельность некоммерческих организаций выделено более 4 млрд руб. Конечно же, этого маловато. Однако в следующем году на социальные нужды предусмотрено направить уже целых 260 млрд.

Также глава государства заметил, что «социально ориентированные НКО часто лучше, чем государственные или даже муниципальные структуры понимают и чувствуют потребности и нужды людей; тоньше, эффективнее реагируют на эти проблемы». НКО могли бы эффективнее тратить государственные ресурсы, выделяемые на эти цели. В связи с этим он предложил выделять из хорошо зарекомендовавших себя общественных организаций социальной направленности те, которые способны решать задачи, стоящие перед государственными и муниципальными органами власти.

Одной из общественных организаций, которая в течение 3 лет своего существования смогла реализовать ряд социально значимых проектов и чья деятельность уже вполне может служить своего рода «моделью» для других общественных формирований, является общероссийская общественная организация «Союз женщин-врачей России», включающая в себя более половины (46) субъектов Федерации.

Отметим, что Союзу женщин-врачей России удаётся успешно работать без рубля финансирования со стороны государства или других стран.

### Большие и маленькие «женские секреты»

Одним из блоков деятельности этой общественной организации является помощь государственным органам власти РФ. Проявляется она в проведении научных исследований в области совершенствования организации здравоохранения и внедрении их результатов в практику. Такая работа

### Тенденции

# «Третий сектор» идёт вперёд

## В улучшении здоровья россиян открываются новые возможности



В кабинете главы Ступинского муниципального района Московской области проходит «мозговой штурм»

становится возможной вследствие того, что в Союз женщин-врачей России входят ведущие учёные страны, которые представляют через общественную организацию результаты своих изысканий.

Одно из проведённых исследований, например, касается совершенствования организационно-методической деятельности центров медицинской профилактики и центров здоровья Российской Федерации, по итогам которого издана монография.

К этому же блоку относится разработка организационно-методического обеспечения работы «школ материнства» женских консультаций и кабинетов здорового ребёнка детских поликлиник и внедрение имеющихся научно-методических пособий. Так, созданы «Национальная книга по уходу за детьми», учебный DVD-фильм «Развитие ребёнка», интернет-проект, на котором представляются электронная книга «Первый год жизни», статьи по актуальным проблемам педиатрии, форум-энциклопедия для родителей, программа по оценке развития детей, дистанционное обучение будущих и настоящих родителей по профилактике болезней детского возраста. Учёные создают подобные разработки и приглашают к сотрудничеству всех для систематизации имеющихся работ в данных направлениях. Все

проекты Союза женщин-врачей России бесплатны для врачей и населения, находятся в открытом доступе.

С помощью новых технологий (компьютерная версия KID-шкалы) проведено также скрининговое исследование состояния развития детей раннего возраста в субъектах Федерации, что вызвало большой интерес у врачей и родителей. Учёт получаемых различий по отдельным шкалам

научную и практическую значимость. При формировании достаточной базы данных Россия примет участие в сравнительном анализе уровня развития детей не только в регионах РФ, но и в разных странах.

Проведено исследование по комплексной оценке состояния здоровья школьников, обучающихся в общеобразовательных школах столицы, с определением ранговости болезней по классам. Разработаны организационно-функциональная модель комплексной профилактики болезней школьников младших классов и программа профилактических мероприятий, включающая общие для всех и индивидуальные назначения, в зависимости от выявленной ведущей патологии. Это поможет Департаменту здравоохранения Москвы, Минздраву России и Минобрнауки России в реализации программ оздоровления школьников в условиях образовательных учреждений.

Организация проводит своего рода экспертизу медико-социальной и экономической эффективности программ профилактики или, например, реабилитации. Это направление в России становится очень актуальным и представляет высокую значимость для государства в решении вопросов внедрения той или иной программы или технологии.

**НАША СПРАВКА.** Общественные организации в виде союзов или ассоциаций женщин-врачей функционируют почти в каждой стране, самостоятельно или в составе национальных медицинских палат или ассоциаций. Такие организации более чем 100 стран мира объединены во Всемирную ассоциацию женщин-врачей.

В 2012 г. Союз женщин-врачей был создан и в России (президент – доктор медицинских наук, профессор Ольга Гончарова), в 2013 г. – принят в Национальную медицинскую палату, в 2014 г. – во Всемирную ассоциацию женщин-врачей, которая утвердила Российскую Федерацию для проведения в 2016 г. конгресса ассоциаций женщин-врачей стран Центральной Европы, что является большой честью и в то же время ответственностью для России.

важен при разработке государственных программ Минздрава России, Департамента здравоохранения Москвы и при выборе моделей организации реабилитации детей в государственных медицинских организациях. Подход «Родители + компьютер» имеет государственную цен-

Союзом женщин-врачей выполнены исследования по медико-социальной и экономической эффективности программы скрининг-диагностики и профилактики сахарного диабета у детей. В этом исследовании представлены существующие программы ведения маленьких пациентов, больных

сахарным диабетом, показана актуальность проблемы профилактики, дана экономическая оценка последствий и осложнений сахарного диабета, его распространённость в Российской Федерации и показана медико-социальная значимость разработанных программ скрининг-диагностики и профилактики с помощью глюкометров.

Проведена оценка медико-социальной и экономической эффективности межведомственной программы профилактики зубочелюстных аномалий у детей для внедрения в субъектах Федерации.

### Заслуженное признание

В общественной организации осознают, как важно в своей деятельности иметь своего рода научно-практические площадки, на которых можно разрабатывать модели профилактики болезней населения. Одной из таких площадок для Союза женщин-врачей России стал Ступинский район Подмосковья, в котором разрабатываются и внедряются научно-практические программы профилактики болезней, осуществляется просветительская деятельность для населения, организована работа «родительского университета».

Это стало возможным благодаря поддержке и грамотно построенному взаимодействию с общественной организацией команды профессионалов, в которую входят глава администрации Ступинского района П.Челпан, его заместитель А.Рахимов и советник кандидат медицинских наук В.Чуднов, начальник отдела общественного здравоохранения и социальной защиты Ступинского района С.Ашурков, декан факультета усовершенствования врачей МОНКИ им. М.Ф.Владимирского профессор Б.Агафонов.

Совсем недавно Союз женщин-врачей России провёл в Ступине благотворительную акцию по вручению первого тиража «Национальной книги по уходу за детьми» будущим и настоящим родителям (руководитель проекта – депутат Государственной Думы РФ Г.Куранов, автор – О.Гончарова). Деятельность общественной организации подразумевает присоединение к данному проекту всех учёных из территорий, которые занимаются проблемами ухода, развития и вскармливания детей.

Реализация подобных проектов, которые нужны государственным органам власти для совершенствования системы здравоохранения, помощь в обеспечении научно-методическими разработками, осуществление просветительской деятельности для населения и врачей, проведение благотворительных акций и многое другое уже позволяет Союзу женщин-врачей России получать признание как в стране, так и за рубежом. И это только начало.

Александр ИВАНОВ,  
обозреватель «МГ».

### Проблемы и решения

# Как вернуть бесплатные лаборатории

Руководство Общероссийского народного фронта решило направить в Росздравнадзор и губернатору Еврейской автономной области свои замечания к плану решения проблем системы здравоохранения в ЕАО.

Росздравнадзор представил ОНФ результаты проверки организаций здравоохранения ЕАО, которую он провёл в сентябре 2015 г. – сразу после форума ОНФ «За качественную и доступную медицину!», где журналисты из этого региона подняли тему многочисленных нарушений в данной сфере.

Проблему сокращения бесплатных медицинских услуг в регионе поднял на форуме ОНФ по вопросам здравоохранения главный редактор одного из биробиджанских изданий Сергей Бурындин. Он рассказал, что в Еврейской автономной области в последнее время были ликвидированы бесплатные медицинские лаборатории, а на их месте созданы платные.

Росздравнадзор по итогам своей проверки подтвердил факт передачи права на оказание услуг по лабораторной диагностике в Биробиджане частной компании

«ТАФИ-Диагностика», в то время как в медицинских организациях города были ликвидированы собственные лабораторно-диагностические службы и экспресс-лаборатории. Это не позволяет своевременно проводить обследования в экстренных случаях. В акте проверки сообщается, что договоры аренды между коммерческими организациями и государственными медицинскими учреждениями заключены без проведения конкурсных процедур. В результате граждане вынуждены оплачивать часть лабораторных исследований сами, так как те

отсутствуют в территориальной программе госгарантий. Также Росздравнадзор обнаружил, что в регионе простаивает медоборудование, закупленное на общую сумму 161 млн руб. в рамках программы модернизации здравоохранения и Национального проекта «Здоровье».

«Мы будем рады, если ситуация с решением проблем в ЕАО сдвинется с мёртвой точки. Для этого необходимо устранить все возможные для этого предпосылки. В этой связи хочу обратить внимание на то, что в плане правительства ЕАО не упомянуты

все ответственные за его исполнение лица. Также смущает, что до сих пор не определены объёмы средств. Когда речь идёт о подготовке кадров, не упоминаются специалисты, которые должны работать на аппаратах компьютерной и магнитно-резонансной томографии, срок обучения которых составляет не менее 9 месяцев. При этом план не конкретизирован по пунктам замечаний Росздравнадзора, особенно в том, что касается лекарственных препаратов», – сообщила эксперт ОНФ, член комитета Госдумы РФ по охране здоровья Разиет Натхо.

Алексей ГАЛИНОВ.

МИА Сити!

Москва.



**Мероприятия, проводимые в Международный день недоношенных детей, призваны в очередной раз напомнить о необходимости профилактики преждевременных родов и об опасностях, связанных с ними. Так, по данным ВОЗ, на планете один из 10 детей рождается недоношенным (преждевременными считаются роды, произошедшие до 37-й недели беременности), и 1 млн новорождённых ежегодно умирает от осложнений таких родов.**

**Однако более трёх четвертей жизней недоношенных детей могут быть сохранены при наличии эффективной медицинской помощи.**

**Кто «донашивает» маленьких пациентов?**

### Учат дышать, есть...

В Челябинской области эта помощь организована комплексно. Женщины с угрозой преждевременных родов госпитализируются в межрайонные перинатальные центры и роддома, специализирующиеся на таких случаях. После рождения недоношенных детей выхаживают в отделениях патологии новорождённых в медицинских организациях Магнитогорска, Миасса и Челябинска, например, в областной детской больнице, которая располагает всеми возможностями для лечения таких малышей и их динамического наблюдения, в том числе посредством видеомониторинга. Центр восстановительной медицины и реабилитации «Вдохновение» создан для помощи недоношенным детям с различными неврологическими расстройствами, врождёнными пороками, болезнями эндокринной системы, патологиями костно-мышечной системы.

– Наши специалисты вооружены современным медицинским оборудованием, которое поступило, в том числе, по программе модернизации здравоохранения. И они выхаживают таких деток, учат их дышать, есть, видеть, слышать, одним словом, учат жить, – рассказывает главный педиатр Минздрава Челябинской области, главный врач Челябинской ОДКБ Галина Киреева. – Современные достижения медицины и квалификация врачей

позволяют значительно повысить качество жизни недоношенных детей, помочь им избежать инвалидности.

В Челябинской области, по данным регионального Минздрава, ежегодно происходит более 2 тыс. преждевременных родов. При этом примерно в 500 случаях в год рождаются дети с очень низкой (менее 1,5 кг) и экстремально низкой (менее 1 кг) массой тела.

в областной детской больнице, в Челябинской детской больнице № 8 и в Магнитогорской детской больнице № 3.

### Алтайские малютки

В Алтайском крае ежегодно рождается около 6% недоношенных детей от общего числа родившихся малышей (это соответствует общемировой статистике).

## Акценты

# Рождённые жить!

В разных городах страны отметили Международный день недоношенных детей



Праздник в Свердловской ОКДБ № 1 в самом разгаре

– Когда рождается недоношенный ребёнок, ему должно уделяться особое внимание, – подчёркивает заместитель начальника Управления организации медицинской помощи детям и матерям Минздрава Челябинской области Эльвира Домрачева. – Этапы выхаживания довольно длительные, до нескольких месяцев. Но и по их окончании необходимо отслеживать дальнейшую судьбу и мониторить здоровье детей, рождённых раньше срока. Для этого работают кабинеты катамнеза

В ноябре на мероприятии, посвящённом Дню недоношенного ребёнка, которое проводилось в Перинатальном центре Алтайского края, выступила главный врач учреждения Елена Ершова и другие специалисты центра.

Большой радостью для медиков была встреча с детками, которые родились недоношенными именно в этой больнице. На праздник были приглашены также их родители и мамы недоношенных детей, находящихся в данный момент на лечении.

– Главная цель нашей встречи, – отметила Елена Ершова, – фор-

мирование верного информационного пространства, в котором живут семьи с недоношенными детьми. На сегодняшний день существует много мифов, касающихся недоношенных детей, которые зачастую пугают родителей, создают барьеры на пути к полноценной и счастливой жизни семьи.

В связи с этим специалисты осветили наиболее важные вопросы, касающиеся особенно-

центре ОДКБ № 1, где им могут оказать весь комплекс медицинских услуг для сохранения жизни и здоровья малыша.

Праздничное мероприятие продолжил концерт с участием «выпускников» отделения. Дети пели песни, читали стихи, в которых выражали свою благодарность медицинскому персоналу за заботу, тепло и терпение.

– Выхаживание маловесных

стей недоношенных детей (это физиология и развитие, грудное вскармливание, взаимодействие матери и ребёнка, современные подходы к адаптации), ответили на вопросы матерей и журналистов.

В этот день немало добрых слов прозвучало в адрес врачей, которые сумели спасти и поддержать маленькие жизни.

### По мировым стандартам

В областном перинатальном центре Свердловской ОДКБ № 1 состоялся праздник для пациентов, родившихся недоношенными и получивших лечение в отделениях для новорождённых. Большинство из них прошли лечение в отделении реанимации. Эти малыши родились раньше положенного срока, вес многих был менее 1 кг, врачи выхаживали их по несколько месяцев.

Открыла мероприятие главный педиатр Минздрава Свердловской области Любовь Малямова, отметив значимость такого дня как важной составляющей в привлечении внимания к недоношенным детям. Любовь Николаевна акцентировала внимание на возможности оказания помощи матерям с риском преждевременных родов в одном месте – областном перинатальном

детей – это общая работа медицинского персонала и родителей, и сегодня мы рады видеть наших маленьких пациентов счастливыми, весёлыми и слышать их звонкий смех. Хорошо, что в такой праздник мы можем встретиться с ними и пообщаться. От лица всего коллектива хочу пожелать здоровья, счастья и успехов на их долгом жизненном пути, – поделился начальник неонатальной службы ОДКБ № 1 Фарид Мухаметшин.

По его словам, в 2014 г. выживаемость детей с экстремально низкой массой тела в Свердловской области составила 76%, что на 3% выше, чем в 2013 г. В областном перинатальном центре выживаемость детей с массой тела при рождении от 500 до 1000 г составила 85%.

Организационные и лечебные меры, формирование трёхуровневой системы оказания помощи в области позволили снизить уровень младенческой смертности в 2014 г. до 6,3 промилле, а уровень неонатальной смертности до 2,9 промилле. За 9 месяцев 2015 г. младенческая смертность составила 5,3 промилле – такой показатель является средним для наиболее благополучных стран мира.

Алёна ЖУКОВА,  
корр. «МГ».

Москва.

## Начало

**Губернатор Ульяновской области Сергей Морозов и депутат Государственной Думы РФ Григорий Балыхин открыли новые современные обучающие классы на базе Ульяновского фармацевтического колледжа Минздрава России.**

«В Ульяновской области готовится к открытию ряд крупных лечебных учреждений, только в Димитровграде в ближайшие 3 года для работников отрасли здравоохранения будет создано порядка 4 тыс. рабочих мест, – отметил глава региона. – Также уже в следующем году в регионе будут работать федеральный перинатальный центр, центр женского здоровья, две новые детские поликлиники в Дальнем Засвияжье. В связи с этим подготовка кадров как врачебного, так и среднего звена сегодня – вопрос очень значимый. Все эти новые больницы и поликлиники в Ульяновской области будут оснащены самым современным оборудованием, мы заинтересованы в том, чтобы уже на этапе обучения студенты могли получать знания при помощи передовых технологий».

Ульяновский фармацевтический колледж, находящийся в

прямом подчинении федеральному Минздраву, на протяжении 45 лет готовит специалистов по лабораторной диагностике для всех регионов России. За это время обучено более 4 тыс. человек, порядка 90% из них остались работать в Ульяновской области.

В новом симуляционном центре отработки практических навыков по специальности «лабораторная диагностика» открыто 3 обучающих класса: кабинет микроскопического анализа, лаборатория гематологического анализа, кабинет обработки изделий медицинского назначения. Все манипуляции на современном оборудовании учащиеся могут проводить в условиях, приближенных к практическому здравоохранению.

Планируется, что на базе нового симуляционного центра будут проходить обучение не только

учащиеся колледжа, но и смогут повышать квалификацию, не выезжая за пределы региона, уже работающие в ульяновском здравоохранении медицинские лаборанты.

«Специалист по лабораторной диагностике – очень востребованная специальность на рынке труда, поскольку от профессионализма этих медиков зависит правильная постановка диагноза и тактика дальнейшего лечения заболеваний. В настоящее время из 184 студентов, обучающихся лабораторной диагностике, 35 – ребята с ограниченными возможностями по слуху, поэтому новый симуляционный центр – это большое подспорье для них», – заявил заместитель председателя правительства – министр здравоохранения Ульяновской области Павел Дегтярь.

Для данного учебного заве-

дения это уже третий симуляционный центр. Так, в прошлом году на базе учебного заведения открыт учебный класс последипломной подготовки кадров по диализу и мини-клиника для отработки навыков с роботами-симуляторами для студентов специальностей «сестринское дело» и «лечебное дело».

«Не во всех регионах России есть такие центры, наш – один из самых современных. Три класса для будущих медицинских лабораторных техников и технологов оснащены цифровыми микроскопами – микровизорами, то есть мы можем получать, обрабатывать и сохранять цифровые изображения микрообъектов, – сказала преподаватель колледжа Екатерина Чекмарёва.

– При помощи новых интерактивных досок можем выводить полученные изображения на

всеобщее обозрение и обсуждать их со студентами, больше не надо по очереди смотреть в микроскопы. Наши ребята теперь имеют все возможности для отработки навыков клинического исследования крови, других биологических жидкостей, санитарно-бактериологических исследований воды, воздуха, инструментария, перевязочного материала. Сегодня деятельность лабораторного технолога не ограничивается работой с пробирками, необходимо уметь пользоваться комплексом современного диагностического оборудования, позволяющего получать точную и достоверную информацию в ходе исследования», – добавила она.

Ян РИЦКИЙ.

МИА Сити!

Ульяновск.



## КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 82 (1934)

## Диагностика

Диагноз острого аппендицита устанавливается по совокупности данных анамнеза, осмотра и ряда лабораторно-инструментальных способов диагностики. В большинстве случаев диагноз может быть определён только на основании клинической картины без применения дополнительных методов исследования. Несмотря на это, обязательным является проведение ряда диагностических исследований.

Обязательно выполнение клинического анализа крови, в котором выявляются неспецифические изменения, характерные для воспалительного процесса: лейкоцитоз (обычно до  $12-17 \times 10^9/\text{мл}$ ) со сдвигом формулы влево и увеличение СОЭ, хотя эти изменения не всегда регистрируются при остром аппендиците.

На современном этапе больным с острыми болями в животе показано проведение ультразвукового исследования, которое позволяет выявить изменения, характерные как для острого аппендицита, так и для органов брюшной полости и малого таза, которые могут давать схожую с острым аппендицитом клиническую картину. Для получения достоверной информации исследование должен проводить специалист, хорошо знающий анатомические особенности органов брюшной полости у детей в норме и патологии.

Ультразвуковое исследование позволяет выявить червеобразный отросток, который при развитии воспаления в нём определяется как неперистальтирующая тубулярная структура с утолщёнными, гипоехогенными стенками, просвет которой заполнен неоднородным жидкостным содержимым или каловым камнем. Вокруг отростка определяется скопление жидкости, может визуализироваться отёчный салник, прилежащий к аппендиксу, увеличенные мезентериальные лимфатические узлы с гипоехогенной структурой.

Ультрасонография также позволяет обнаружить осложнённые формы аппендицита, в первую очередь аппендикулярный инфильтрат и периаппендикулярный абсцесс.

Диагностическая лапароскопия – единственный способ визуальной оценки состояния червеобразного отростка. Применение диагностической лапароскопии в сомнительных случаях позволяет не только установить наличие или отсутствие воспаления в червеобразном отростке, но и при исключении диагноза острого аппендицита провести щадящую ревизию органов брюшной полости и более чем у 1/3 больных выявить истинную причину болей в животе.

При сомнениях в диагнозе необходима госпитализация ребёнка в хирургический стационар и проведение динамического наблюдения, которое не должно превышать 12 часов. Осмотр проводится каждые 2 часа, о чём делается запись в истории болезни с указанием даты и времени осмотра. Если по истечении 12 часов наблюдения диагноз не удаётся исключить, показано выполнение оперативного вмешательства или диагностической лапароскопии.

## Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз проводят с рядом заболеваний, при которых могут наблюдаться острые боли в животе.

**Плевропневмония**, особенно у маленьких детей, может сопровождаться болями в животе. Клинические и рентгенологические признаки пневмонии достаточно типичны, и сложности в диагностике обычно возникают только в самом начале заболевания. При сомнениях в диагнозе динамическое наблюдение позволяет исключить диагноз острого аппендицита.

**Кишечные инфекции** сопровождаются болевым абдоминальным синдромом, однако в подавляющем большинстве случаев для них характерны тошнота, многократная рвота, жидкий стул, схваткообразные боли в животе, выраженная лихорадка. При этом живот, как правило, остаётся мягким, отсутствуют симптомы раздражения брюшины. Динамическое наблюдение также позволяет исключить наличие острой хирургической патологии. В случае сохранения абдоминального синдрома в течение 12 часов необходима диагностическая лапароскопия или лапаротомия.

**Вирусные респираторные заболевания** часто сопровождаются болями в живо-

те. Тщательный сбор анамнеза, клиническое обследование, ультрасонография, рентгенография грудной клетки и динамическое наблюдение позволяют исключить диагноз острого аппендицита.

**Абдоминальный синдром болезни Шенлейна – Геноха** сопровождается резкими болями в животе, тошнотой, рвотой, повышением температуры тела. Следует очень внимательно осмотреть кожу ребёнка, так как при болезни Шенлейна – Геноха обычно имеются геморрагические петехиальные высыпания, особенно в области суставов.

**Почечная колика**, особенно при поражении правой почки, может давать картину, очень схожую с острым аппендицитом. Проведение анализа мочи, ультразвуко-

Диагностика  
и лечение острого  
аппендицита у детей

## Национальные клинические рекомендации Минздрава России

вого исследования почек и мочевых путей даёт возможность установить правильный диагноз.

**Острые хирургические заболевания органов брюшной полости** (пельвиоперитонит, перекрут кисты яичника, дивертикулит Меккеля) бывает достаточно сложно дифференцировать с острым аппендицитом. Ультразвуковое исследование в ряде случаев позволяет выявить подобные состояния. Если же диагноз не удаётся исключить, показано выполнение экстренной операции, при наличии соответствующих условий выполняют диагностическую лапароскопию.

Следует отметить, что даже точное установление диагноза заболевания, имитирующего острый аппендицит, не позволяет исключить собственно острый аппендицит, так как возможно их сочетание, о чём всегда следует помнить.

## Лечение

**Лечение острого аппендицита – только оперативное.**

**Показание к экстренному хирургическому лечению**

Экстренное оперативное вмешательство производится непосредственно после госпитализации в хирургический стационар либо после кратковременной предоперационной подготовки (в зависимости от тяжести состояния пациента). Оно показано:

- при установлении диагноза острого аппендицита;
- при невозможности его исключения после проведения всего комплекса диагностических мероприятий и динамического наблюдения более 12 часов.

**Предоперационная подготовка и обезбоживание**

Дети с несложными формами острого аппендицита, как правило, не нуждаются в специальной предоперационной подготовке. Предоперационная подготовка показана пациентам с многократной рвотой, высокой лихорадкой (выше  $38^\circ\text{C}$ ) и другими симптомами тяжёлой интоксикации. Проводится коррекция водно-электролитных нарушений, снижение температуры тела (жаропонижающие средства, физические методы). Длительность предоперационной подготовки не должна превышать 2 часов.

Оперативное вмешательство проводится в условиях общей анестезии с использованием миорелаксантов и ИВЛ.

Перед оперативным вмешательством, в составе премедикации или, что более предпочтительно, во время индукции ане-

стезии с целью профилактики вводится антибактериальный препарат. Используют цефалоспорины первого-второго поколения или полусинтетические пенициллины.

**Оперативное лечение**

Операцию по поводу острого аппендицита проводит квалифицированный врач отделения, а по дежурству – старший хирург бригады с обязательным наличием ассистента.

В настоящее время отдаётся предпочтение лапароскопической аппендэктомии, которая позволяет произвести полную ревизию органов брюшной полости, сопряжена с меньшим риском развития спаечных осложнений и раневой инфекции, отличается меньшей травматичностью и приводит к отличному косметическому эффекту. Несмотря на это, традиционное вмешательство не утратило полностью своего значения. Аппендэктомия выполняется по витальным показаниям, единственным противопоказанием к её проведению является агональное состояние пациента.

**Традиционная аппендэктомия**

Выполняется разрез в правой подвздошной области по Мак-Бернею – Волковичу – Дьяконову. Слепая кишка с червеобразным

отростком выводится в рану. В брыжейке червеобразного отростка у его основания зажимом проделяют «окно», через которое проводят лигатуру из синтетического нерассасывающегося материала 2-0 – 3-0, которой перевязывают брыжейку и отсекают её от основания червеобразного отростка. Допустимо выполнение аппендэктомии как лигатурным, так и погружным способом.

При погружном способе предварительно вокруг основания отделённого от брыжейки червеобразного отростка накладывают кисетный шов рассасывающимся синтетическим материалом 3-0 – 4-0. На основании червеобразного отростка накладывают зажим Кохера, зажим снимают, и в этом месте отросток перевязывают лигатурой из рассасывающегося материала. Выше лигатуры накладывают зажим Кохера и между зажимом и лигатурой отросток пересекают. Культю отростка обрабатывают раствором йода или другим антисептиком и при необходимости погружают кисетным швом в стенку слепой кишки.

В тех случаях, когда червеобразный отросток не удаётся вывести в рану, выполняют ретроградную аппендэктомию. Слепую кишку максимально выводят в рану. Затем пережимают основание отростка зажимом Кохера и перевязывают по этому месту лигатурой. Между зажимом и лигатурой отросток пересекают. Культю обрабатывают йодом и погружают кисетным швом. После этого слепая кишка становится более мобильной. Выделенный отросток извлекают в рану, брыжейку его перевязывают.

Операционную рану послойно ушивают наглухо.

**Лапароскопическая аппендэктомия**

Для проведения лапароскопической аппендэктомии необходимо соблюдение ряда условий:

- наличие специалиста, владеющего методикой лапароскопических вмешательств и имеющего соответствующий сертификат;
- наличие необходимого оборудования: монитора, цифровой видеокамеры, инсуффлятора, коагулятора, системы подвода углекислого газа (центральной разводки или баллона) и специальных инструментов;
- наличие анестезиолога, владеющего методикой проведения анестезии при вмешательствах, сопровождающихся наложением карбоксиперитонеума.

Лапароскопические вмешательства противопоказаны при тяжёлой сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Относительным противопоказанием служит наличие выраженного спаечного процесса в брюшной полости.

В каждом случае возможность выполнения лапароскопического вмешательства решается с участием оперирующего хирурга, анестезиолога и профильного специалиста.

Для проведения вмешательства используют 3-миллиметровые инструменты у детей до 3-4 лет и 5- и 10-миллиметровые у детей старшего возраста.

Троакары устанавливают в трёх точках: через пупок, в точке Мак-Бернея слева и над лоном. После введения троакаров и наложения карбоксиперитонеума проводят осмотр брюшной полости. Осмотр начинают с правой подвздошной области, далее осматривается полость малого таза, левые отделы живота, верхний этаж брюшной полости.

При типичном расположении червеобразного отростка его захватывают зажимом и осторожно натягивают. Стандартными биполярными щипцами производят коагуляцию брыжейки отростка от верхушки к основанию с последующим пересечением её ножницами.

При атипичном расположении отростка (ретроцекальном, забрюшинном) выполняют ретроантероградную аппендэктомию.

Формируют окно в брыжейке в том месте, где она доступна для манипуляций. После этого брыжейку коагулируют и пересекают сначала ретроградно до верхушки, а затем антероградно до основания.

Далее на основание скелетированного аппендикса накладывают 2 петли Редера. Для этого отросток при помощи зажима помещают в петлю, захватывают и слегка натягивают. В этом положении петля затягивается на его основании. Лигатуру пересекают.

На расстоянии 5-6 мм от лигатуры производят биполярную коагуляцию отростка, после чего его пересекают по нижней границе зоны коагуляции и извлекают из брюшной полости. Выполняют санацию брюшной полости и троакары извлекают. На раны накладывают узловые швы.

**Послеоперационное лечение**

В послеоперационном периоде проводят антибактериальную терапию. Как правило, используют комбинацию цефалоспоринов первого-второго поколения или полусинтетических пенициллинов с аминогликозидами. Возможно использование только цефалоспоринов третьего поколения. Обязательно в схему антибактериальной терапии добавляют метронидазол. Антибактериальную терапию проводят в течение 3-6 суток.

Обезболивание после традиционной аппендэктомии требуется на протяжении 2-3 суток, после лапароскопической – обычно в течение 1-х суток после операции. Используют ненаркотические анальгетики.

Кормить ребёнка начинают с первых послеоперационных суток, назначают щадящую диету в течение 2-3 суток, затем больного переводят на общевозрастную диету.

На 4-5-е послеоперационные сутки выполняют контрольное ультразвуковое исследование, клинический анализ крови и мочи. При отсутствии осложнений (скопление жидкости, наличие инфильтрата) и нормальной картине периферической крови и мочи после снятия швов (на 7-е сутки после традиционной аппендэктомии и на 4-5-е после лапароскопической) ребёнок может быть выписан.

Контрольный осмотр проводится хирургом амбулаторно через 1 неделю после выписки.

Посещать детское дошкольное учреждение или школу ребёнок может через неделю после выписки. От занятий физической культурой даётся освобождение на 1 месяц.

Под редакцией **Владимира РОЗИНОВА**,  
заместителя директора  
Московского НИИ педиатрии и детской  
хирургии Минздрава России,  
доктора медицинских наук,  
профессора.





Национальные клинические рекомендации по лечению острого аппендицита у детей – очень важный документ для всех, но особенно для молодых хирургов, которые ещё не накопили достаточный опыт самостоятельного лечения пациентов с данной патологией.

Каков оптимальный подход к оказанию медицинской помощи при остром аппендиците у детей? Как и во «взрослой» практике, есть формы заболевания, при которых хирургическое вмешательство не требуется. Мы не выполняем так называемых напрасных операций, то есть не удаляем отросток с катаральными изменениями, оперируем только деструктивные формы аппендицита – флегмонозный или гангренозный.

Диагностировать деструктивные формы сегодня стало проще: во-первых, нужно опираться на клинические признаки, а во-вторых, громадным подспорьем является ультразвуковое исследование. Данный метод оказался высокоинформативным в отношении аппендицита. В случае же, когда у хирурга остаются сомнения, выполняется диагностическая лапароскопия. И если по её результатам обнаруживается деструктивный аппендицит, то пациенту выполняется аппендэктомия.

Представим, что хирург работает в больнице, где нет круглосуточной ультразвуковой диагностики, и нет возможности выполнить диагностическую лапароскопию. Каким должен быть алгоритм его действий, например, во время ночного дежурства? В этом случае хирург наблюдает больного, причём мы допускаем, что каждое лечебное учреждение само определяет продолжительность времени клинического наблюдения пациента с подозрением на острый аппендицит. Как правило, это промежуток от 6 до 12 часов. Разумеется, речь идёт только о тех ситуациях, когда общее состояние больного стабильное – такое же, как при поступлении в стационар, и не ухудшается. В ситуации, когда клинические признаки болезни нарастают, хирург может принять решение об экстренной операции без подтверждения УЗИ.

Что касается собственно хирургической тактики, существуют два подхода: открытые вмешательства и лапароскопические. Кстати,

## Экспертное мнение

# Аппендицит у детей: как лечить?

хочу сказать, что детские хирурги гораздо раньше взрослых стали использовать эндохирургию для лечения острого аппендицита, перитонита и других осложнённых форм заболевания. Объективно лапароскопическая операция предпочтительнее, исходя из интересов пациента. Подтверждением является то, что в настоящее время показатель послеоперационной летальности при остром аппендиците у детей минимален по сравнению с тем, каким он был в пору открытой хирургии. Причём единичные случаи неблагоприятных исходов сегодня обусловлены либо поздним обращением пациента за медицинской помощью, либо наркозными осложнениями, но не техникой выполнения хирургического вмешательства. И наконец, благодаря внедрению лапароскопии мы избавили детей от спаечной болезни как последствия открытой аппендэктомии. Раньше нам приходилось часто оперировать пациентов, у которых после удаления аппендикса или хирургического лечения перитонита развивалась спаечная кишечная непроходимость.

В каком проценте случаев при лечении острого аппендицита у детей применяются именно малоинвазивные технологии, зависит от условий, в которых работают хирурги. К примеру, в Москве 7 детских клиник, где оказывается urgentная хирургическая помощь, и лишь в одной из них – таково решение руководства лечебного учреждения – ещё практикуется преимущественно открытая аппендэктомия. В других больницах 100% операций и по поводу аппендицита, и по поводу перитонита выполняется лапароскопически.

Да, возможны непредвиденные обстоятельства: эндовидеохирургическое оборудование вышло из строя, а дублирующего комплекта нет. В таких случаях приходится делать открытую операцию. Также допускаю, что в ряде российских регионов ещё остаются больницы, которые не оснащены должным образом для выполнения лапароскопической аппендэктомии детям. Вот почему при разработке НКР мы подчеркнули, что хирург имеет право выбирать, каким образом оперировать ребёнка, в зависимости от технологической оснащённости больницы.

Хочу пояснить, почему в США появилось новое веяние – пациентов с острым аппендицитом не оперировать, а лечить с помощью

антибиотиков, и почему в России данный подход пока не нашёл признания и возможность его внедрения не рассматривается.

Согласно данным статистики, половина американских детей, которым проводилось консервативное лечение при остром аппендиците, через некоторое время всё равно подвергаются лапароскопии или открытой операции. То есть в 50% случаев лекарственная терапия неэффективна. Хотя, с другой стороны, 50% пациентов не нуждаются в операции, и это убедительный повод для авторов идеи говорить о её продуктивности. Тем не менее, по общему мнению российских детских хирургов, пока антибиотикотерапия не может быть признана эффективной альтернативой хирургическому лечению острого аппендицита.

Сама идея консервативного подхода к лечению острого аппендицита в США стала вынужденной: там не всегда в клинике ночью дежурит хирург, который в совершенстве владеет навыками выполнения лапароскопии. Поэтому, даже если диагноз деструктивного аппендицита подтверждён всеми необходимыми методами, американским хирургам разрешено не оперировать больных экстренно, во время ночного дежурства, а делать это днём, фактически в плановом порядке. Или назначать антибиотикотерапию. Оправдан ли такой подход? Я считаю, что пока не оправдан.

Сравним с российским подходом на примере Москвы, где, как уже сказано, в большинстве случаев аппендэктомии выполняются лапароскопически. В цифрах это от 200 до 400 операций ежегодно в каждой детской хирургической больнице города. При столь значительном числе больных мы за короткий промежуток времени подготовили достаточное число высококвалифицированных хирургов, которые круглосуточно могут выполнить ребёнку лапароскопическую аппендэктомию.

Таким образом, если в клинике есть соответствующее оборудование и работают хирурги, которые умеют пользоваться этим оборудованием, то руководитель вправе разрешить им выполнять на дежурстве лапароскопические операции. Если таких условий нет, то больному должна быть выполнена открытая операция – это логично.

Наконец, хочу сказать несколько слов о

самой идее разработки национальных клинических рекомендаций. У многих она может вызывать недоумение, дескать, зачем нам НКР, если издаётся большое количество клинических руководств, пишутся монографии, выпускаются учебники по детской хирургии? К тому же медицину вообще и хирургию в частности нельзя загонять в какие-то рамки, иначе прогресс будет остановлен. А ещё, учитывая, что нет одинаковых людей и одинаковых больных, иногда хирургу приходится принимать нестандартные решения, не учтённые в НКР. По этому поводу выдающийся советский хирург Б.В.Петровский сказал примерно следующее: «Если со мной что-то произойдёт, и потребуются операция, никогда не используйте по отношению ко мне стандартов. Подходите ко мне как к индивидуальности».

Но есть другая сторона вопроса – юридическая. Российский врач абсолютно юридически не защищён, и это даёт возможность его оппонентам использовать весьма неэтичные приёмы: безосновательно и безнаказанно подвергать сомнению правомерность действий врача, обвинять его в некомпетентности, совершении врачебной ошибки. В Европе при формировании медицины как специальности первыми были приняты законы, защищающие врача. У нас в стране их нет до сих пор. Не только в глазах общественности, но даже перед судом врач нередко оказывается беспомощен.

Должны быть жёсткие правила, которые позволят обезопасить молодого специалиста: если он, оказывая помощь пациенту, выполнил всё, что написано в НКР, то он должен быть неоподсуден. И национальные клинические рекомендации, принятые Ассоциацией детских хирургов России и утверждённые Министерством здравоохранения, позволяют такую защиту обеспечить.

**Александр РАЗУМОВСКИЙ,**  
заведующий кафедрой детской  
хирургии Российского национального  
исследовательского медицинского  
университета им. Н.И.Пирогова,  
главный детский хирург Департамента  
здравоохранения Москвы,  
президент Российской ассоциации  
детских хирургов,  
профессор.

Фото Александра ХУДАСОВА.

# Острый инфаркт миокарда

**Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в настоящее время остаётся одной из основных причин смертности по всему миру. По данным ВОЗ, ИБС является «величайшей эпидемией нашего времени», на её долю приходится 12,2% всех смертей в развитых странах. Смертность от острого инфаркта в 1960-е годы, то есть до появления специализированных кардиореанимационных отделений, составляла 25-30%. В настоящее время благодаря разработке и внедрению новых методов диагностики, мониторингования и лечения смертность от острого инфаркта миокарда в развитых странах составляет 5-7%.**

## Патогенез

Ишемическая болезнь сердца – заболевание, обусловленное атеросклеротическим поражением коронарных артерий. Инфаркт миокарда является одной из клинических форм ишемической болезни сердца и представляет собой гибель кардиомиоцитов. В 1912 г. J.Nerrick впервые описал тромбоз в коронарной артерии по данным аутопсии. Последующие 68 лет шли активные дискуссии, является ли тромб в коронарной артерии причиной острого инфаркта миокарда или же тромб формировался посмертно. Лишь в 1980 г. M. DeWood и соавт. подтвердили наличие тромбоза коронарной артерии у 90% пациентов с острым инфарктом миокарда при проведении оперативного вмешательства в течение 2 часов от начала заболевания.

Патогенез острого инфаркта миокарда связан с двумя основными процессами: атеросклерозом и тромбозом. Атеросклеротическая бляшка, как правило, растёт постепенно, закрывая просвет коронарной артерии. В результате такого медленного роста успевают развиться сеть коллатералей, которые в ряде случаев могут предотвратить

гибель кардиомиоцитов (развитие инфаркта миокарда), даже несмотря на полную окклюзию инфарктсвязанной артерии.

Основной причиной развития тромбоза в коронарном сосуде является разрыв капсулы атеросклеротической бляшки. Тромбообразование запускается при контакте высокотромбогенного содержимого ядра атеросклеротической бляшки с кровью. В зависимости от степени активации свёртывающей, противосвёртывающей и фибринолитической систем формируется полная или частичная окклюзия коронарной артерии. В случае полной окклюзии коронарной артерии тромбом развивается трансмуральная ишемия миокарда, а на ЭКГ регистрируется подъём сегмента ST – развивается инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST. Если же происходит лишь частичное перекрытие просвета коронарной артерии – развивается либо нестабильная стенокардия, либо инфаркт миокарда без подъёма сегмента ST.

## Клиническая классификация

По современной классификации инфаркт миокарда делится на инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST (на ЭКГ выявляется элевация сегмента ST, свидетельствующая о полной окклюзии коронарной артерии) и инфаркт миокарда без подъёма сегмента ST (на ЭКГ отсутствует элевация сегмента ST, а окклюзия коронарной артерии лишь частичная). Эта классификация наиболее удобна, так как в зависимости от вида инфаркта миокарда по данной классификации меняется тактика лечения пациента.

## Диагностика. Клиническая картина

В типичных случаях развития острого инфаркта миокарда у пациента возникает длительные (> 20-30 мин) боли давящего, сжимающего или жгучего характера, лока-

лизирующиеся за грудиной и (или) в области сердца и иррадиирующие в шею, нижнюю челюсть, спину, руки и эпигастрий. Боли часто сопровождаются чувством страха, холодным потом. Иногда боли могут возникнуть только в местах иррадиации (шея, нижняя челюсть и т.д.) или ощущаться как одышка, что затрудняет диагностику инфаркта миокарда.

## Инструментальные и лабораторные методы диагностики

Основным инструментальным методом диагностики инфаркта миокарда является электрокардиография, которая должна быть выполнена при малейшем подозрении на развитие инфаркта миокарда.

Решающее значение в диагностике инфаркта миокарда играет определение биохимических маркёров. Основным маркёром, указывающим на развитие инфаркта миокарда, является повышение и/или понижение в динамике кардиоспецифического тропонина. Он начинает повышаться в крови через 6-8 часов после гибели кардиомиоцитов, поэтому стандартно необходимо двукратное измерение кардиоспецифического тропонина с интервалом 8-12 часов для исключения ложноотрицательного результата.

Однако при развитии у больного инфаркта миокарда с подъёмом сегмента ST решение о проводимой терапии принимается на основании клинической картины и данных ЭКГ, не дожидаясь результатов кардиоспецифического тропонина.

В настоящее время, согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов, для диагностики инфаркта миокарда целесообразно использовать кардиоспецифический тропонин, определённый высокочувствительным методом, так как значимое его повышение в крови может наблюдаться уже в течение 1-го часа после гибели кардиомиоцитов.

Тем не менее не стоит забывать, что существует большое количество причин, помимо инфаркта миокарда, вызывающих повышение тропонина. К ним относятся: травмы сердечной мышцы, сердечная недостаточность, тромбоэмболия лёгочной артерии, сепсис и др.

В случае невозможности выполнения анализа на кардиоспецифический тропонин используют креатинфосфокиназу (КФК) и её кардиоспецифический изофермент КФК-MB.

Проведение эхокардиографии для выявления зон нарушенной сократимости миокарда, а также выявления возможных осложнений инфаркта миокарда, таких как аневризма левого желудочка, разрыв миокарда, дисфункция сосочковой мышцы, является обязательным.

## Лечение

Для выбора тактики лечения решающим фактором является наличие полной или частичной окклюзии коронарной артерии.

В случае развития полной окклюзии коронарной артерии тромбом, то есть при развитии острого инфаркта миокарда с подъёмом сегмента ST основной задачей врачей является экстренное восстановление кровотока в инфаркт-связанной артерии.

В настоящее время существуют два основных способа реперфузии: тромболитическая терапия и первичное чрескожное коронарное вмешательство.

(Окончание следует.)

**Анна КАЛИНСКАЯ,**  
доцент кафедры кардиологии  
лечебного факультета,  
кандидат медицинских наук.

**Московский государственный  
медико-стоматологический  
университет им. А.И.Евдокимова.**



**В Москве в Научно-исследовательском институте ревматологии им. В.А.Насоновой состоялась ежегодная научно-практическая конференция с международным участием «Терапия ревматических заболеваний: проблемы эффективности и безопасности».**

– Сейчас расцвет ревматологии как медицинской науки наблюдается во всём мире. Эта область клинической медицины занимает второе место после онкологии по созданию новых эффективных лекарственных препаратов, – с удовлетворением отметил директор НИИР, главный ревматолог Минздрава России, академик РАН Евгений Насонов. – Пациенты, которые ещё 5-10 лет назад становились инвалидами, в результате правильно подобранного лечения продолжают активную жизнь.

Как известно, с целью использования современных методов лечения на практике и назначения эффективных, инновационных препаратов от ревматологов требуются специальные знания, обмен которыми осуществляется во время конференций, школ молодых учёных, которые ежегодно проводятся в НИИР – ведущей ревматологической клинике нашей страны.

Примечательно, что накануне нынешней научно-практической конференции с международным участием молодые учёные из многих регионов России приняли уча-

## Итоги и прогнозы

# С оглядкой на перспективы

## Ревматологи находятся в непрерывном поиске новых знаний



Евгений Насонов

стие в работе школы «Перспективы развития ревматологии – вклад молодых учёных», проводимой при поддержке Федерального агентства научных организаций и в рамках программы непрерывного

последипломного медицинского образования по специальности «ревматология». На открытии мероприятия состоялось вручение дипломов молодым специалистам, участникам школы, а также победителям в конкурсе на лучшие научные доклады.

В рамках форума специалисты-ревматологи сделали особый акцент на балансе эффективности и безопасности при выборе лекарственных препаратов, необходимости рационального подхода в выборе терапии для пациентов с коморбидными (сопутствующими) заболеваниями. Это следует особенно подчеркнуть, принимая во внимание тот факт, что коморбидность – одна из ключевых проблем современных пациентов. Именно вследствие сочетанных патологий у нынешних докторов возникает множество трудностей относительно диагностики и последующего ведения того или иного пациента.

Наряду с этим в ходе конференции были организованы рос-

сийско-американские вебинары, на которых со своими докладами выступили ведущие эксперты с мировым именем. Так, о тенденциях диагностики и ведения псориатического артрита рассказал ведущий специалист в этой области, основатель Группы по изучению и оценке псориаза и псориатического артрита Филип Мис (США). О новых подходах к диагностике и лечению аксиального спондилоартрита и анкилозирующего спондилита – доктор медицины костной патологии, выпускник Канзасского университета медицины и биологических наук Леонард Калабрез, соотечественник предыдущего эксперта.

Также в ревматологическом форуме принял участие один из самых крупных ревматологов мира, заведующий отделением ревматологии Медицинского центра Университета в Лейдене профессор Томас Виллем Йоханнес Хуизинг (Нидерланды). Именно этот эксперт стоит у истоков изучения раннего ревматоидного артрита, роли ауто-

антител и других механизмов патогенеза этого заболевания. Всего же в работе конференции приняли участие около 300 человек.

Кроме того, в рамках конференции состоялся экспертный совет ведущих ревматологов, на котором был решён целый ряд вопросов. Один из приоритетных – утверждение национальных и федеральных рекомендаций по диагностике и лечению остеоартрита и спондилоартрита, а также план развития ревматологической службы, в том числе в связи с финансированием в рамках Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

На совете также обсуждался план развития российского регистра пациентов с артритом и состоялось утверждение Ассоциацией ревматологов России программы непрерывного последипломного образования на 2016 г.

Марк ВИНТЕР.

МИА Сито!

## Проблемы и решения

# Посмотреть инфекции «в лицо»

## Судьбоносные для страны проблемы важно решать оперативно и настойчиво

**Вопрос обеспечения национальной биологической безопасности всесторонне рассматривался на межведомственной конференции.**

В Сочи прошла 2-я ежегодная Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Социально значимые и особо опасные инфекционные заболевания». В её рамках проведены тактико-специальное учение и образовательный цикл тематического усовершенствования.

Участники конференции обсудили 140 докладов, посвящённых актуальным вопросам иммунопатогенеза, клинического течения, лечения и профилактики особо опасных и социально значимых инфекционных болезней. Наибольший интерес вызвали сообщения по особо опасным болезням, лабораторной диагностике, тактике ведения больных хроническим вирусным гепатитом, новым противовирусным препаратам, коморбидным состояниям и организации здравоохранения. Рассмотрены вопросы координации межведомственного и междисциплинарного взаимодействия служб и специалистов при оказании медицинской помощи инфекционным больным.

В тактико-специальном учении приняли участие 120 человек – слушателей образовательного цикла тематического усовершенствования «Особо опасные и социально значимые инфекционные заболевания», а также организаторов здравоохранения из субъектов Федерации. Были отработаны действия медицинского персонала в случае поступления больного с подозрением на инфекционную болезнь, требующую проведения мероприятий по санитарной охране территории города и отработка порядка взаимодействия с оперативными службами Сочи. Особое внимание уделено выявленным недостаткам в этом взаимодействии.

Цикл тематического усовершенствования прошли 100 слушателей из разных регионов РФ.

Национальная биологическая безопасность является государственно значимой проблемой, имеющей судьбоносное значение для страны. Об этом говорится в «Основах государственной политики в области обеспечения химической и биологической безопасности Российской Федерации на период до 2025 г. и дальнейшую перспективу», которые утверждены Президентом РФ (№ Пр-2573 от 01.11.2013). На современном этапе именно инфекционные болезни являются наиболее угрожаемым направлением биологической безопасности в стране.

В целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия в России участники конференции обратились в Министерство здравоохранения Российской Федерации с рядом предложений. В частности, инициировать проведение в 2016 г. заседания коллегии Минздрава России по проблемам инфекционной службы страны. Кроме того, разработать профессиональный стандарт по специальности «инфекционные болезни» в 2016 г. с последующим его использованием при аккредитации специалистов с 2017 г. Одно из предложений касается приведения в соответствие с распоряжением Правительства РФ № 1683-р от 19.10.1999 «О методике определения нормативной потребности субъектов РФ в объектах социальной инфраструктуры» (с изменениями и дополнениями от 23 ноября 2009 г.) расчётных показателей по программе госгарантий, используемых для планирования сети больниц субъекта РФ, оказывающих помощь инфекционным больным. Ещё одно предложение касается внесения изменений в Порядок оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях (при-

каз Минздравсоцразвития России № 69н от 31.01.2012) и в приказ Минздравсоцразвития России № 543н от 15.05.2012 «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (с изменениями и дополнениями). Также решено обратиться в Минздрав России с предложением пересмотреть ставки врачей-инфекционистов в амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения в соответствии с утверждённым Порядком оказания медицинской помощи при инфекционных заболеваниях и лабораторной базы инфекционной службы. Кроме этого, выказано предложение Минздраву России поддержать инициативу профессиональных сообществ специалистов, работающих в области инфекций, проведение начиная с 2016 г. ежегодной научно-практической конференции «Особо опасные и социально значимые инфекции».

Федеральному фонду ОМС рекомендовано формировать фонд финансовых средств в размере не менее 20% от среднегодовых затрат по стационарной специализированной помощи (в среднем за 3 года) для обеспечения стационарной помощи инфекционным больным в условиях эпидемических вспышек (эпидемий) инфекционных заболеваний.

В целях реализации приказа Минздрава России № 328 от 09.06.2015 по развитию непрерывного медицинского образования предложено объединить усилия профессиональных сообществ специалистов, работающих в области инфекций, в подготовке электронных образовательных материалов для дистанционного обучения (тематические модули с тестовыми заданиями); подготовить актуализированную типовую программу по ключевым группам инфекционных болезней, блоки тем, наиболее актуальные нозологии для обучения специалистов и определить соотношение дистанционных и аудиторных часов обучения.

**Ирина ШЕСТАКОВА,**  
главный специалист  
по инфекционным болезням  
Минздрава России,  
доктор медицинских наук,  
профессор.

## Акценты

**5-я межрегиональная конференция «Алгоритмы диагностики и лечения эндокринных заболеваний» состоялась на днях в Москве.**

подчеркнул важность современной ранней эффективной и безопасной инсулинотерапии СД 2-го типа:

– Лечить нужно заболевание, а не гипергликемию, надо не просто

# Медикаментозной интервенцией – по диабету

## Но количество больных растёт

– Важно говорить не только о фундаментальных аспектах препаратов, но и о том, как их внедрять в клиническую практику, – сказал на открытии главный врач Эндокринного диспансера Департамента здравоохранения Москвы, главный столичный эндокринолог профессор Михаил Анциферов, тем самым сформулировав задачу столь представительной встречи.

Как сообщила профессор кафедры эндокринологии и диабетологии Российской медицинской академии последипломного образования Татьяна Демидова, особым успехом сейчас пользуются препараты с триединым свойством – это терапевтическое воздействие, снижение массы тела и давления.

Остаются вопросы позднего выявления сахарного диабета 2-го типа. Прогрессирующее течение диабета врачам преодолеть пока не удаётся. Только у половины больных назначенная терапия достигает цели.

На конференции было подчеркнуто, что очень высокими пока остаются сердечно-сосудистые риски. Поэтому важнейшей задачей медикаментозных интервенций является снижение артериального давления. Также важно минимизировать роль жировой ткани путём снижения веса на 5-10%. Уменьшение массы тела на 1-1,5 кг, – уже важный шаг к снижению смертности.

Особенно эмоциональным было выступление доктора медицинских наук, профессора, заслуженного деятеля науки РФ Александра Аметова. Он назвал диабет не просто проблемой, а эпидемией и ведущей причиной слепоты. А.Аметов

снижать глюкозу, а приблизиться к физиологическим параметрам, убрать глюкозотоксичность. Необходимо персонально для каждого пациента подбирать индивидуальную схему лечения, а не пользоваться универсальными моделями.

Согласно последним исследованиям, численность больных СД в мире к концу 2014 г. достигла 387 млн человек. В России, по данным государственного регистра, число пациентов с СД – более 4 млн человек, 90% которых составляют пациенты с СД 2-го типа.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) вместе с сахарным диабетом являются одной из важнейших взаимосвязанных медико-социальных проблем: прежде всего из-за стремительного распространения СД и роста смертности от ССЗ.

Макрососудистые осложнения – инфаркт миокарда, инсульт, сердечная недостаточность являются основной причиной смерти пациентов с СД 2-го типа. Ведущую роль в развитии макрососудистых повреждений играет атеросклеротическое поражение артериального русла, приводящее к развитию цереброваскулярной болезни, облитерирующему поражению артерий нижних конечностей.

По данным на 1 января 2015 г., в Москве зарегистрировано 715 тыс. больных с эндокринными заболеваниями, что на 23 тыс. больше, чем в прошлом году. Из них 76 тыс. – дети и подростки. В структуре патологии на первом месте по распространению стоит сахарный диабет (47%).

**Иван МАГЕР,**  
корр. «МГ».



Осенний научный форум «От фундаментальной нейронауки к практике» прошёл в Научном центре неврологии. Традиционные конференции молодых учёных проводились здесь и раньше. В этом году формат их был изменён. Было решено организовать молодёжный нейрофорум, чтобы привлечь к взаимодействию специалистов разных профилей, представителей не только научного, но и бизнес-сообщества. Проект оказался привлекательным сразу для трёх институтов развития России: Фонда «Сколково», ОАО РВК (государственный фонд фондов) и Фонда содействия развитию малых форм предприятий в научно-технической сфере.

— Мы решили поддержать это начинание, — сказал в своём вступительном слове директор Научного центра неврологии член-корреспондент РАН Михаил Пирадов, — инициативы молодых нельзя «глушить». Эксперты неразрывно связывают развитие науки и экономики с открытиями в области нейронаук. В нашем НЦ создана мощная лечебно-диагностическая «начинка», но не все знают, что мы располагаем и отличной экспериментальной базой. Подобное сочетание на самом деле явля-



Константин Анохин (слева) и Михаил Пирадов

## Деловые встречи

# Погружение в нейробудущее

Молодые учёные получают всё лучшие условия для обсуждения и дальнейшего внедрения медицинских технологий



### Кому как не молодым делать открытия!

ется уникальным. Поэтому у нас гораздо больше возможностей трансфера медицинских технологий в практику. Конечно, главным остаётся лечение больных с тяжёлыми неврологическими заболеваниями. Но научные сотрудники изучают и проблемы нейрофизиологии здорового мозга. Эти исследования позволяют заглянуть в будущее. То есть заниматься по-настоящему прорывными технологиями.

Руководитель рабочей группы Национальной технологической инициативы, президент правления ГК ХимРар, доктор медицинских наук Андрей Иващенко, также выступивший на конференции, решил ознакомить собравшихся с особенностями и перспективами рынка NeuroNet (Нейронет). На первый взгляд, самым фантастическим из проектов, предложенных Советом при Президенте РФ по модернизации экономики и инновационному развитию.

— Этот новый рынок обещает человечеству много полезных вещей, — пояснил он. — Например, считается, что Интернет к 2035 г. заменит новая система, которая условно называется Web 4.0. Предполагается, что наши интерфейсы с технологией будут гораздо шире, чем сейчас, сами компьютеры изменятся и станут нейроморфными.

По мнению А.Иващенко, аналогичная ситуация была с расшифровкой генома. Этот научный прорыв дал возможность

разрабатывать принципиально новые биотехнологии. Сегодня много консорциумов занимается изучением мозга, возможно в горизонте 5-7 лет будут сделаны важные открытия, что приведёт к следующей технологической волне развития человечества. Правительство РФ намерено помогать лабораториям, которые занимаются проблемами нейрофизиологии, биотехнологиями, математическим моделированием. Сейчас обсуждается вопрос, как будут финансироваться столь сложные исследования. Первый вариант — через Минобрнауки России, второй — для этого будет создан специальный фонд.



Доклады вызвали живой интерес участников форума

картирование головного мозга» (Е.Кремнева), «Математическое моделирование в нейронауках» (Д.Синицын). Данные выступления были ориентированы на широкий круг слушателей и представлены в формате научно-популярных сообщений. Учитывая тему конференции, логичным продолжением дискуссии стало заседание, посвящённое доступным уже сегодня в России механизмам трансфера технологий, защите интеллектуальной собственности, возможностям привлечения инвестиций. Руководитель программы инноваций и трансляционных исследований Сколковского института науки и

технологии Д.Пебак рассказал о трансляционных исследованиях как инструменте повышения эффективности инновационной деятельности учёных. Менеджер по развитию трансфера технологий Российской венчурной компании С.Марданов показал эти принципы в медицине. Руководитель направления «Медицинские изделия ИТ в здравоохранении» Фонда «Сколково»

учёных в области нейронаук, в котором 8 участников получили призы по 200 тыс. руб. на развитие своего проекта. Общий призовой фонд конкурса составил 3,2 млн руб.

«МГ» присоединяется к поздравлениям молодых учёных, получивших столь весомую финансовую поддержку со стороны фонда. Их работы говорят сами за себя. Геннадий Барышев (Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ», Москва) разработал макет стимулирующего зонда портативного устройства транскраниальной магнитной стимуляции. Андрей Вершинин (Научный центр неврологии, Москва) предложил новую минимально-инвазивную технологию лечения туннельных синдромов. Гасымлы Эльтадж Джамил Кызы (Красноярский ГМУ им. В.Ф.Войно-Ясенецкого) создала метод коррекции функции ходьбы у больных после инсульта с синдромом гемипареза. Ольга Левицкая (ООО «Cyber Myonics», Москва) придумала нейрорганитурку моторной коры SHARP ONRMIND как управляющего модуля для костюма функциональной миостимуляции и тактильной обратной связи SHARP SUITS. Григорий Мокров (НИИ фармакологии им. В.В.Закусова, Москва) посвятил свою работу дизайну, синтезу и исследованию новых лигандов транслокаторного протеина TSPO 18 KDA с целью создания инновационного анксиолитического средства. Александра Пойдашева (Научный центр неврологии, Москва) предложила липосомы с магнитными наночастицами в качестве нового способа таргетной доставки лекарственных средств в центральную нервную систему. Валерий Соболев (Научный центр неврологии, Москва) по-



Выступает Екатерина Морозова

Ю.Гуленкова провела обзор рынка нейротехнологий. Руководитель направления «Биомед» патентной практики Центра интеллектуальной собственности «Сколково» М.Пустовалова остановилась на патентной охране результатов исследований, объяснила, на что следует обратить внимание. Вице-президент, генеральный директор САП ЛАБС СНГ Д.Армяков привёл конкретные примеры успешной коммерциализации медицинских проектов. Заместитель начальника отдела сопровождения проектов, руководитель группы организации программы «УМНИК» В.Демченко ознакомил собравшихся с основными программами фонда «Сколково» и особенностями реализации программы «УМНИК».

Фонд содействия развитию малых форм предприятий в научно-технической сфере провёл на площадке форума финал конкурса прикладных идей молодых

святил свою работу разработке аппаратно-методического диагностического комплекса для анализа внутрикожных и подкожных трофических изменений и иннервации при нейродегенеративных и других заболеваниях человека и животных. Анастасия Хижникова (Научный центр неврологии, Москва) проанализировала системы виртуальной реальности на базе бесконтактного инфракрасного сенсора для реабилитации неврологических пациентов.

Нейрофорум доказал, что предложена настоящая междисциплинарная площадка для молодых учёных. Здесь есть все условия для активного обсуждения новых методов, а в дальнейшем и эффективного внедрения медицинских технологий.

Алексей ПАПЫРИН,  
корр. «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.



Научно-практическая конференция, посвящённая Международному дню хронической обструктивной болезни лёгких, состоялась на днях в Москве.

– Впервые с ХОБЛ столкнулись в 30-е годы прошлого века. В то время речь шла о «новой загадочной болезни», характеризующейся интенсивной одышкой, мерцательной аритмией, тяжёлым расстройством дыхания, – напомнил, открывая мероприятие, главный терапевт-пульмонолог Минздрава России академик РАН Александр Чучалин. – Тогда выдающийся отечественный терапевт Дмитрий Плетнёв ввёл понятие хронической неспецифической лёгочной чахотки или геморрагической пневмонии. Последовавшая война привела к всплеску респираторных заболеваний. Столкнулись с болезнью, поражающей многообразием клинических проявлений, которую тогда называли хронической неспецифической пневмонией.

В настоящее время ХОБЛ поражает в основном курящих людей, преимущественно с низким индексом массы тела. Также источником патогенного ингаляционного воздействия может быть газовая плита, расположенная в квартире. Без указаний на экзогенное воздействие диагноз ХОБЛ крайне сомнителен.

Основным проявлением болезни является одышка, которая обычно постепенно прогрессирует. При этом заболевании также могут наблюдаться кашель и отхождение мокроты. Однако одышка – основной симптом, который заставляет пациента обращаться

Итоги и прогнозы

# ХОБЛ: тревога остаётся

Особое беспокойство вызывает позднее обращение к врачу



Выступает академик Александр Чучалин

за медицинской помощью, в тяжёлых случаях она возникает и в покое. С точки зрения респираторной функции, основной причиной появления одышки является снижение скорости потока выдыхаемого воздуха, которое необратимо или обратимо не полностью (за исключением фенотипа с обратимой бронхи-

альной обструкцией). Эта скорость зависит от сужения просвета бронхов и потери эластической тяги альвеол. При физической нагрузке воздух не успевает выходить из альвеолярного пространства, в то время как пациент должен сделать вдох. Таким образом, развивается гиперинфляция – повышенный объём воздуха, обеднённого кислородом, который накапливается в дистальных отделах респираторного тракта и не успевает выводиться, а новый объём вдохнуть невозможно из-за скопления «старого» воздуха.

На конференции было подчёркнуто, что, хотя диагноз сейчас ставится, как правило, людям старше 40 лет, в будущем ХОБЛ «помолодеет» до 35 лет, поражая в основном молодых курящих женщин. Вообще предрасположенность к ХОБЛ закладывается ещё до школы, возникая у детей из семей с курящими родителями.

В свою очередь, профессор Светлана Овчаренко подчеркнула, что больные попадают к врачу в

состоянии глубокой инвалидизации, которую в 22% случаев усугубляют тревожно-депрессивные расстройства. Тревога и депрессия часто связаны с эректильной дисфункцией и редко диагностируются, в то время как они обуславливают худший прогноз течения заболевания. Также часто сопутствующими заболеваниями являются сердечно-сосудистые, остеопороз, инфекция нижних дыхательных путей, катаракта.

– Все пациенты с ХОБЛ должны быть вакцинированы противогриппозной и противопневмококковой вакцинами, – заключила она.

По мнению главного пульмонолога Департамента здравоохранения Москвы, заведующего кафедрой пульмонологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, профессора Андрея Белевского, вряд ли в будущем в лечении ХОБЛ нас ожидает что-нибудь радикальное, кроме пересадки лёгких.

– Наверняка последует увеличение числа больных. Притом врачам следует научиться отделять лёгочную недостаточность

от сердечной, поскольку после дифференциации должно последовать разное лечение. Сейчас основной метод лечения – бронхолитики. Также часто назначаются бета-адреноблокаторы. В качестве средства скорой помощи пациенту вводится бета-2-агонист в виде дозированного аэрозоля или комбинированный препарат. При лёгкой и некоторых случаях среднетяжёлой ХОБЛ достаточно назначения монотерапии в виде холинолитика длительного действия или бета-2-агониста длительного действия. При тяжёлой и крайне тяжёлой ХОБЛ требуется назначение сразу двух указанных препаратов. У больных ХОБЛ в качестве базисной терапии могут применяться мукоактивные препараты, – пояснил он.

Особую тревогу у участников форума вызвал тот факт, что больные часто сами ставят себе диагнозы, такие как астма и бронхит, что, в свою очередь, объясняет позднее обращение к врачу и, как следствие, затрудняет деятельность последнего, направленную на эффективное и безопасное ведение таких пациентов.

Иван МАГЕР,  
корр. «МГ».

## Проекты

В Благовещенске состоялся XII Российско-китайский медико-биологический форум «Инновационные методы лечения в традиционной российской и китайской медицине», который прошёл в стенах Амурской государственной медицинской академии. Для обоих вузов – Хэйлунцзянского университета традиционной китайской медицины (Харбин) и АГМА эти встречи, проходящие в рамках научного симпозиума, имеют огромное научное значение.

Приветствуя китайских коллег, ректор АГМА профессор Татьяна Заболотских отметила, что ежегодное проведение биомедицинского форума давно стало доброй традицией.

Вице-президент Хэйлунцзянского университета профессор Ван Ци Цюн сказал, что для них этот форум также имеет огромное значение, и выразил благодарность руководству академии за то, что прилагаются все усилия для сохранения доброй традиции, позволяющей учёным-медикам двух стран обмениваться опытом, делиться передовыми достижениями в охране здоровья людей.

На этой встрече также по сложившейся традиции стороны обменялись символическими подарками: Т.Заболотских вручила руководителю китайской делегации русскую матрёшку, Ван Ци Цюн ей – глобус, который, как он пояснил, является подтверждением того, что у медицины нет границ.

В составе китайской делегации было 35 человек: профессора, аспиранты, студенты, а также руководство больницы соседнего Хэйхе. Поставленные организаторами форума задачи были выполнены. К такому единому мнению пришли его участники. Было отмечено, что на данном этапе международное научное сотрудничество учёных-медиков двух стран выходит на новый, более высокий уровень. Если на предыдущих встречах обсуждались преимущественно

# Общие интересы на трёх языках

Российские и китайские учёные успешно развивают сотрудничество

фармакологические вопросы, лекарственные препараты и их воздействие на организм человека при лечении определённых патологий, то сегодня тематика докладов охватывает гораздо больший спектр медицины, поднимаются актуальные проблемы современной инновационной клинической и экспериментальной медицины в целом. Более того, сегодня уже претворена в реальность такая форма международного сотрудничества между медицинскими вузами двух соседних стран, как обмен студентами для прохождения стажировки. Теперь каждое лето группа китайских студентов проходит производственную практику на клиниках базиса АГМА, а будущие российские медики едут в Харбин, в китайский медицинский вуз. Такая форма работы помогает медикам лучше изучить основы здравоохранения двух стран, обменяться опытом, научиться синтезировать современные мировые медицинские технологии и традиционные китайские, которые используются в Поднебесной уже более тысячи лет.

Научная программа нынешнего форума включала проведение 2 пленарных заседаний и 4 секций, на которых учёные-медики двух стран обсудили современные проблемы и инновационные методы лечения в традиционной российской и китайской медицине, обменялись опытом в различных отраслях медицины. Участие в работе форума приняли более 250



Ректор АГМА Татьяна Заболотских, вице-президент Хэйлунцзянского университета традиционной китайской медицины профессор Ван Ци Цюн, проректор по научной работе АГМА Сергей Целуйко

человек: профессора, аспиранты, студенты, практические врачи. За 2 дня заслушано 3 пленарных доклада и 47 научных докладов на секциях. Китайская делегация представила 15 докладов. Все выступления были посвящены фундаментальным и прикладным медицинским направлениям российской и китайской медицины по вопросам «Инновационные методы лечения в традиционной российской и китайской медицине». Доклады активно обсуждались участниками секций, но наиболее интересные дискуссии развернулись на секциях, где рассматривались вопросы, свя-

занные с новыми клиническими направлениями и инновационными предложениями внедрения их в практическое здравоохранение. При этом обсуждение поднятых тем велось сразу на трёх языках – русском, китайском и английском.

В программу нынешнего форума по давней традиции были включены культурные и спортивные мероприятия. В день приезда китайских гостей соревнования устроили для спортсменов: по стрит-баскету и настольному теннису. При активной поддержке болельщиков двух сторон студенты вузов-побратимов определили сильнейших. Нежи-

данно для многих китайские баскетболисты не оставили шансов на победу амурским ребятам. Зато потом спортсмены АГМА отыгрались в настольном теннисе. В итоге победила дружба. Очень понравились гостям показательные выступления юных гимнастов благовещенской спортшколы и титулованных гиревиков медакадемии.

Никого не оставили равнодушными и творческие номера, которыми порадовали зрителей самодеятельные артисты двух стран. Танцы, песни, игра на национальных народных инструментах, горловое пение и многие другие выступления стали ещё одним подтверждением прописной истины: не только медицина не знает границ, но и творчество. Русские, китайские, грузинские, тувинские, украинские номера срывали шквал аплодисментов. Зрители в едином порыве благодарили артистов за талант, яркие искромётные номера и, как результат, чудесное настроение.

Завершил мероприятие также ставший традиционным профессорский бал, на котором нашлось место шуткам, хороводам, конкурсам, зажигательной дискотеке. Это был настоящий вечер друзей, для которых не существовало границ, языкового барьера (все прекрасно общались на английском), сотен километров расстояний – это была единая семья, объединённая служением своему главному предназначению – медицине.

Уезжая, китайские коллеги говорили всем: «До встречи!», потому что следующий, XIII форум состоится уже совсем скоро – в сентябре 2016 г. в Харбине. Так что впереди год активной научно-исследовательской работы, чтобы очередная встреча учёных-медиков двух стран была бы такой же плодотворной и обоюдополезной, как нынешняя.

Николай РУДКОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

Фото автора.



Открытия, находки

Лазерное освещение

В открытии немецких учёных, выделивших светоулавливающий белок оболочек клеток водорослей и бактерий, не было ничего оригинального, потому что родопсин, или зрительный пурпур палочек и колбочек сетчатки глаза делает то же самое.

Учёные знают, что фотон снабжает энергией молекулу родопсина, в результате чего открывается ионный канал, по которому в светочувствительную клетку поступают ионы. Они включают фермент, запускающих каскад, по которому сигнал поступает в ядро, где происходит включение генов-мишеней (в частности, и гена тормозящего белка, предохраняющего пурпур от чрезмерного распада – именно поэтому горнолыжники и отдыхающие на пляжах должны носить очки). Немцы называли свой продукт каналородопсином, и К.Дейсерот в Стенфордском университете сумел ввести его ген в нервные клетки мыши, что позволило контролировать их поведение с помощью лазерных импульсов, подводимых посредством оптоволокна. С той поры его коллеги, среди которых и нобелевский лауреат С.Тонегава, получивший награду за раскрытие синтеза антител, сумели с помощью оптогенетики (так Дейсерот назвал новый метод) разобраться с механизмами памяти и других мозговых процессов.

Оптогенетика применима и в других областях биомедицинских исследований. В январе 2015 г. в боннском Центре продвинутых исследований показали, что приток ионов включает фермент циклазу, синтезирующий циклическую форму одного из фосфатов (сАМР), включающего множество путей в клетке, все из которых ведут в ядро, регулируя тем самым состояние генома. А в нём есть мутантные гены, не синтезирующие функциональные протеины или кодирующие, например, онкобелки. Примером является «неисполнение» функции одним из протеинов,

отвечающих за биение жгутиков спермиев, в результате чего подвижность последних падает, и самцы мышей оказываются бесплодными. В Бонне лазером сумели «оживить» такие клетки, в геном которых ввели ген бактериального каналородопсина. Гены каналородопсинов вводят обычно в эмбриональные стволовые клетки (ЭСК), из которых в ходе развития образуются специализированные клетки 200 типов нашего организма.

Лечение его видят в разработке клеточных терапий, основывающихся на использовании клеток организма, чтобы не было иммунного торможения. Но для этого необходимо репрограммировать, или «омолодить» их до состояния ЭСК, в которых легче менять больной ген на здоровый, что требует преодолеть геномный «тормоз» в виде того же белка Arf (Anti-reprogramming factor). Для этого сотрудники университетов японских Сайтамы и Ибараки вынуждены были включить 4 гена, разблокировав с помощью их белков ген Nanog (названный в память о сказочном острове вечной молодости, куда отправлялись герои древних саг). Одним из следствий репрограммирования становится удлинение теломер (концевых участков хромосом), которые сокращаются с каждым клеточным делением. В университетах штата Колорадо и Дж.Хопкинса в Балтиморе показали, что перед началом процесса на теломерной ДНК собирается большой протеиновый комплекс, после чего становится возможным рекрутирование фермента теломеразы. Помогает в сборке комплекса фермент АТМ, мутации которого ведут к заболеванию сосудов и раковым опухолям. В клетках последних отмечается повышенная активность упомянутой выше циклазы, поэтому учёные с большим энтузиазмом встретили «благую весть» о том, что оптогенетика помогает включить биение жгутиков мужских половых клеток. У основания жгутика есть

митохондрия, вырабатывающая энергию для его подвижности, а внутри – несколько микротрубочек. Это очень простая система, не требующая больших средств для своего изучения.

Митохондрии и микротрубочки есть и внутри нервных отростков, которые путём самосборки образуют контакты с мышечными волокнами (так называемые концевые пластинки), что наблюдали в «совместной» – ко-культуре – нервных и мышечных клеток исследователи нью-йоркского Института раковых исследований. Интерес молекулярных онкологов закономерен, поскольку это тоже довольно простая клеточная система, которая тем не менее позволяет исследовать базовые механизмы взаимодействия разных клеток. После того как нервные отростки достигали мышечных волокон, те начинали интенсивно сокращаться после воздействия лазерного импульса на нейрон. Однако после добавления в культуру антител больных, страдающих аутоиммунной миастенией, концевые пластинки разрушаются, а интенсивность сокращений резко падает. Нечто подобное случается и при диабете, поражающем сетчатку глаз и конечности.

В мюнхенском Центре Гельмгольца сумели благодаря лазерным импульсам и введённым в клетки гена каналородопсина активировать циклазу в мембране мотонейронов спинного мозга. Известно, что в обычных условиях мало нейронов восстанавливают отростки. Включение фермента позволило регенерировать отростки 30% нейронов, повреждённых в результате экспериментальной травмы. Свою статью немецкие учёные назвали «Оптогенетическая стимуляция нейронной репарации», в которой упоминается диабет и другие нейропатии.

Игорь ЛАЛАЯНЦ, кандидат биологических наук.

По материалам Nature.

Почему бы и нет?

Эликсир жизни

Лекарство, которое продлит продолжительность жизни до 120 лет, начнут испытывать на людях

Уже в 2016 г. специалисты начнут тестировать на людях уникальное лекарство, которое замедляет процесс старения. Если успех, который учёные наблюдали при испытаниях на животных, повторится при тестировании людей, это будет настоящий прорыв в медицине. Человек сможет жить гораздо дольше – продолжительность жизни возрастёт примерно на 50%. Учёные считают, что можно не только замедлить старение организма, но и позволить человеку в 110-120 лет чувствовать себя физиологически нормально.

Профессор Гордон Литгоу занимается исследованиями, связанными со старением, на протяжении 25 лет. Ранее, говорит учёный, приостановка этого процесса казалась невозможной, однако теперь у специалистов есть все основания полагать, что это реально. «Ещё 20 лет назад старение было биологической загадкой», говорит шотландский специалист, и добавляет, что на данный момент учёные понимают, какие процессы происходят в организме человека.

Наилучшим кандидатом для замедления старения признан препарат, который применяется в медицине для снижения сахара в организме. На базе этого лекарственного средства создан инновационный препарат, который уже прошёл лабораторное тестирование на животных. Молодые круглые черви, которые участвовали в исследованиях, стали не только медленнее стареть, но были и здоровее своих сородичей. У мышей увеличилась продолжительность жизни в

среднем на 40%, а кости грызунов стали более сильными.

Если тестирование препарата пройдёт успешно и на представителях человечества, то средняя продолжительность жизни на планете может возрасти примерно на 50%. А в 70 лет человек сможет чувствовать себя примерно на 20 лет моложе, говорят авторы исследования.

На данный момент учёные из различных институтов собирают денежные средства и группу из 3 тыс. добровольцев, куда войдут испытуемые возрастной категории 70-80 лет, которые имеют предрасположенность к сердечным недугам, раку, слабости и прочим. Проект должен стартовать уже следующей зимой на территории США.

Инга ТБИЛИСО.

По материалам The Telegraph.

**Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница»** приглашает для постоянного трудоустройства врачей следующих специальностей:

|                                                                                                                                                                                                                   |                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| ✓ ортодонт                                                                                                                                                                                                        | ✓ акушер-гинеколог (стационар) |
| ✓ неонатолог                                                                                                                                                                                                      | ✓ уролог                       |
| ✓ врач ультразвуковой диагностики (наличие сертификата FMF)                                                                                                                                                       |                                |
| ✓ кардиолог                                                                                                                                                                                                       | ✓ анестезиолог-реаниматолог    |
| ✓ врач скорой медицинской помощи                                                                                                                                                                                  |                                |
| ✓ врач по спортивной медицине                                                                                                                                                                                     | ✓ эндокринолог детский         |
| ✓ психиатр-нарколог                                                                                                                                                                                               | ✓ инфекционист                 |
| ✓ физиотерапевт                                                                                                                                                                                                   | ✓ психиатр                     |
| ✓ врач клинической лабораторной диагностики                                                                                                                                                                       |                                |
| ✓ терапевт участковый (предоставление единовременной выплаты на хозяйственное обустройство в размере 1 млн руб. (постановление правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры № 267-п от 14.08.2015)). |                                |

*Местность приравнена к районам Крайнего Севера, предоставляется служебное жильё.*

Контактный телефон для справок **8 (34675) 3-41-20.**

Резюме с указанием контактных телефонов присылать по факсу **8 (34675) 3-15-73**, e-mail: **sovhospital@sovbolnica.ru** или по адресу: **628240 ХМАО – Югра, г. Советский, ул. Гагарина, 62а.**

Перспективы

Мицеллы и альфа-спирали

Раковый центр Нью-Йорка в лице своих сотрудников А.Лесохина и М.Постова сообщил об утверждении двух лекарств для лечения опухолей у людей. Новые препараты блокируют аномальный белок программированной смерти (PD – Programmed Death), свидетельствуя об определённом прогрессе в таргетной иммунотерапии новообразований.

Мир бьётся над решением проблемы рака, клетки которого убивают химиотерапией, перегружая печень и почки, а также костный мозг. Рак представляет собой геномное заболевание, а до манипулирования геномом добрались всего лишь в прошлом году, о чём свидетельствует революция, связанная с внедрением новой технологии РНК-редактирования генов (CRISPR). Она адресует учёных непосредственно к интересующим их генам, узнавая их функцию и даже выключая генную активность. Один из примеров обнародовали сотрудники Рокфеллеровского университета в Нью-Йорке, которые «раскрасили» личинок египетского комара, переносящего вирусы жёлтой лихорадки и денге, в красный и синий цвета. Таким образом получена новая модель для изучения клеточных процессов и доказана применимость нового метода при частичном или полном незнании генома организма.

Заокеанским коллегам вторят специалисты института в Берлин-Бухе, основанного О.Фогтом, призванном в своё время организовать в Москве Институт мозга (Ленина). В своём сообщении они пишут, что в 4-8 раз повысили эффективность ген-редактирования (блокировав фермент неспецифической починки ДНК – DNA-repair). Это сравнимо с революцией в чтении геномов (когда на рынке появились машины Next Generation, которыми при наличии средств можно оснащать даже поликлиники). Успехи в чтении геномов позволили недавно внести 14 генов мамонта в клетки азиатского слона. Возможно, что со временем учёным удастся получить первый межвидовой гибрид, то есть вернуть эволюцию «вспять». Напомним, что для редактирования необходимы малые РНК (siRNA – small interfering), регулирующие нормальное развитие нервных стволовых клеток. Выключение РНК приводит к тому, что нервные клетки вновь становятся «юными» и способны давать внутримозговые опухоли.

Трансформация клеток нарушает микротрубочки, по которым

осуществляется внутриклеточный транспорт веществ и митохондрий, вырабатывающих АТФ. Рост-полимеризация микротрубочек в норме сдерживается геном FL (Fidget-Like, от fidget – постоянно двигать-«сучить» рукой-ногой). Выключение этого гена приводит к нарушению равновесия у мышей (из-за неправильного формирования нервных клеток в горизонтальном полукружном канале внутреннего уха, что приводит к гибели нейронов). В Медколледже нью-йоркского Бронкса показали, что при движении белок FL концентрируется в переднем отделе клетки, регулируя изменения в белковом цитоскелете, необходимые для клеточного перемещения. Сотрудники колледжа применили для блокирования FL гелевые наночастицы с малыми РНК против его гена (siFL), что позволило уменьшить миграцию клеток кожи при заживлении экспериментальных надрезов и ожогов (JID). Снижение подвижности, как оказалось, стимулирует быстрое заживление с восстановлением волосных фолликулов и «подложки» в виде коллагеновых волокон.

Метастазирование опухолей, как известно, происходит за счёт аномальной миграции клеток, которую сотрудники Токийского университета и цюрихского Института технологии предложили сдерживать с помощью нитевидных наномицелл. Они образуются самосборкой, а для растворения в крови покрываются полиэтиленгликолем (PEG), и без его защиты быстро распадаются-деградируют в крови (накапливаясь в печени и селезёнке, что снижает их противоопухолевую эффективность). В Токио и Цюрихе к наномицеллам добавили полимер из глютаминовой аминокислоты, склонной образовывать трубкообразные альфа-спирали, наличие которых придаёт мицеллам оптическую активность (циркулярный дихроизм). Оптически активные наномицеллы не распадаются в крови и межклеточной жидкости, уверенно достигая клеток-мишеней, в которые они «сгружают» противоопухолевый препарат цисплатин, содержащий платину, откуда его название. После трёхнедельного введения нового препарата объём опухолей у мышей сокращался в 3-4 раза, что облегчало их удаление и снижало риск послеоперационных осложнений и побочных эффектов.

Иван ЛАРИН.

По материалам Nature Biotechnology.



## Мифы и факты

# Мальчик или девочка?

Форма живота или направление кольца...

Если живот у беременной женщины имеет правильную форму и выпирает спереди как мячик, значит, она ждёт мальчика. А если вес распределён более равномерно – значит, девочку. По крайней мере так говорят в народе. Любая мать подтвердит вам, что во время беременности все родственники и друзья считают своим долгом поделиться какой-нибудь народной приметой, позволяющей заранее узнать пол малыша.

### Бабушкины сказки

И даже незнакомые люди не могут пройти мимо будущей матери без того, чтобы не высказать свои предположения по поводу пола её ребёнка на основании таких «надёжных» признаков, как форма её живота.

Форма и размер живота в период беременности определяются двумя факторами. Первый из них – размер плода. Мальчики действительно в среднем крупнее девочек, и это может слегка отражаться на размере живота. Но на его форму эта небольшая разница в весе никоим образом не влияет.

Второй фактор – положение плода в утробе. Если он располагается спиной к животу матери, живот торчит наружу. Если спина младенца находится параллельно спине матери, живот получается более плоским. А поскольку положение плода в утробе никак не зависит от его пола, форма живота не может служить основанием для предсказаний.

Итак, если форма живота не позволяет определить пол ребёнка, что можно сказать об остальных народных поверьях? Подвешивать над животом обручальное кольцо и следить за тем, в какую сторону оно будет вращаться, совершенно бесполезно, поскольку младенец



в утробе никак не может повлиять на движения внешнего предмета. Не доказана и теория о том, что изменения в пищевых предпочтениях будущей матери как-то связаны с полом ребёнка.

Но правда ли, что женщин, которые ждут девочку, сильнее тошнит по утрам? Считается, что в таком случае будущая мать получает двойную дозу женских гормонов, и это вызывает тошноту. Однако это тоже миф. Обычно женщин тошнит по утрам в течение первых 12 недель беременности, когда развивающийся плод ещё совсем мал и уровень половых гормонов очень низок.

Единственный надёжный способ узнать пол ребёнка – это медицинское обследование: УЗИ, амниоцентез или биопсия ворсин хориона, когда из плаценты берут клеточный образец. Последние два исследования для определения пола проводятся только при наличии риска патологии плода, связанной с его полом. УЗИ применяется гораздо чаще, но в некоторых поликлиниках действует политика запрета на информирование родителей о поле ребёнка.

Впрочем, есть один признак, который может помочь опреде-

лить пол ребёнка, хотя и на очень поздней стадии беременности.

### Тяжёлые роды

Веками повитухи во время долгих родов шутили: «Тяжёлые роды – значит, будет мальчик». Но, по-видимому, в этой шутке есть доля правды. В одной из больниц Дублина (Ирландия), было проведено исследование 8 тыс. родов за период с 2000 по 2008 г.

Итак, учёные установили, что при рождении мальчиков роды в среднем протекали дольше и с большей вероятностью осложнений, требующих вмешательства, например кесарева сечения. Так что если роды протекают тяжело, это может служить указанием на то, что у вас будет мальчик. Но не забывайте о том, что такие прогнозы делаются на основании только лишь средних показателей и что многие тяжёлые роды заканчиваются появлением на свет девочки. Ну и потом, как только роды закончатся, вы и так узнаете пол своего малыша.

Юрий БЛИЕВ,  
обозреватель «МГ».

По материалам  
British Medical Journal.

## Осторожно!

Употребление переработанного красного мяса, в том числе бекона, сосисок и ветчины, может привести к возникновению рака, говорится в отчёте Всемирной организации здравоохранения.

Согласно данным ВОЗ, употребление 50 г мясopодуKтов в день – а это меньше, чем два ломтика бекона – увеличивает риск заболелания раком прямой кишки до 18%. Красное мясо, как отмечают представители организации, также может быть канцерогенным, хотя доказательств этому собрано пока недостаточно. К красным сортам мяса относят говядину, баранину и свинину.

# И вечный пост?

МясopодуKты могут вызывать рак

Вместе с тем представители организации подчёркивают, что мясо может быть также частью здоровой диеты. Мясо – хороший источник белков, витаминов группы В и минералов, таких как железо и цинк. Британская организация Cancer Research UK рекомендует не отказываться полностью от употребления мясopодуKтов, а сократить их употребление, и добавляет, что тем, кто иногда ест бутерброды с ветчиной, вряд ли стоит чего-то опасаться.

Переработанным считается мясо, прошедшее обработку, увеличивающую срок его хранения и изменяющую вкусовые качества: копчение, консервирование и добавление соли. Все эти виды обработки увеличивают риск заболелания раком. Обработка высокими температурами, например, приготовление над тлеющими углями, обычное для различных видов шашлыка, тоже может привести к образованию канцерогенных веществ.

Измельчённое свежее мясо переработанным не считается.

Международный отдел по исследованию рака ВОЗ в своём заключении опирается на последние научные данные. Переработанное мясо таким образом поставлено в один ряд, например, с радиоактивным плутонием и алкоголем, которые также провоцируют возникновение рака.

Однако сказанное больше относится к количеству употребляемого в пищу переработанного мяса, нежели к его употреблению вообще. Например, бутерброд

с ветчиной нанесёт здоровью намного меньше вреда, чем выкуренная сигарета.

«Если вы едите переработанное мясо, риск возникновения рака кишечника невелик, всё зависит от того, как много вы его едите», – говорит представитель ВОЗ доктор Курт Страйф.

Каждый год 34 тыс. человек в мире умирают от болезней, которые могут возникать из-за чрезмерного потребления мяса. Это немного по сравнению с курением, уносящим ежегодно около 1 млн жизней, и алкоголем, от которого ежегодно умирает приблизительно 600 тыс. человек.

Однако в пресс-релизе ВОЗ отмечается, что имеются неподтверждённые данные о том, что употребление 100 г мясopодуKтов в день увеличивает риск возникновения рака на 17%.

Профессор Тим Ки из Оксфордского отделения благотворительной организации Cancer Research UK пояснил: «Результаты исследования не означают, что нужно совсем исключить из своего рациона красное и переработанное мясо, но если вы слишком много его употребляете, стоит задуматься о том, чтобы пересмотреть свои привычки».

Представители промышленной организации Meat Advisory Panel заявили, что исключение из рациона красного мяса не может помочь предотвратить рак, основными причинами возникновения которого по-прежнему являются курение и алкоголь.

Юрий БОРИСОВ.

## Исследования

# Эпоха тревог

Согласно недавнему исследованию, мы тратим почти 2 часа в день на переживания по различным поводам. Кажется, что это не много. Но за всю жизнь набегаёт около 5 лет непрерывных волнений. В чём же причины душевных мук?

Опрос 2 тыс. британцев показал, что в среднем в неделю мы волнуемся 12 часов 53 минуты. Это около 4 лет и 11 месяцев за всю жизнь (в среднем 64 года).

Среди наиболее распространённых причин беспокойства: работа, финансовые проблемы, опоздания, здоровье близких, собственное здоровье, отношения, проблемы с транспортом, внешний вид, безопасность и семья. Волноваться для большинства из нас естественно. Но избыток переживаний может стать причиной проблем со здоровьем. Кроме того, это делает нас более раздражительными и депрессивными.

Контроль над беспокойством и стрессом является ключом к счастливой жизни. Более 60% участников отметили, что тревога повлияла на их благополучие, привела к проблемам в отношениях и даже к потере работы. В то время как около 34% людей готовы поделиться своими переживаниями, 25% всегда скрывают

беспокойство от окружающих. В целом 72% опрошенных отмечают, что они меньше волнуются, когда обсуждают проблемы с близкими.

Но есть ли во всех этих переживаниях смысл? 80% людей также признали, что, как правило, беспокоятся больше, чем нужно на самом деле. 76% уверены, что они стали больше волноваться по мере взросления. Исследование также обнаружило, что 70% людей и в самом деле предпринимали действия, чтобы успокоиться. Среди возможных способов снятия стресса были перечислены социальные взаимодействия, прогулки на природе и физическая активность.

«Самым главным, конечно, является отношение к проблеме. Попробуйте проще смотреть на жизнь и легче относиться к неурядицам. Кроме того, откажитесь от длительных, истощающих диет. Суровые ограничения в питании существенно поднимают уровень кортизола. Старайтесь больше отдыхать. Спите от 7 до 9 часов в день. Не увлекайтесь кофе, который повышает уровень кортизола на 25%, и практикуйте медитацию», – советуют специалисты.

Алина КРАЗУЗЕ.  
По сообщению DailyMail.

## Демография

# Китайское ноу-хау

Сразу несколько ведущих банков спермы в Китае озабочены привлечением новых доноров, призывая их сдавать семя в обмен на сертификаты, позволяющие купить 16-гигабайтный смартфон iPhone 6S.

Как говорят доктора, в Китае в настоящее время наблюдается острый дефицит донорского семени. В разных китайских провинциях клиники предлагают от 5 до 6 тыс. юаней (порядка 900 долл.) за определённое количество эякулята от полностью здорового донора. Например, клиника «Жэньцзи» в Шанхае предлагает 6 тыс. юаней за 40 мл семенной жидкости.

Произвести такое количество эякулята из себя мужчина может за 4-20 сеансов мастурбации в зависимости от своих индивидуальных особенностей. Донорам «Жэньцзи» предлагают сдать весь биоматериал «в рассрочку» за полгода.

В Великобритании, как и в Китае, охотников заработать на семени тоже не много. Там за визит мужчинам-донорам платят 35 фунтов стерлингов (около 54 долл.), однако клиники выразили готовность впрёд платить и выше – от 50 до 100 фунтов (то есть до 154 долл.). А в клиниках Калифорнии, на-



пример, ставки составляют около 50 долл. за эякуляцию.

Дания за несколько лет сумела превратить донорство спермы в популярное и распространённое занятие. Более того, семя датских мужчин высоко ценится за рубежом и охотно экспортируется в другие страны. Там за биоматериал мужчин платят 250 крон (38 долл. по нынешнему курсу).

В московском Репробанке принимают биоматериал от доноров, выплачивая 3 тыс. руб. за одну сдачу. В одной из столичных клиник прошедшим все анализы донорам предлагают 3,5 тыс. руб. за одну порцию эякулята.

Игорь НИВКИН.

По материалам  
агентства Синьхуа.



Этот снимок сделан, когда хирург одной из больниц Подмосковья Владимир Маслов, будучи уже в пенсионном возрасте, готовился к очередной операции, которых за свою трудовую биографию он сделал многие тысячи. А ведь работал он у операционного стола, стоя на... протезе.

Серьёзное ранение лейтенант-артиллерист В.Маслов получил в феврале 1942-го на Калининском фронте, выйдя до этого невредимым в составе артдивизиона из кровопролитных боёв при обороне Москвы. В госпитале ногу пришлось ампутировать, и выпускник 1-го Ленинградского артиллерийского училища устроился на вынужденной гражданке работать бухгалтером. Однако после того, как умер от смертельного недуга отец, Владимир Алексеевич, основательно подготовившись, поступил в тогдашний 2-й Медицинский институт им. И.В.Сталина.

Оперировать, будучи одноногим, это – смело, подумали, наверное, земляки, когда в 1949-м молодой хирург пришёл на работу в Моршанскую городскую больницу Тамбовской области. Но инвалид же. Что получится?

У Владимира Алексеевича всё получилось отлично. Хирургическое отделение возглавлял тогда заслуженный врач РСФСР Михаил Быстров, сумевший по достоинству оценить упорство молодого доктора и разглядеть его успешное будущее.

После смерти Быстрова в марте 1953 г. Маслов стал заведующим отделением и достойным преемником своего учителя. Он проводил многочисленные операции при ножевых и огнестрельных ранениях сердца, помогал онкологическим больным, занимался челюстно-лицевой хирургией с проведением последующей пластики. Делал операции на органах брюшной полости, вторгался в гинекологию и офтальмологию... Новый заведующий отделением успешно продолжил дело своего учителя по разработке прогрессивных методов тканевой терапии при тяжёлых лёгочных заболеваниях. Кроме того, почти все годы работы в Моршанской больнице Владимир Маслов заведовал ещё и пунктом переливания крови, работал в городской ВТЭК.

– В общем, был мастером на все

Из семейного альбома врача

# Хирург, победивший хаос

Он доказал право быть высоким профессионалом



Владимир Маслов

руки, – с гордостью сказал мне при встрече главный врач Брянского областного онкологического диспансера Андрей Бардуков и показал этот снимок. Племянник известного врача, сам ставший доктором под непосредственным влиянием дяди, Андрей Николаевич бережно хранит в домашнем архиве массу документов о жизни и деятельности своего дяди-наставника.

Вот, например, ещё фотографии. В Моршанске дядя сам построил, уже будучи инвалидом, себе дом. Работал и бетонщиком, и плотником, знал столярное дело. Бывало, отец нынешнего главврача Николай Алексеевич, пожалев брата, предложит отдохнуть: «Присядем, ведь столько уже перетаскали, рубахи

можно выжимать»... Владимир Алексеевич нехотя соглашается, а когда разматывает портянку, та оказывается... красной от крови.

Ещё фотография. Одноногий лыжник (попробуй догадайся!) упорно мчится через лес, оставив позади соперников по гонке.

А это – неплохой рыбный улов. С одной ластой (!) нырял под воду, успешно ловил раков, искусно управлял моторной лодкой. А уж хирург был, как говорится, от Бога. Много примеров можно привести, когда он вытаскивал земляков с того света, спасал, когда никому не верилось. Ухитрился однажды провести пациентке с врождённой патологией влагалища пластику из тонкой кишки. И это – в условиях обычной городской больницы!

Освоив нейрохирургию, успешно оперировал и в этой области. Нескольким талантливым ученикам, используя практический опыт классного хирурга Владимира Маслова, защитили кандидатские и даже докторские диссертации. Сам же «остепеняться» не стал.

Талантливого хирурга заметили не только на областном уровне. В 1971 г. Владимир Маслов был назначен заведующим хирургическим отделением московской городской больницы № 20. Высококласно продолжал работать и там. Был награждён орденом Трудового Красного Знамени.

Верно, видимо, подмечено, что настоящим врачом может быть только талантливый человек. Сыз-

мальства приучивший себя к неустанной кропотливой работе, Владимир Алексеевич шаг за шагом поднимался по ступеням мастерства, продолжая работать хирургом и в далеко преклонном возрасте.

Среди других документов в семейном архиве доктора хранится и этот акт № 34. Вот строки из по-военному лаконичного текста: «Мною, генерал-майором 3-й армии Литвиновым А.И. на основании Указа ПВС Союза СССР от 1.05.44 года вручены медали «За оборону Москвы» следующим бойцам и командирам...» Вторым в этом списке значится лейтенант Маслов Владимир Алексеевич. Награждён также ветеран орденами Отечественной войны I и II степени, медалью «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.» Есть у хирурга и медаль Жукова, медаль в честь 850-летия Москвы.

«С днём рождения можете меня не поздравлять, но с Днём Победы поздравляйте обязательно!» – любит говорить ветеран. Ему уже далеко за 90 лет. Однако Владимир Алексеевич по-прежнему бодр и жизнерадостен.

«...Человеческая личность окружена хаосом природных, общественных и исторических условий. Этот хаос часто бывает благоприятен к личности, но чаще враждебен к ней», – любит вспоминать известного философа А.Лосева доктор Маслов. Похоже, Владимир Алексеевич стоит над хаосом и всей своей жизнью, словом и делом доказал право быть настоящей личностью, высоким профессионалом.

Василий ШПАЧКОВ,  
соб. корр. «МГ».

Брянск.

Фото из домашнего архива  
В.Маслова.

## Ракурс

# Чем раньше, тем больше шансов

Лечение должны получить 37 млн ВИЧ-инфицированных

**Всемирная организация здравоохранения считает, что к 2030 г. мир должен одержать победу над СПИДом. Расширение доступа к лечению ВИЧ-инфекции предотвратит 21 млн смертей.**

## Основная цель ВОЗ

Антиретровирусную терапию – препараты против ВИЧ-инфекции – получают в настоящее время в мире 28 млн человек. ВОЗ полагает, что каждый человек, заразившийся ВИЧ, должен получать АРТ как только ему поставлен диагноз. Последние клинические исследования подтверждают, что чем раньше человек начинает курс АРТ, тем больше у него шансов на увеличение продолжительности жизни и снижение риска передачи вируса партнёру.

Лечение должно быть доступно людям всех возрастов и групп населения. Если это будет реализовано, то к 2030 г. будут предотвращены 21 млн смертей и 28 млн случаев заражения вирусом иммунодефицита.

Согласно новым рекомендациям ВОЗ, пациенты из группы повышенного риска заражения

ВИЧ-инфекцией должны проходить профилактический курс антиретровирусной терапии. В 2014 г. ВОЗ рекомендовала предоставлять комбинацию антиретровирусных препаратов в качестве меры до-контактной профилактики для гомосексуалистов и транссексуалов.

Теперь, когда профилактику можно считать эффективной и доступной, её следует предоставлять и другим группам населения, находящимся в зоне риска. В профилактику, как известно, входят тесты на ВИЧ, консультации, предоставление презервативов и шприцев.

Расширение доступа к профилактике и лечению ВИЧ – основная цель, к которой должны стремиться 194 страны, являющиеся членами ВОЗ. В итоге к 2030 г. мир должен одержать победу над СПИДом. Согласно плану организации, к этому времени 90% ВИЧ-инфицированных будут знать о своём диагнозе, 90% из них будут проходить антиретровирусную терапию, а также в крови 90% людей, проходящих лечение, не должны обнаруживаться следы вируса иммунодефицита.

Той же цели придерживаются и США, которые собираются потратить 50 млрд долл. на то, чтобы

на планете появилось поколение, свободное от СПИДа.

## Перейдём на отечественные препараты

Проводимая в России терапия ВИЧ-инфицированных пациентов является эффективной, зарубежные лекарства со временем будут заменяться отечественными, сделала официальное заявление Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор). Представители медицинского экспертного сообщества и общественных организаций пациентов также выступают за расширение применения отечественных препаратов, которые не уступают по качеству зарубежным аналогам.

В настоящее время в России проживает около миллиона ВИЧ-инфицированных, и это число год от года только растёт, в отличие от стран Африки, расположенных к югу от Сахары, сообщает «Федерал-Пресс». Но это только официальные цифры, которые, по всеобщему разумению, существенно недооценивают истинные масштабы ситуации.

В прошлом году 90 тыс. россиян заразились вирусом ВИЧ по срав-

нению с 3 тыс. жителей Германии, страны с самым низким уровнем заболеваемости СПИДом. Среди ВИЧ-инфицированных в России почти 60% – это потребители инъекционных наркотиков. Ещё одну группу составляют их сексуальные партнёры, так что вирус иммунодефицита человека распространяется, как лесной пожар, через заражённые шприцы и иглы.

Как сообщалось ранее, возможно, перед свадьбой россияне будут обязаны проходить тестирование на ВИЧ – такая инициатива рассматривается в Госдуме и Роспотребнадзоре. О введении по всей стране необходимого обследования перед заключением брака к главе федеральной службы Анне Поповой обратилась представительница Рязанского медуниверситета. Она рассказала, что в регионе по инициативе духовенства будущим молодожёнам предлагают провести анализ на наличие ВИЧ-инфекции перед свадьбой, и поставила вопрос о расширении такой практики. Главный государственный санитарный врач страны одобрила это предложение.

Иван ВЕТЛУТИН.

МИА Cito!

## Архивариус

В эти дни есть серьёзный повод отметить яркую дату в жизни отечественной медицины: 308 лет назад, 4 декабря 1707 г., в Москве был открыт первый военный госпиталь, который в настоящее время с гордостью носит известное на всю страну название – «Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко». Он стал первым российским государственным медицинским учреждением.

# Первый военный госпиталь

...До XVIII века все больные, страждущие и увечные могли получить врачебную помощь только в монастырях. Все на Руси – от холопа до боярина включительно – лечились у знахарей, а наезжавшие временами иностранные врачи пользовались некоторым вниманием только при царском дворе.

Своим появлением в России гражданская медицина обязана императору Петру I. После открытия 4 декабря 1707 г. «Московского гошпиталя» в Лефортово, первого государственного медучреждения, в этом здании открыли и Медико-хирургическую школу во главе с лейб-медиком Николаем Бидлоо, который написал первый отечественный учебник по медицине «Наставление для изучающих хирургию в анатомическом театре».

Первый выпуск лекарей, получивших образование в стенах медицинской школы госпиталя, состоялся в мае 1712 г. 4 выпускника – Степан Блаженев, Иван Беляев, Егор Жуков и Иван Орлов – в звании лекарей и подлекарей были направлены на Балтийский флот.

В 1770-1771 гг. медики госпиталя боролись с эпидемией чумы в России, потом в нём лечили раненых в Отечественную войну 1812 г. Тут проводил первые показательные операции под наркозом Пирогов, работали выдающиеся медики Щепин, Самойлович, Мухин, Герцен, Склифосовский, Плетнёв, Юдин, Бурденко. Во время Русско-японской войны 1904-1905 гг. главный госпиталь в очередной раз стал одним из основных центров оказания медицинской помощи.

В ходе Первой мировой войны была реализована идея Н.Н.Бурденко о специализации лечебных учреждений – по его инициативе при госпитале были созданы специализированные лазареты для лечения раненных в голову, грудь и живот.

В декабре 1918 г. по решению исполкома Моссовета это медицинское учреждение стало Первым коммунистическим красноармейским военным госпиталем, а в 1944 г. – Главным военным госпиталем Красной армии. Уже на 4-й день Великой Отечественной войны в него начали поступать раненные. Всего за годы войны в его стенах прошли лечение более 74 тыс. раненых и больных, 82% которых были возвращены в строй.

Примечательно, что госпиталь стал не только первенцем российской государственной медицины, но и колыбелью отечественной медицинской науки. В марте 1919 г. в стенах Московского военного госпиталя была открыта государственная высшая медицинская школа, которая состояла из 26 кафедр.

Ныне, конечно, это всем известное современное многопрофильное лечебное учреждение. В его составе более 90 специализированных лабораторий и отделений, 9 лечебно-диагностических центров. Но это уже, как говорится, другой разговор, который «МГ» по мере возможностей продолжит в дальнейшем.

Инна СЕРГЕЕВА.



Рыжий Билл открыл дверь, и Алексей попал в просторную светлую комнату. Слева у стены стоял полудиван-полукушетка, по углам два кресла, обтянутые серым сукном, у окна – большой полированный стол, уставленный штативами и пробирками. За столом сидел Мориссон, как всегда чисто выбритый, в очках, в белом халате. Он только что оторвался от микроскопа и делал пометки в тетради.

– Приветствую вас в моей скромной обители, – проговорил он, слегка улыбаясь. – Берите стул, садитесь.

Билл придвинул кресло, но Алексей продолжал стоять.

– Вы, конечно, возмущены и ждёте объяснений. Я отвечаю: в том, что вы попали сюда, я не виноват, в этом виноваты вы сами.

Мориссон достал зажигалку, чиркнул ею и долго раскуривал сигару, морщась от едкого дыма.

– Я буду краток, – проговорил он наконец. – Вторая половина XX века – удивительное время в истории человечества. Наука сделала гигантский скачок вперёд, обогнав самую дерзкую фантазию. Телевидение, лазеры, покорение космоса, выход человека на Луну и многое другое. В медицине это пересадка органов и тканей. Бог не дал человеку запасных частей, а они необходимы. Вам, конечно, известно, что врачи уже пересаживают почки от здорового больному. Никого уже не удивляет и пересадка сердца. Что касается меня, то я шагнул дальше всех. Я замахнулся на святая святых – человеческого мозг. Я сделал великое открытие...

– Вы не сделали открытия, вы его украли, – заметил Алексей.

– Не перебивайте. Я сделал в медицине великое открытие – нашёл уникальный способ пересадки головного мозга от человека человеку. Я прибыл в эту страну и начал сугубо мирную практику. И вот когда я стою на пороге массового лечения, когда начинаю приобретать мировую известность, приезжаете вы и начинаете проявлять невольный интерес к моей работе и моей персоне. Естественно, я вынужден был принять необходимые защитные меры. Мои люди внимательно следили за вами, подслушивали ваши телефонные разговоры. Чтобы вы не смогли мне помешать, я вынужден был перейти к активным действиям, и вот вы здесь...

На литературный конкурс

# Преступление доктора Мориссона

Отрывок из романа



– Что вы собираетесь со мной сделать? – спросил Алексей.

Мориссон пыхнул сигарой, перегнувшись через стол, передвинул пепельницу, сбил безымянным пальцем пепел.

– Я предлагаю вам сотрудничать со мной. Мне известно, что вы хороший хирург. Опасаться, что вы раскроете мой секрет, не приходится, поскольку он вам известен. Так что нам целесообразнее объединить силы. Я бы, конечно, мог убраться вату, но мне чужды такие методы, к тому же я остро нуждаюсь в квалифицированных помощниках. И вот сам бог послал вас ко мне...

Мориссон выжидательно посмотрел на Алексея. Тот ответил сразу.

– Прежде всего, – начал он, сев в кресло, – я не признаю за вами приоритета в открытии способа пересадки головного мозга, принципы пересадки разработаны у нас на животных профессором Нико-

лаевым; во-вторых, я никогда не изменю своей родине; в-третьих, смешно и дико предлагать мне участвовать в преступлении.

По лицу доктора Мориссона мелькнула снисходительная улыбка.

– Мне нравится ваш патриотизм и ваше целомудрие. Но должен сказать, что работа Николаева и моё открытие – не одно и то же. Николаев пересаживал головной мозг от животного животному, я же пересаживаю головной мозг от человека человеку, а это, как вы сами понимаете, не одно и то же.

– Вы забыли добавить, что один человек при этом погибает.

– Ничего не поделаешь... Наука требует жертв, – невозмутимо ответил Мориссон.

– Совершенно верно, наука требует жертв. Учёные, изготовив лекарство, вакцину, сыворотку, прежде всего пробуют их на себе. Вы же приносите в жертву других,

а себе кладёте деньги в карман. Это подло, низко, бесчеловечно!

С лица Мориссона не исчезала насмешливость.

– В мире всё относительно, – лениво потягиваясь, проговорил он. – Каждый день, каждую минуту под колёсами транспорта, от болезней и всякого чоха гибнут тысячи. Так что принести в жертву ради науки два десятка человек – сущие пустяки. Повторяю, всё относительно. Убейте вы ради куска хлеба булочника – вас посадят в тюрьму, а если уничтожите тысячу – о вас напишут в газетах, вы войдёте в историю. Наполеон убил сотни тысяч ни в чём не повинных людей, и ему поставили памятник. Мир безбрежен, люди – пылинки, жизнь – мгновение. К тому же такое положение в моей практике – дело временное.

Вскоре моё лечение будет основано на добровольной коммерческой основе. Какой-нибудь немущий вундеркинд, не имеющий средств и связей в обществе, обречённый на жалкое прозябание, продаёт за большие деньги богатому дураку свой мозг. Получает взамен более скромный мыслящий аппарат и живёт себе всю жизнь припеваючи, греется на солнышке, ест пирожные, не ударив палец о палец. С другой стороны, полноценный мозг, подкреплённый большими деньгами, проявляет себя в полной мере и делает чудеса. Обоюдная выгода, преступления нет, всё совершается полюбовно. Ведь уже сейчас люди продают для пересадки другому свой глаз, свою почку, и никто не считает это аморальным. А пока нужны жертвы. Они были и будут. Мы должны смотреть на это философски.

– Вы – чудовище! – перебил его Алексей. – Как вам пришло в голову предложить мне сотрудничать с вами?

– Я же сказал, – терпеливо объяснял Мориссон, – к этому вы вынудили меня сами. У меня нет другого выхода, как нет теперь его и у вас...

– У нас не может ничего быть общего. Вы приехали сюда, чтобы разбогатеть, я же никогда не изменю своей родине.

– Да что вам родина? Родина там, где хорошо, где полная обеспеченность. Здесь я вам гарантирую роскошную жизнь, свою машину, особняк за городом, женщин, известность, славу. А там что? Зарплата, профсоюзные взносы, очередь на двухкомнатную квартиру. Подумайте...

Алексей встал и с решительным видом запахнул пиджак.

– Я не желаю продолжать этот разговор. Вы не заставите меня сотрудничать. Сейчас я в вашей власти, но обстоятельства могут измениться, и вы попадёте в руки правосудия. Я в этом уверен. Мы будем судить вас показательным судом! – запальчиво добавил Алексей.

– Я не принимаю сказанного вами всерьёз, – сказал на прощанье Мориссон. – У вас будет время подумать... Билл, проводите русского доктора.

Рыжий детина услужливо распахнул дверь. Алексей вышел в коридор и крупными шагами пошёл к выходу. Рыжеволосый опередил его и показал рукой налево.

– Вам сюда...

Алексей переступил порог, дверь за ним захлопнулась, щёлкнул замок. Он очутился в маленькой комнате, в которой было только одно окно, закрытое коричневыми портьерами, кровать, стол, пара стульев и платяной шкаф.

Алексей подошёл к окну, отёрнул штору и увидел за стеклом решётку.

**ОБ АВТОРЕ.** Яков Кравченко окончил Воронежский медицинский институт в 1951 г. Работал хирургом в городе Острогожске Воронежской области. Преподавал в медицинском училище. Издал 8 книг художественной прозы. Член Союза писателей России. Лауреат Литературного конкурса им. М.А.Булгакова «МГ» 2013 г.

СКАНВОРД

|                                   |                                    |                             |                             |                           |                                    |                          |                                 |                        |                                 |                           |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |
|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|------------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Молоч.<br>продукт                 | Герпес,<br>таб-<br>летки           | "Авто-<br>стоп",<br>актриса | Нем.<br>тенис-<br>систка    | Туба                      | Вход<br>в храм                     | Звезда,<br>Близ-<br>нецы | Эстон.<br>живо-<br>писец        | Ами-<br>силь-<br>прид  | Коме-<br>дия<br>Арис-<br>тофана | Мираж                     |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |
| Пудес-<br>невой<br>гнойник        | Часть<br>арт.<br>орудия            | Пульке,<br>травя            | Внешне-<br>торг.<br>договор | Синусит,<br>препар-<br>ат | Чередо-<br>вание<br>муз.<br>звуков | Деньги,<br>Йемен         | Аист                            | Цвета-<br>ева,<br>цикл | Крючок<br>(стар.)               | "...<br>окнами<br>в поле" |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |
| Индий-<br>ский<br>муз.<br>инстр-т | "Белые<br>..."<br>Досто-<br>евский | Знак<br>Зоди-<br>ака        | Борт<br>судна               | Прядь,<br>культу-<br>ра   | Дре-<br>весный<br>лист             | Троя                     | "Шум-<br>ный<br>день",<br>актер | "...<br>гряде-<br>ши"  |                                 |                           |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |
| Хряк                              | Запрет                             | Рудник<br>(устар.)          | Угол,<br>направ-<br>ление   | Нота                      | Долма                              | А                        | К                               | У                      | Л                               | Е                         | С             | В             | И             | Т             | О             | Р             | Г             | А             | Н             | Ю             | Е             | В             | О             | И             | Н             | А             |
| Автор<br>Валерий<br>Шаршуков      | Само-<br>лет                       | Богиня<br>победы            | Тугопл.<br>металл           | Башки-<br>рия             | Башки-<br>рия                      | Башки-<br>рия            | Башки-<br>рия                   | Башки-<br>рия          | Башки-<br>рия                   | Башки-<br>рия             | Башки-<br>рия | Башки-<br>рия | Башки-<br>рия | Башки-<br>рия | Башки-<br>рия | Башки-<br>рия | Башки-<br>рия | Башки-<br>рия | Башки-<br>рия | Башки-<br>рия | Башки-<br>рия | Башки-<br>рия | Башки-<br>рия | Башки-<br>рия | Башки-<br>рия | Башки-<br>рия |

Ответы на сканворд,  
опубликованный  
в № 89 от 27.11.2015.