

# Медицинская

16 декабря 2015 г.  
среда  
№ 94 (7616)

# Газета®

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

В центре внимания

## Статус госпиталей... – нерентабельность?!

### Этим возмущены ветераны войн, и их мнение разделяют члены РАГВВ

«С особым статусом» – «госпиталей для ветеранов войн – специальную защиту» – 24 июня 2015 г. «Медицинская газета» опубликовала фоторепортаж своих корреспондентов с совещания руководителей госпиталей для ветеранов войн, которое провело Министерство здравоохранения РФ в Москве, и с торжественной церемонии награждения 6 победителей III Всероссийского конкурса на звание «Лучший госпиталь ветеранов войн» в Самаре, посвящённых 70-летию Великой Победы.

Организаторами их выступили Минздрав России и Реабилитационная ассоциация госпиталей ветеранов войн (РАГВВ). Вышеназванное совещание было названо историческим и судьбоносным. Потому что, во-первых, было сделано заявление председателя Совета Федерации РФ Валентины Матвиенко о том, что для пресечения попытки перепрофилировать и даже закрыть эти специальные лечебные учреждения для защитников Отечества разработано два законопроекта о сохранении госпиталей, направленные в Государственную Думу РФ. В них указывается, что не только ликвидация их, но даже сокращение коечного фонда может осуществляться только решением федерального правительства. «Это даёт гарантии, что самоуправления на местах не будет» – Валентина Матвиенко.

Опыт попечительских советов госпиталей, руководимых губернаторами Самарской и Ульяновской областей, рекомендовано было распространить повсеместно. И это вызвало бурные аплодисменты всех участников совещания. Во-вторых, прямо на совещании был назначен ответственный за госпитали ветеранов войн в Минздраве России. По решению министра Вероники Скворцовой им стал первый заместитель руководителя нашего важнейшего штаба охраны здоровья народа Игорь Каграманян. А одна из ответственных представительниц Федерального фонда ОМС дала разъяснения о «новых способах оплаты медицинских услуг по оказанию стационарной медицинской помощи в системе ОМС», утверждённых приказом министра здравоохранения РФ 15 декабря 2014 г., – успокоила всех начальников госпиталей тем, что в рекомендациях учтено, что все государственные больницы, в рамках проектов финансирования из ОМС, как по клиничко-статистическим группам (КСГ), так и по клиничко-профильным группам (КПГ), оказывающие стационарную специализированную медицинскую помощь населению всего региона (областные, краевые, республиканские), могут быть отнесены к ме-



Президент РАГВВ профессор Олег Яковлев, председатель Совета Федерации Валентина Матвиенко, министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова во время встречи с главными врачами госпиталей для ветеранов войн в июне этого года

дицинским организациям третьего уровня, независимо от наличия высоких медицинских технологий; для оплаты стационарных услуг лицам, возраст которых превышает 75 лет, вводится специальный коэффициент и т.д. «Всё это, конечно, касается, таких специальных учреждений, какими являются госпитали, но всё это решается на уровне региональных органов управления здравоохранением».

#### Оказались беззащитными

Не успели отгремить залпы парадных салютов юбилея Великой Победы, как специальная защита госпиталей для Великих Победителей и их детей, участников боевых действий, стала таять на глазах. И к концу юбилейного года большее количество госпиталей с круглосуточными стационарами менее

400 коек оказались беззащитными перед региональными реформаторами здравоохранения (абсолютное большинство 52 из 64, кроме больших с ВМП и Республиканского Крымского госпиталя, который, естественно, только «вживается» в систему ОМС, благодаря, в том числе, и безвозмездному обучению всего врачебного персонала, экономистов на выездных циклах кафедры медицинского страхования уникального Медицинского университета «РЕАВИЗ» – лауреата премии Совета Федерации «Элита национальной экономики»). По просьбе руководства Министерства здравоохранения РФ в настоящее время организует такое же благотворительное обучение для врачей Севастопольской больницы, в стенах которой в этом году открылось отделение для ветеранов войн).

(Окончание на стр. 5-7)



Лео БОКЕРИЯ, президент Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России, академик РАН:

Прогресс в лечении больных сердечно-сосудистого профиля в нашей стране имеет устойчивый характер.

Стр. 10

Михаил КУКУШКИН, заведующий лабораторией фундаментальных и прикладных проблем боли Института общей патологии и патофизиологии, профессор:

Неоправданным лечением и бесконтрольным употреблением лекарств мы сами провоцируем абзусную головную боль.

Стр. 11



Перемены

## Создана единая служба

В Астраханской области произошло объединение территориального Центра медицины катастроф и Станции скорой медицинской помощи Астрахани в государственное бюджетное учреждение «Центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи». Возглавил учреждение доктор медицинских наук Игорь Болотников.

При учреждении создан единый диспетчерский центр. Здесь же будут следить за передвижением автомобилей скорой помощи, оснащённых ГЛОНАСС.

«Это позволит исключить дублирование функций как при передаче информации, так и при оказании медицинской помощи, – говорит И. Болотников. – Бригады на вызов будут прибывать быстрее. Врачи скорой помощи смогут в любое время при необходимости консультироваться у соответствующих

специалистов центра катастроф».

Заметным положительным эффектом объединения служб является создание современной учебной базы для медицинских организаций. В центре медицины катастроф имеется симуляционный центр, в котором проводится обучение населения и сотрудников специальных служб приёма оказания первой помощи, а также осуществляется отработка практических навыков медицинскими работниками на компьютеризированных манекенах. На Станции скорой медицинской помощи действует обучающий класс для отработки практических навыков медперсонала. Их использование приведёт к улучшению подготовки кадров медицинских организаций Астрахани и районов области.

Анна ЛЮБЕЗНОВА, сотрудник Министерства здравоохранения Астраханской области.

**DIXION**  
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ОСНАЩЕНИЕ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ

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

## Новости

## В помощь доктору

Для московских врачей разработали инструкцию, в которой прописано, как доктор должен общаться с пациентом, которому поставили тяжёлый диагноз.

Курс по психонкологии для московских онкологов, психиатров, психотерапевтов и специалистов по паллиативной помощи прошёл в городской клинической больнице им. С.П.Боткина. Он подготовлен при участии Департамента здравоохранения Москвы и ведущих специалистов в области психиатрии и онкологии и собрал наиболее эффективные алгоритмы действий врача в типичных для онкобольных и их родственников ситуациях.

Врачей обучали и тому, как психологически подготовить пациентов к диагнозу «рак». Как известно, для таких больных момент сообщения о диагнозе, обсуждение плана лечения и прогноза по заболеванию сопряжены с большим стрессом. То, как врач общается с пациентом, сильно влияет на уровень доверия к предлагаемому курсу лечения, что само по себе влияет на прогноз по течению заболевания.

Инструкция единая, и всем врачам рекомендовано её придерживаться. Алгоритм действий определяет, что специалист должен делать в различных ситуациях.

Марк ВИНТЕР.

Москва.

## Ещё один ФАП

В селе Песковатка Воронежской области сдан в эксплуатацию новый фельдшерско-акушерский пункт. Социальный объект возведён в рамках реализации областной целевой программы «Развитие здравоохранения».

ФАП построен для 500 жителей села. В нём предусмотрены процедурный кабинет, приёмная, комната для хранения лекарств и служебные помещения. В ближайшее время здесь откроется аптечный пункт. А вообще в минувшем году лискинские медики справили новоселье в трёх сёлах – там тоже были построены ФАПы.

Оксана КОЗЛОВА.

Воронежская область.

## Полезная памятка

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Приморского края выпущена памятка, которая поможет жителям региона разобраться в нюансах предоставления им качественной и доступной медицинской помощи. По словам Елены Агафоновой, директора ТФОМС Приморского края, в памятке специалисты постарались кратко и чётко дать ответы на вопросы, которые чаще всего поступают на горячую линию. Среди них – какие бесплатные медицинские услуги положены по полису ОМС, что делать и к кому обращаться, если врач предлагает оплатить лечение?

Особенно важной для пациентов будет информация о том, как действовать в том случае, если гражданин оплатил услугу, которая входит в территориальную программу ОМС и, следовательно, должна предоставляться бесплатно. Кроме того, в памятке содержатся точные сведения о страховых медицинских организациях, работающих на территории региона.

Памятка будет полезна каждому жителю края, – убеждена руководитель приморского ТФОМС. – Мы её передали во все медицинские организации Приморья, которые взяли обязательства разместить её в доступных для граждан местах.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Владивосток.

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

## Прощай, друг



Не стало нашего товарища, журналиста высокого уровня и хорошего человека Юрия БЛИЕВА. Член Союза журналистов России, заслуженный работник культуры РФ, отличник здравоохранения, Юрий Борисович был настоящим мастером нашего дела, чувствовал и ценил слово.

Как и многие представители своего поколения, имел непростую биографию. Учился в Ставропольском суворовском военном училище, школе рабочей молодёжи, трудился на стройке, рабочим сцены ТЮЗа, сотрудником многотиражной газеты на заводе, почтальоном Тбилисского почтамта, помощником мастера гидрогеологической экспедиции, слесарем в ЖЭКе... Но предназначение взяло своё – в итоге созрел и поступил на факультет журналистики Московского университета... А дальше в его трудовой книжке были заведующий отделом городской газеты в Подмоскovie, корреспондент газеты «Лесная промышленность», заведующий отделом журнала «Лесная новь». Но большую часть его журналистской биографии – 34 года – составила «Медицинская газета».

Его рождение в Тбилиси в победном 1945-м, наверное, сказалось на дальнейшей судьбе. Он всегда и во всём стремился быть победителем. Был честолюбивым, обладал взрывным темпераментом. В течение всей жизни отличался активностью, инициативностью, задания выполнял оперативно и на достойном уровне. По характеру дарования больше тяготел к репортажу, фельетону. С увлечением работал над темами, связанными с экономическими аспектами здравоохранения.

Когда заболел, смело, остро, в «блиевском духе» сообщил об этом читателям всей страны. В сложной ситуации, связанной с состоянием собственного здоровья, опубликовал не один материал на эту непростую тему.

23 октября отметил своё 70-летие. Он знал о своём скором уходе и мужественно принимал это.

Мы скорбим и выражаем искреннее соболезнование супруге, детям, всем близким Юрия Борисовича. Мы будем его помнить.

Друзья, коллеги.

## События

## Круглые сутки – в рабочем режиме

Медикам экстренной помощи Омска есть чем гордиться

Клинической больнице скорой медицинской помощи № 1 Омска на днях исполнилось 25 лет. Конечно, это событие отмечается различными торжественными мероприятиями, но учреждение продолжает работать в круглосуточном режиме. Медикам некогда, да и нельзя, несмотря даже на юбилей, расслабляться, потому что они часто оказывают своим пациентам не просто медицинскую – экстренную помощь, когда пострадавшие балансируют на грани жизни и смерти.



Коллектив Омской клинической больницы скорой медицинской помощи № 1 работает в круглосуточном режиме

Научно-практическая конференция, посвящённая знаменательной дате, была предельно деловой – о клинических и прикладных аспектах критических состояний пациентов, которые находятся на лечении в 13 отделениях. Это не считая анестезиологического отделения, 6 реанимационных на 84 койки и нескольких палат интенсивной терапии. А ещё на конференции шла речь о знаменитом отделении острых отравлений – единственном в составе больниц скорой помощи на зауральской территории России, и ожоговым центре, в котором спасают людей даже с площадью ожога до 75%.

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1 – учреждение многопрофильное, и в его стенах одновременно проходят лечение свыше тысячи

человек, причём живущих не только в Омске, а во всём Прииртышье. Ежегодный показатель только по стационарной помощи – более 28 тыс. пациентов, из которых 98% поступают в больницу по неотложным показаниям. Впечатляет и такая цифра – в среднем за год здесь выполняется не менее 10 тыс. сложнейших хирургических операций.

Не случайно и то, что в ГКБСМП-1 базируются 6 кафедр Омского государственного медицинского университета и кафедра сестринского дела Омского областного медицинского колледжа. Будущим специалистам высшего и среднего медицинских звеньев есть у кого

поучиться – в клинике, штат которой превышает 1300 сотрудников, работают 9 заслуженных врачей РФ, 2 заслуженных работника здравоохранения, 8 отличников здравоохранения, 13 медицинских сестёр имеют высшее сестринское образование, а 27 врачей – победители и лауреаты регионального конкурса «Лучший врач года». Так что коллективу Омской городской клинической больницы скорой медицинской помощи № 1, которой исполнилось четверть века, есть чем гордиться.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Омск.

## Проекты

## Настрой на диализный центр

Вопреки многим преградам его намерены построить в Твери

Три года назад в Твери начали грандиозное строительство первого в регионе диализного центра. По инициативе правительства области при контроле регионального Минздрава был заключён договор с иностранными инвесторами, которые взяли соответствующие обязательства.

Этот центр также задумывался как первое в России специализированное областное учреждение для оказания медицинской помощи пациентам с терминальной почечной недостаточностью. Необходимость такого объекта очевидна – в Тверском регионе более 200 человек состоят на учёте в областной клинической больнице с диагнозом «хроническая почечная недостаточность», всем им требуются диализные процедуры.

Именно областной диализный центр должен был по задумке местного руководства здравоохранения во многом разрешить эту проблему. Трёхстороннее соглашение о сотрудничестве в рамках реализации этого инвестиционного проекта было подписано между правительством Тверской области, немецкой фирмой и российской строительной компанией. Согласно этому документу, в Твери должно быть построено учреждение здравоохранения, общий объём инвестиций в строительство и организацию центра с учётом регулярного обновления его инфраструктуры должен был составить около 200 млн руб. Впечатляли и масштабы запланированной медицинской помощи – новый центр предполагал

проведение до 37 тыс. диализных процедур в год.

Однако складывающаяся политическая и экономическая ситуация в России внесла свои коррективы. В связи с введением не безызвестных санкций соглашение было прервано, а его реализация приостановлена на неопределённый срок.

По инициативе Министерства здравоохранения Тверской области в Твери было проведено заседание профильной комиссии по нефрологии Минздрава России под руководством ведущего специалиста страны профессора Евгения Шилова. Этот широкомасштабный форум вызвал широкий резонанс в медицинской среде и привлёк в регион не только врачей-нефрологов из других областей, но и потенциальных инвесторов в диализную службу. Возникшая в Твери проблема не оставила равнодушными ни специалистов-медиков, ни строителей. В результате проведённого выездного заседания руководством Тверского Минздрава удалось заинтересовать новых инвесторов, которые обещали продолжить начатое дело.

И вот буквально на днях министр здравоохранения Тверской области Роман Курынин провёл выездное совещание по развитию диализной службы на территории региона и осмотрел недостроенное здание центра, которое располагается на территории областной клинической больницы. В совещании приняли участие не только сотрудники Минздрава, представители нефрологической службы региона, но и новые партнёры

по реализации данного проекта. Принято совместное решение об изыскании дополнительных источников финансирования и о продолжении строительства важного социального объекта, оснащённого всем необходимым современным оборудованием.

По твёрдому убеждению правительства области, формирование системы высокотехнологичной медицинской помощи является важнейшим направлением модернизации здравоохранения региона. Наряду с крупным перинатальным центром, сетью сердечно-сосудистых и межрегиональных медицинских центров областной диализный центр позволит поднять тверскую медицину на принципиально новый уровень. Его создание и эксплуатация будут проводиться в соответствии с действующими международными и российскими стандартами. Количество проводимых процедур и номенклатура услуг определяются Министерством здравоохранения Тверской области в рамках государственного заказа при формировании территориальной программы бесплатной медицинской помощи.

Как сообщает региональный Минздрав, ввод в эксплуатацию данного центра планируется провести в конце II квартала 2016 г. С его открытием дополнительно появятся 40 диализных мест для пациентов, которые получают жизненно необходимую помощь.

Максим СТРАХОВ,  
внешт. корр. «МГ»,  
врач.

Тверь.

На контроле

## Счётная палата защитит права пациентов

**Страховые медицинские организации, получив за 2 года доходы в объёме свыше 50 млрд руб. из системы ОМС, не справляются с задачей защиты прав пациентов. Об этом сообщила Счётная палата РФ по итогам проверки эффективности использования страховщиками средств ОМС.**

Аудитор Александр Филипенко заявил, что в 2014-2015 гг. на обеспечение деятельности страховых медорганизаций было выделено 53 млрд руб. из ОМС. Около четверти доходов страховщиков составляют средства от применения различных санкций к медучреждениям, но они не всегда справедливы.

Доходы страховых медицинских организаций из средств ОМС должны быть законодательно ограничены до 1% целевых средств территори-

альных фондов, говорится в сообщении Счётной палаты по результатам проверки использования страховщиками средств ОМС в 2014 и 2015 гг. В настоящее время компании могут тратить на собственные нужды до 2% от страховых «медицинских» денег.

«Страховые медорганизации не в полной мере осуществляют деятельность по защите прав застрахованных лиц, реагируя лишь на обращения застрахованных, не проводят текущий контроль за оказанием медицинской помощи застрахованным лицам, не оценивают условия пребывания пациентов в медицинских организациях и не информируют территориальные фонды ОМС о выявленных нарушениях», – говорится в отчёте СП.

В СП РФ считают, что экспертиза качества медпомощи зависит только от квалификации эксперта

страховой компании. «Требования к проведению экспертизы отсутствуют, что повышает риск субъективных подходов к оценке нарушений и приводит к применению к медорганизациям санкций без правовых на то оснований», – ещё одна цитата из выступления аудитора СП РФ Александра Филипенко.

«В сложившихся социально-экономических условиях полагаем необходимым рассмотреть вопрос о целесообразности внесения изменений в законодательство в целях изменения роли страховых медорганизаций и их финансового обеспечения, с возможностью на основе анализа их последующего исключения из участников ОМС», – считает аудитор ведомства.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Москва.

Официально

## Минздрав вносит изменения в порядок

**Министерством здравоохранения Российской Федерации разработаны проекты приказов «О внесении изменений в Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» и «О рекомендуемом образце информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины».**

Первый документ предусматривает включение в перечень основных задач диспансерного наблюдения женщин в период беременности, задачи сохранения беременности и предупреждения её искусственного прерывания.

Для этой цели до проведения аборт предлагается проводить ультразвуковое исследование для визуализации эмбриона и его сердцебиения.

Вторым документом утверждается новый образец информиро-

ванного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины, включающий предоставление пациентке информации о проведении аборта, о действии назначаемых лекарственных препаратов, этапах обезболивания, а также разъяснения возможных осложнений и негативных последствий, связанных с проведением искусственного прерывания беременности.

Соб. инф.

## Новая форма — пропуск в ЕЭС

**Как сообщил директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай, министерством начата разработка проекта приказа «Об утверждении формы регистрационного удостоверения лекарственного препарата для медицинского применения».**

Форма регистрационного удостоверения лекарственного препарата для медицинского применения – это основной документ, подтверждающий факт его регистрации на территории Российской Федерации.

Новая форма регистрационного удостоверения не будет обязывать держателей или владельцев регистрационных удостоверений старого образца перерегистрировать лекарственные препараты, но те препараты,

которые сейчас находятся в процессе регистрации, получат новые удостоверения.

Преимуществом новой формы должно стать то, что она будет составлена с учётом подготовки аналогичной формы в отношении лекарственных препаратов, обращение которых будет осуществляться в соответствии с требованиями Евразийского экономического союза.

Это значительно упростит держателям или владельцам регистрационных удостоверений нового образца дальнейший переход на соответствующие удостоверения Евразийского экономического союза.

Соб. инф.

## Признать утратившими силу

**Минздравом России разработан проект постановления Правительства Российской Федерации «О признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации».**

Проект постановления Правительства РФ ставит перед собой задачу приведения в соответствие с действующим законодательством нормативно правовых актов Правительства Российской

Федерации и носит технический характер. Так, в связи с утверждением перечня тяжёлых форм хронических заболеваний, при которых невозможно совместное проживание граждан в одной квартире, и перечня заболеваний, дающих инвалидам, страдающим ими, право на дополнительную жилую площадь, становятся неактуальными соответствующие перечни, утверждённые постановлениями Правительства РФ. Стоит отметить, что указанные перечни

утверждены приказами Минздрава России в 2012 г. и были детально проработаны совместно с профессиональными медицинскими ассоциациями в части уточнения отдельных групп заболеваний, по которым положены льготы. Проект постановления Правительства РФ «О признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации» размещён для общественного обсуждения на официальном сайте.

Соб. инф.

Сотрудничество

## Учиться и учиться

**Более тысячи врачей Ульяновской области должны пройти курсы повышения квалификации в 2015 г. Из них около 850 специалистов уже усовершенствовали знания и навыки в рамках внедрения в регионе системы непрерывного профессионального образования медработников.**

А недавно состоялась встреча губернатора области Сергея Морозова с мэром Москвы Сергеем Собяниным, в ходе которой подписано соглашение между правительствами Москвы и Ульяновской области и утверждён план мероприятий по её реализации на 2015-2017 гг. В частности, С.Морозов обратился к С.Собянину с просьбой о содействии в организации обучения

ульяновских медиков на базе нового медицинского центра при ГКБ им. С.П.Боткина. В нём врачи в рамках повышения квалификации смогут проводить операции на виртуальных пациентах.

– Мы ежегодно стараемся расширять сотрудничество с федеральными образовательными учреждениями по подготовке и переподготовке кадров. Обучение ульяновских врачей в уникальном медицинском центре при ГКБ им. С.П.Боткина станет большим подспорьем в повышении качества оказываемой медицинской помощи, – отметил министр здравоохранения Ульяновской области Павел Дегтярь.

Виктория ГУРСКАЯ,  
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

Ну и ну!

## «Мёртвые души», или Старая поэма на новый лад



**Одной из распространённых тенденций современного искусства, будь то театр, кинематограф, литература, стало повторение сюжетных ходов оригинала, типов характеров, изображая их при этом в новых исторических и социальных условиях. Явление это получило название «ремейк».**

Понятно, медицина не может жить изолированно, и до нее докатываются «модные» тренды. Не так давно Минздрав России инициировал проверку сведений о нарушениях в Московском городском фонде обязательного медицинского страхования. Речь идёт о врачебных приписках. По словам главы Федерального фонда ОМС Н.Стадченко, в некоторых медучреждениях были заключены договоры на получение платных медицинских услуг, которые предоставляются... бесплатно. В социальных сетях появилась информация о том, что пациенты столичных поликлиник обнаружили записи о медицинских услугах, которые они не получали.

В настоящее время Минздрав России, Департамент здравоохранения Москвы и Московский фонд ОМС проводят проверки выявленных нарушений. На сайте Росздравнадзора жители столицы могут пожаловаться на приписки.

Кстати

Вице-мэр Москвы по социальным вопросам профессор Леонид Печатников отменил утверждённый Минздравом план по диспансеризации и вакцинации для столичных медучреждений. Таким образом предпологается бороться с приписками – внесёнными в амбулаторные карты записями о медицинских услугах, которые на самом деле не были оказаны.

В столичный фонд ОМС уже поступило не менее 22 тыс. жалоб на приписки. Кроме того, Л.Печатников поручил главе Департамента здравоохранения столицы Алексею Хрипуну разработать систему стимулирующих выплат, благодаря которой врачи не будут зависеть от количества оказанных медуслуг.

Москва.

Валентин СТАРОСТИН.

Программа «Земский доктор» в 2016 г. будет существенно расширена, а схема её авансирования изменится, сообщил заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Сергей Дорофеев. В эту программу будут включены не только сёла, но и посёлки городского типа. Также будет изменено финансирование в пользу регионов – её участников.

Минздрав России уже привлёк в 2014 г. к работе в сёлах более 3 тыс. молодых врачей. Выплаты переехавшим в сельскую местность медработникам в 2015 г. составят 3,2 млрд руб.

«Программа «Земский доктор» будет в 2016 г. существенно расширена, хотя Минфин очень сильно хотел её свернуть и даже анонсировал это в прессе. Тем не менее программа не просто будет продолжена, а даже расширена по нашему настоянию», – говорит С.Дорофеев.

По его словам, в программу будут включены также посёлки городского типа, будет изменено финансирование в пользу регионов-участников. Если раньше схема предполагала паритетное финансирование (50 на 50), то теперь федеральный бюджет будет выплачивать 60% «подъёмных», а субъект Федерации возьмёт на себя оставшуюся сумму. «Чтобы привлечь в первичное звено большее количество врачей и тем самым чуть-чуть побыстрее выполнять те задачи, которые ставятся», – пояснил зампред думского комитета.

«Земский доктор» по праву является одной из самых востребованных и эффективных целевых программ в сфере здравоохранения, считает член Комитета Госдумы РФ по охране здоровья доктор медицинских наук Салия Мурзабаева. Положительная динамика, безусловно, есть, отмечает она. Реализуемая с 2012 г. программа позволила привлечь в сельские населённые пункты и рабочие посёлки более 16 тыс. молодых специалистов, что значительно выправило кадровый дисбаланс в отрасли. Если

Кагры

# Вокруг села да около

## «Земский доктор» получает новое дыхание



Реализация «Земского доктора» в 2016 г. будет продолжена с изменениями

с 2007 г. по 2011 г. число сельских врачей в стране сократилось примерно на 4%, то с 2012 г. по 2014 г., во многом благодаря «Земскому доктору», оно увеличилось на 14,7%. Сегодня «Земский доктор» по праву является одной из самых востребованных и эффективных программ в сфере здравоохранения.

Вместе с тем С.Мурзабаева отметила, что при переезде на село врачи сталкиваются с рядом проблем. «Как показывает практика, – сказала она, – молодых специалистов, прежде всего, не устраивает размер заработной платы. На втором месте среди проблем – отсутствие достойных жилищных условий. Многие недовольны неразвитостью социальной

инфраструктуры. К этим трудностям добавляется сложность повышения квалификации и ограниченность карьерного роста. Поэтому для мотивации врачей работать в посёлках в первую очередь необходимо позаботиться об их дополнительной социальной поддержке. Стоит отметить, что во многих регионах это уже делается. Где-то медиков обеспечивают служебным жильём с возможностью последующей приватизации, где-то оплачивают им аренду квартир. В некоторых субъектах Федерации предусмотрены ежемесячные денежные доплаты молодым специалистам».

Несмотря на то, что программа «Земский доктор» действует на федеральном уровне, многие субъекты РФ, с учётом фактиче-

ской потребности в кадрах, ответственно подходят к решению проблемы, реализуя собственные региональные программы поддержки медицинских работников, заметила С.Мурзабаева. Так, например, во Владимирской области всем молодым специалистам, окончившим интернатуру и ординатуру, выплачивают по 100 тыс. руб. В рамках программы предоставления грантов Правительства Республики Татарстан врачам, прибывшим на работу в республику в 2014 г., на основании решения конкурсной комиссии предоставлялись гранты размером 500 тыс. руб. для улучшения жилищных условий. В Башкортостане с 1 января 2012 г. осуществляются выплаты единовременного пособия в размере 100 тыс. руб. врачам, работающим или изъявившим желание работать в сельских учреждениях здравоохранения. Региональной кадровой программой Республики Карелия предусмотрены: единовременная выплата врачам в размере 100 тыс. руб. и средним медработникам в размере 50 тыс. руб. при трудоустройстве в учреждение здравоохранения, расположенное в муниципальном районе. С 1 января 2015 г. в Магаданской области осуществляется выплата единовременного подъёмного пособия молодым специалистам при переезде к новому месту работы: врачам – 300 тыс. руб., а средним медработникам – 150 тыс. руб.

«Мало того, запущенная в 2015 г. в Новосибирской области программа «Земский фельдшер», согласно которой каждому молодому специалисту среднего звена, переехавше-

му на работу в сельскую местность, выплачивается единовременная выплата в размере 500 тыс. руб., сегодня получает распространение по всей стране», – заметила депутат. Это факт отрадный. «Земский фельдшер» сегодня действует в Томской, Волгоградской и Владимирской областях. В 2016 г. начнёт реализовываться в Оренбургской, Якутии и Ульяновской области.

Безусловно, реализация «Земского доктора» будет продолжена и в следующем году, но в неё будут внесены существенные изменения, отметила С.Мурзабаева. Так, согласно предложениям Федерального фонда ОМС, в программу включат посёлки городского типа, предельный возраст участников возрастёт с 45 до 50 лет, а доля финансового участия ФОМС будет увеличена до 60%.

И всё-таки, главная сложность при реализации программы, как подчеркнула депутат, – с учётом нынешней экономической ситуации в регионах России – софинансирование программы субъектами РФ. Предлагаемое снижение расходов региональных бюджетов лишь на 10%, к сожалению, не сможет гарантировать полное выполнение программы и эффективное использование всех выделенных средств федерального бюджета, полагает она. В связи с этим «Единая Россия» будет настаивать на более значительном сокращении в 2016 г. доли софинансирования программы субъектами РФ. Повторение ситуации прошлого года – недопустимо.

Константин ШЕГЛОВ,  
обозреватель «МГ».

## Деловые встречи

В Москве прошёл ставший уже традиционным семинар Федерального фонда ОМС на тему «Вопросы управления государственными финансами в 2016 г. в системе обязательного медицинского страхования», в котором приняли участие более 100 главных бухгалтеров и руководителей финансовых служб фондов ОМС из различных регионов России.

Открывая семинар, заместитель председателя Федерального фонда ОМС Ирина Соколова отметила, что присутствие территориальных фондов ОМС на семинаре с каждым годом увеличивается, а его участники имеют возможность «в живую» делиться опытом друг с другом. Кризисный 2015 г. был во многом неоднозначным и оставил немало сложностей в области финансирования. 30 ноября всем фондам были направлены средства в соответствии с постановлением Правительства РФ № 1246 на дополнительное финансовое обеспечение специализированной медицинской помощи территориальных программ ОМС. Средства были выделены в связи с ростом цен на лекарственные препараты, медицинские изделия и реактивы. Все неосвоенные до 1 января 2016 г. деньги будут необходимо вернуть в бюджет Федерального фонда.

Второй момент – возврат субвенции (вид денежного пособия местным органам власти со стороны государства, выделяемого на определённый срок на конкретные цели, в отличие от дотации подлежат возврату в случае нецелевого использования или использования не в установленные ранее сроки). Но здесь, по мнению Соколовой, не должно возникать серьёзных проблем, поскольку никаких особенностей использования средств Бюджетный кодекс не должен

# Семинары финансистов

## Как преодолеть дополнительные сложности исполнения бюджета фонда ОМС?



Заместитель председателя Федерального фонда ОМС И.Соколова награждает главных бухгалтеров территориальных фондов ОМС почётными грамотами ФОМС за заслуги в развитии обязательного медицинского страхования в РФ и многолетний труд в области построения бюджетного учёта в системе ОМС

устанавливать. Произойдёт лишь увеличение авансирования до декабря 2015 г. до 95%, что позволит беспрепятственно завершить текущий финансовый год.

Болезненным остаётся вопрос уплаты страховых взносов на неработающее население в регионах. Особенно такие проблемы актуальны в Республиках Дагестан, Ингушетия, Калмыкия, в Забайкальском крае. Два субъекта до сих пор имеют задолженности по этому вопросу – в соответствии с законом № 326 субвенция туда

будет направляться только после их погашений, и подобный порядок предусмотрен и для 2016 г.

Бюджет Федерального фонда ОМС 2016 г. практически прошёл все процедуры согласования и был сформирован из тех параметров, которые было предельно возможно заложить в связи со всеми возникшими кризисными условиями. Субвенция 2016 г. определена на основании подушевого норматива, который составляет 8438,9 руб. – это, к сожалению, всего на 2,2% больше, чем в текущем году. Но

именно этот норматив осуществляется в государственных гарантиях на 2016 г.

Так же в 2016 г. в территориальные фонды ОМС будут направляться дополнительные средства на специализированную (включая высокотехнологичную) медицинскую помощь. Они, как и в этом году, составят 15 млрд руб.

Средства на единовременные компенсации за работу в сельской местности будут выделяться по заявкам фондов. При этом возраст медицинского работника, которому положена компенсация, увеличивается до 50 лет.

Ещё по поводу программы «Земский доктор» – из-за отсутствия средств в бюджете врачи, желающие переехать в сельскую местность, в отдельных субъектах сде-

лать этого пока не могут. Поэтому в бюджете Федерального фонда необходимо создать резерв для реализации этой программы.

Также на семинаре были рассмотрены вопросы правового регулирования бюджетной системы РФ; новации 2016 г. применения бюджетной классификации; закупки для государственных нужд и контрактная система России; взаимодействие фондов ОМС и органов Федерального казначейства при подготовке и представлении годовой отчётности об исполнении бюджетов государственных внебюджетных фондов Российской Федерации за 2015 г.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,  
корр. «МГ».

Москва.



Во время семинара

(Продолжение.  
Начало на стр. 1.)

В результате решений комиссий по тарифному соглашению (председатели комиссии – из региональных органов управления здравоохранением):

1. Большинство госпиталей в основном незаконно отнесены ко второму уровню оказания стационарных медицинских услуг, мотивируется это отсутствием в них высоких медицинских технологий, или кое-где цинично присвоен третий уровень с коэффициентами 1,0.

2. Госпиталю не увеличиваются коэффициенты за сложность курации ветеранов в возрасте свыше 75 лет (т.к. около 1/5 населения в регионах старческого возраста и денег в системе ОМС просто не хватит на все государственные больницы).

3. Руководство госпиталей вынуждают (революционно) сокращать среднюю длительность пребывания ветеранов на койке с 18-22 до 12-14, игнорируя все геронтологические научно-обоснованные курсовые нормы лечения больных старших возрастов с обострениями хронических заболеваний, с наличием 6-10 конкурирующих и сопутствующих заболеваний, 80-95% инвалидов 1-2-й групп, с функциональной недостаточностью сердечно-сосудистой, дыхательной, центральной нервной систем, ограничением функции опорно-двигательного аппарата различной степени тяжести.

Так же вынуждают открывать филиалы сосудистых центров для оказания круглосуточной экстренной неврологической помощи для всех пенсионеров, вместо имеющих неврологических коев для ветеранов войн и лиц, приравненных к ним по льготам, лишая доступности последних к оказанию плановой стационарной специализированной медпомощи (например, в Пензе).

4. Медико-психологическая реабилитация в купе с психотерапевтической и психиатрической медикаментозной коррекцией для участников боевых действий и членов семей погибших военнослужащих во многих госпиталях объявлена вне Закона об ОМС, а значит и вне финансирования. Хронические посттравматические стрессовые расстройства и другие невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства отнесены в Международной классификации болезней МКБ-10 к рубрикам F-40 – F-48. Поэтому, переходя к международным стандартам, забыли, что в госпиталях для ветеранов десятилетиями сложилась стройная система именно медико-психологической реабилитации как обязательной в лечении так называемых «афганского синдрома», «чеченского синдрома» как взаимоотягощающих с соматическими и сопутствующего заболеваниям даже в хирургических отделениях госпиталей. Хотя об этом свидетельствуют данные многочисленных отечественных и зарубежных исследований ПТСР военного характера. Неопровержимо доказывают наличие такого состояния статьи «Актуальные вопросы общественного здоровья и организации медицинской и медико-психологической реабилитации участников боевых действий, локальных конфликтов и контртеррористических операций и пути их решения в госпиталях для ветеранов войн РФ» (опубликованы в «МГ» 24.02.2007, журнале «Госпитальная медицина» № 1, 2007 г.). В них указывается, что 65,2% американских военнослужащих страдает ПТСР – «Вьетнамским синдромом», а у 55,8% из этой группы обнаружены пограничные нервно-психические расстройства. При

обследовании воинов-афганцев также установлено, что у 72% обследованных отмечается превышение значительных характеристик психической нормы. А военнослужащие Российской армии, участвовавшие в контртеррористических операциях в Чечне, страдают «чеченским» ПТСР в 98% случаев. По данным профессора Макалова и соавт. от 2006 г., до 108 тыс. ветеранов в разное время покончили с собой, а до 45 тыс. ведут абсолютно замкнутый образ жизни, почти не общаясь с внешним миром.

Например, хроническая язва желудка и двенадцатиперстной кишки заживала у участников боевых действий в основном к 6-й (48%) – 8-й неделе (100%). Клинико-инструментальная ремиссия заболеваний – касается это и язвенной болезни, и хронического гастрита, и хронического холецистита, характерно наличие остаточной психосоматики, обусловленной сохраняющимся посттравматическим расстройством.

Другой пример из опыта руководства Куйбышевским – Са-

физиотерапии и реабилитации, 20-коечного дневного стационара для проживающих в Самаре, укомплектованный высококвалифицированными неврологами, психотерапевтами, рефлексотерапевтами, физиотерапевтами, медицинскими психологами. При этом консультантами и со-вместителями являлись и являются профессорско-преподавательский состав Самарского государственного медицинского университета и Первого НИИ реабилитации ветеранов войн Медицинского университета

как на войне, сочетающиеся с высокой исполнительской дисциплиной. Эти идейно-деонтологические устои медиков десятилетиями бережно сохраняются и формируются в особых медицинских коллективах универсальных профессионалов: лечебников, врачующих «тело и душу» защитников Отечества с соматическими заболеваниями, осложненными военными нервно-психическими расстройствами в специальных медицинских учреждениях – госпиталях для ветеранов войн. Как поётся в гимне «Госпиталь

В центре внимания

# Статус госпиталей... – нерентабельность?!



Память бесценна!

Для больных участников боевых действий и локальных конфликтов характерны полиорганные поражения, формирующиеся на фоне посттравматических стрессовых расстройств. На материалах Самарского госпиталя ветеранов войн соавтор статьи – тогда заведующий кафедрой внутренних болезней Медицинского университета «РЕАВИЗ», академик Военной академии наук, заслуженный деятель наук РФ, профессор М.Осадчук (ныне заведующий кафедрой Первого МГМУ им. И.М.Сеченова) доказал, что в 2006 г. 67 участников боевых действий имели 2 и более заболевания, которые носили взаимоотягощающий характер. А при патологии внутренних органов была характерна полиморбидность, с развитием осложненной и частым рецидивированием забо-

марским областным клиническим госпиталем ветеранов войн почти в течение 30 лет: у всех 100% участников боевых действий в Афганистане и на территории Чеченской Республики, находившихся на стационарном лечении в госпитале, при обследовании медицинскими психологами и психиатром, как в 2006 г., так и в 2015 г., выявлены признаки различной степени тяжести ПТСР тревожного, астенического, дисфорического и соматоформного типа, в 45% случаев приведших к социально-трудовой дезадаптации. С 2002 г. в госпитале открыт областной Центр медицинской и медико-психологической реабилитации для участников боевых действий и членов семей погибших военнослужащих на базе 60-коечного неврологического отделения и отделения

«РЕАВИЗ». Тем не менее ежегодно за последние 15 лет у 0,1% данного контингента ветеранов констатируются суицидальные мысли в начале лечения. Двое из них покончили жизнь самоубийствами в стенах госпиталя. У 1-1,2% впервые выявлены нарко- и алкогольная зависимость. Был и такой страшный случай: один из больных нанёс ножевое ранение дежурному врачу. Все вышеперечисленные факты являются подтверждением необходимости медицинской и медико-психологической реабилитации в госпиталях ветеранов войн, и это обосновывается в приказе МЗ РФ СССР № 1015 и указании первого заместителя министра здравоохранения РФ академика РАН А.Вялкова «Об организации дневных стационаров и отделений медицинской и медико-психологической реабилитации для участников боевых действий, контртеррористических операций и членов семей погибших военнослужащих в госпиталях» от 2001 г. и в «Концепции развития социальных и медицинских основ улучшения качества жизни и профилактики потери трудоспособности ветеранов войн, участников миротворческих операций и жертв терроризма в государствах СНГ на 2016-2020 гг.», принятой Советом глав правительств стран – участниц СНГ, разработчиком которой является первый заместитель – руководитель Управления медицинской и социальной реабилитации Комитета по делам воинов-интернационалистов при Совете Глав правительств СНГ, известный учёный, профессор Г.Демченко, и в проекте Федерального закона «О статусе участников боевых конфликтов и боевых действий».

Большинство госпиталей для ветеранов войн, которым более 30 лет, – бывшие госпитали для инвалидов Отечественной войны. Многие – ровесники Великой Отечественной войны – правопреемники эвакогоспиталей, организованных в столицах республик и областей. Поэтому в них работают представители вторых-третьих поколений, можно сказать, особых врачей и медсестёр. Жёны, сёстры, дети, внуки участников ВОВ, сами военные медики, которым присущи госпитальная деонтология в высшей её степени (госпиталь – на латыни «гостеприимный»): душевное милосердие, уважение и терпеливость, истинное сопереживание по призванию, готовность к самопожертвованию

– друг ветерана»: «...где лечат уменем, добром, госпиталь как родной дом». Поэтому труд медицинских работников госпиталей обоснованно приравнен по профессиональной вредности к труду в психоневрологических медицинских организациях как постановлением Правительства СССР, так и приказом Минздрава России от 1999 г. (редакция приказа от 2007 г.) и постановлениями региональных правительств с 2008 г. в части, касающейся «доплаты за работу в особых условиях труда (работникам госпиталей для ветеранов войн и специализированных отделений больниц – при условии использования их не менее 80% для лечения ветеранов войн и лиц, приравненных к ним по льготам в размере 15% от должностного оклада и доплаты в размере 25% от должностного оклада в связи с вредными (или) опасными условиями труда».

А уникальный профессионализм коллективов госпиталей доказывается важнейшими качественными показателями работы, проявленными как в прошлом, так и за последние 10 лет – во время проведения трёх всероссийских конкурсов госпиталей ветеранов войн и трёх международных конкурсов стран СНГ, в которых участвовали реабилитационные центры, госпитали ветеранов войн и санатории стран СНГ по медицинской реабилитации воинов-интернационалистов, участников локальных вооружённых конфликтов, жертв терроризма и членов семей погибших военнослужащих. Не раз ветераны произносили слова искренней благодарности медикам госпиталей за их самоотверженный труд.

Благодаря всему перечисленному обоснованным жалоб со стороны пациентов госпиталей и их родственников в вышестоящие инстанции практически не направлялось. Послеоперационная госпитальная летальность при плановых хирургических вмешательствах регистрировалась ниже (подчас 0%), чем в любых больницах и клиниках за последние 10 лет, даже при оперативном лечении долгожителей.

Ещё в 1946 г. всесоюзный «староста» председатель Верховного Совета СССР М.И.Калинин утвердил Постановление об организации особых лечебных учреждений для инвалидов Отечественной войны – госпиталей.

(Окончание на стр. 6-7)

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Государственная Дума РФ в 1994 г. приняла «Закон о ветеранах», предусматривающий особый статус госпиталей для ветеранов, запрещающий ликвидировать их без решения Правительства РФ. Поэтому в год 60-летия Великой Победы Президент РФ В.Путин своим Указом выделил 1 млрд руб. из Превыборного фонда Президента РФ + 240 млн руб. из своего резервного фонда на оснащение всех госпиталей для ветеранов войн современным медицинским оборудованием, санитарным автотранспортом, проведение капитального ремонта. Он стал председателем Всероссийского оргкомитета «Победа», утвердил проведение в юбилейные годы Победы всероссийских конкурсов на звание «Лучший госпиталь для ветеранов войн», выделяя их приоритетный статус. Президент России Д.Медведев (в 2010 г.) по итогам II конкурса на звание «Лучший госпиталь для ветеранов войн», посвященный 65-летию Великой Победы, сказал, что после принятия Закона о разграничении полномочий между федеральными и региональными властями руководители субъектов РФ должны продолжать оказывать постоянно должное внимание таким особым лечебным учреждениям, которыми являются госпитали. Речь идёт о поддержании их материально-технической базы, сохранении их коллективов. И, чтобы показать пример, федеральный центр перечислил 260 млн руб. всем госпиталю на приобретение медицинского оборудования, санитарного автотранспорта. Кроме того, на премирование коллективов 6 лучших госпиталей – победителей конкурса было выделено 10 млн руб. Накануне празднования 70-летия Победы в громадную федеральную программу модернизации отечественного здравоохранения Министерство здравоохранения РФ и большинство руководителей регионов включили и госпитали для ветеранов войн. Кроме того, за счёт местных бюджетов, благотворительных попечительских советов и фондов были проведены капитальные ремонты, закуплено современное и дорогостоящее медицинское оборудование. Наступательно развивалась информатизация. Например, закуплено дорогостоящее оборудование и проведены капитальные ремонты в 4 московских госпиталях. На эти цели потрачено более 1,5 млрд руб. Центр реабилитации открыт в Уфе, чтобы это событие состоялось, израсходовано около 5 млн руб. В Оренбурге создан центр паллиативной помощи – потрачено около 200 млн руб. Свердловский госпиталь получил 150 млн руб. только из местного бюджета. В Самаре открыто отделение КТ и МРТ (всего выделено более 150 млн руб.), в Йошкар-Оле, Саратове затраты составили около 150 млн руб.; в Казани – более 100 млн руб., в Краснодаре, Волгограде, Омске – около 100 млн руб. и т.д. В итоге всего израсходовано более чем 6 млрд руб.! В Чеченской Республике глава Р.Кадыров открыл новый госпиталь, а в Новосибирске губернатор В.Городецкий – уже 3-й госпиталь. Губернатор – председатель первого в стране попечительского совета Самарского госпиталя Н.Меркушкин, подтверждая этот особый статус, впервые в истории регионального здравоохранения дважды поздравил славный коллектив опекаемого областного госпиталя – с Новым юбилейным 2015 г. и с самим Днём Великой Победы – премиями из своего резервного фонда. А депутаты

Законодательного собрания, члены попечительского совета Ульяновского областного клинического госпиталя (председатель – губернатор С.Морозов) приняли решение о благотворительном в размере 10% своих ежегодных зарплат и 50 млн из бюджета дополнительно к финансированию из ОМС, перечисленных региональному госпиталю.

Однако, к великому сожалению, подтверждается афоризм Олега Яковлева к его книге «Записки начальника госпиталя» – «время лечит раны, но со временем забываются раненые!» Первым забыл ещё в 2006 г. министр здравоохранения Калининградской

положенная в основу реформирования отечественного здравоохранения, призвана обеспечить доступность и качество для населения специализированной медицинской амбулаторно-поликлинической, стационарозамещающей помощи, с развитием сети общих врачебных практик и, соответственно, сокращением необоснованно раздутой в СССР стационарной коечной сети. Что, в принципе, верно – в участковых больницах почти каждого большого села оказывалась врачебная помощь низкой квалификации, конечно бесплатная, с угрожающими опасностями внутрибольничной инфекции

писана в Законе «О ветеранах», сохранение которых, между прочим, в настоящее время приобретает более актуальное значение и в плане патриотического воспитания молодого поколения.

Точно так же в них практически не упоминаются и сами ветераны войн. Наверное, и потому, что в Западной Европе госпиталей для ветеранов Второй мировой войны не было и нет. Так как профессиональный подход к проблемам госпиталей и в Минздраве России, и в Федеральном фонде ОМС был, по всей видимости, утрачен, ухудшающееся состояние госпиталей для ветеранов войн на местах объективно

организаций Минобороны, МВД России, Федерального агентства научных исследований также составляет значительный объём (2,5%). Причём подчас ведомственные клиники получают двойное финансирование: из профильных министерств на содержание военных госпиталей, клинических больниц федеральных медицинских вузов и т.д. А в государственных медицинских организациях 2 года почти не индексируются должностные оклады! Таким образом, учитывая «значительный» размер финансового обеспечения – около 75% от общего объёма использованных средств ОМС

В центре внимания

## Статус госпиталей... –



Губернатор Самарской области, председатель попечительского совета госпиталя Н.Меркушкин приехал поздравить пациентов и сотрудников госпиталя с 70-летием Великой Победы

области, объявив в интервью на всю страну: «Областной госпиталь для ветеранов войн закрыт из-за нерентабельности». Тогда первый заместитель министра здравоохранения РФ академик В.Стародубов совместно с Ассоциацией госпиталей через Генеральную прокуратуру заставили, согласно Закону «О ветеранах», вновь открыть госпиталь. Но губернатор Г.Боос открыл его уже под ведомством Министерства социальной защиты населения. Затем госпиталь в Улан-Удэ был передан в систему соцобеспечения Республики Бурятия. «Процесс пошёл» – стали сокращать койки в региональных госпиталях. И это неудивительно, так как в новых федеральных законах: № 326-ФЗ от 2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с дополнениями от ноября 2011 г.), № 323-ФЗ в редакции от 2013 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и методических рекомендациях о способах оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, утверждённых Федеральным фондом ОМС и Минздравом России от 15 декабря 2014 г. забыты госпитали для ветеранов войн. И специалисты фонда и Минздрава руководствовались этими законами, разрабатывая вышеприведённые новые методические рекомендации по оплате стационарных медицинских услуг, тоже прошли мимо приоритета госпиталей в Федеральном законе «О ветеранах». И если в целом цивилизованная европейская модель страховой медицины,

и смертельными осложнениями, как в самых бедных странах Африки. Пилотные проекты современной модернизации здравоохранения внедрялись ещё в 90-е годы на протяжении ряда лет в Кемеровском, Санкт-Петербургском, Самарском регионах. С наибольшим успехом это сделано известными учёными в области организации здравоохранения и социальной медицины (сейчас общественного здоровья) в Самаре. Здесь уместно вспомнить имена заслуженных врачей РФ, профессоров Р.Галкина, И.Гехта, Ю.Ларионова и других. Сейчас же в течение буквально одного года реализуется эта правильная избранная стратегия (вспомним недавнее болезненное реформирование здравоохранения Москвы, проведённое по революционному – радикально). В условиях, известных всем здоровым силам нашего общества дефицита федерального и региональных бюджетов, медицинские работники, так же как и пациенты наших госпиталей, являются патриотами своего Отечества. Поэтому в большинстве своём с пониманием относятся к тому, что у государства возникают определённые трудности в финансировании здравоохранения. Но почему в первую очередь в большей степени страдают госпитали для ветеранов войн в этой молниеносной реформе? Ответы – в федеральном и региональном штабах здравоохранения:

1. Приоритетность специальных больниц для защитников отечества игнорировалась в современных законах, но про-

не оценивалось до последнего времени. 22 года не обновлялся действующий приказ № 41 «О состоянии организации стационарного лечения ветеранов войн в госпиталях для инвалидов Отечественной войны» с положением о госпиталях, с рекомендуемым штатным расписанием.

Министерством (при Т.Голиковой) были упразднены состав общественного совета при министре здравоохранения РФ, куда входили российские организации ветеранов войн и Российская ассоциация госпиталей ветеранов войн, и назначенный ответственным за работу госпиталей сотрудник ведущего Департамента организации медицинской помощи взрослому населению в министерстве.

2. Решение о финансировании медицинских стационарных услуг в области высоких медицинских технологий из региональных программ ТФОМСов с 2014 г. также не улучшило положение госпиталей. К зоне ответственности ОМС стали относиться 85 негосударственных медицинских организаций. Это повлекло «перетекание» объёмов финансирования по сравнению с 2013 г. на оплату работы этих клиник. В последующие годы произошло прогрессирующее увеличение частных медицинских организаций, участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий. В результате финансирование их увеличилось до 50,5 млрд руб. – 3,8% от всех средств ОМС, опережая контрольные индикаторы «дорожной карты». Финансирование вневедомственных медицинских

направлены на оплату ВМП»; «на ведение дела страховыми медицинскими организациями 1,06%» + «на содержание аппаратов органов управления государственных внебюджетных фондов 0,8%» + 132 медицинские организации, подведомственные Федеральному медико-биологическому агентству – 1,6% + расходы на оказание амбулаторной помощи – около 15% и скорой медицинской помощи – 1,3%. Для государственных больниц, оказывающих специализированную медицинскую помощь без ВМП, остался «прожиточный финансовый минимум». А у которых, не дай бог дорогостоящее оборудование (КТ и МРТ и т.д. без ВМП) – возникла рентабельность со знаком минус.

3. Руководители органов управления здравоохранением и ТФОМСов в то же время обязывают руководителей государственных медицинских организаций сохранить «дорожную карту» по заработной плате врачам и медсёстрам в 2016 г. на уровне 2015 г. Это стало возможно в круглосуточных стационарах, в принципе, за счёт:

а) обоснованного сокращения средней длительности пребывания больных на койке вплоть до 9,6 (по РФ);

б) обоснованного сокращения круглосуточного стационарного коечного фонда и сокращения штатов персонала;

в) обоснованной организации больниц с укрупнением и централизацией их;

г) увеличения платных стационарных медицинских услуг;

д) обоснованной реорганизации круглосуточных стационарных коек в дневные стационары;

е) изменения маршрутизации прикрепленных контингентов больных – для сохранения доступности и качества оказания специализированной стационарной плановой и экстренной специализированной, и прежде всего повышения этих качественных показателей в амбулаторно-поликлинической сфере для большинства застрахованных граждан РФ в условиях низкого финансового обеспечения отрасли.

Больше всего эти обоснованные организационные технологии реформирования буквально ударили по госпиталю в связи с незащищённостью в новых двух федеральных законах, соответствующих директивных документах и методических рекомендациях и федеральных, и большинства региональных министерств здравоохранения и

ФОМСов; от невыполнения рекомендаций Федерального фонда ОМС о приравнивании госпиталей к третьему уровню оказания стационарной медицинской помощи и присваивании низких поправочных коэффициентов, или приравнивании их к третьему уровню, но циничном присваивании поправочного коэффициента 1,0. Так же как и других поправочных коэффициентов – управленческого, сложности курации пациентов или невозможности воспользоваться индивидуально для госпиталя. Некоторые ответственные чиновники откровенно заявляли: «денег в системе нет, вы будете профинансирова-

из ОМС, оказываются подчас «виртуозно» быстро за 10-15 минут, в 3-4 раза быстрее норматива обследования, что приводит к формальным исследованиям, зато супервыгодным.

Другие, как недавно назначенный министр (в одном из регионов), присоединяют недавно отстроенный, современный оснащённый госпиталь к соседней больнице, конечно, с сокращением административного госпитального персонала во главе с опытным начальником госпиталя, но с сохранением названия «Республиканский госпиталь для ветеранов войн», и «процесс» продолжает идти.

ганизовать получилось только межрегиональную. И незаконно – без регистрации в Минюсте России – объявили её «ассоциацией госпиталей ветеранов войн России» в ноябре 2015 г. на 70-летию Ульяновского госпиталя. Наверное, вынуждены не портить отношения с властями из-за ставших ныне «дорогими» ветеранов войн, – теперь смогут побороться не за особый статус всех госпиталей, а за особый путь самосохранения своих госпиталей и самих себя в качестве руководителей.

Какие решения мы предлагаем в этой действительно сложнейшей ситуации, в ус-

нах» о сокращении стационарного коечного фонда в госпиталях для ветеранов войн только с разрешения федерального правительства уже в конце 2015 г., и принятии закона о благотворительности в части, касающейся организации и руководства попечительских советов госпиталей ветеранов войн руководителями регионов по примеру Самарского и Ульяновского попечительских советов – в I квартале 2016 г.

2.1. Министерству здравоохранения РФ предложить совместно с профильными комитетами Госдумы РФ и ЦК Общероссийского профсоюза работников здравоохранения, Национальной

граммам государственных гарантий из ОМС вневедомственных медицинских организаций Минобороны, МВД России и приостановить двойное финансирование всех уровней подведомственных федеральных клинических больниц в составе медицинских вузов в 2016 г., обеспечить контроль за нормативной диагностической деятельностью частных медицинских организаций с дорогостоящим импортным «тяжёлым» медицинским оборудованием из ОМС.

2.4. Министерству здравоохранения РФ предложить вновь ввести в состав общественного совета представителей Всероссийской общественной организации ветеранов Вооружённых сил Российской армии и Реабилитационной ассоциации госпиталей ветеранов войн в 2015 г.

3. Руководителям органов управления здравоохранением и ТФОМС предложить выполнить рекомендации Федерального фонда ОМС в отношении всех республиканских и областных госпиталей для ветеранов войн, отнеся их в тарифных соглашениях к третьему уровню, как это прописано в действующих рекомендациях от 15 декабря 2014 г., и присвоить максимальные поправочные коэффициенты, что выполнено в Смоленской области, Алтайском крае, Ульяновской области, запланировано в Саратовской, Самарской областях с 2016 г., и т.д. для достижения финансирования на уровне 2015 г. и выполнения «дорожной карты» по заработной плате врачам и медицинским сёстрам госпиталей ветеранов войн с сохранением прежних условий труда и без сокращения персонала. Такие задачи поставили руководители органов управления здравоохранением и ТФОМСов в Москве, Волгограде, Йошкар-Оле, Краснодаре, Уфе, Новосибирске, Оренбурге, Казани, Ульяновске, Самаре, Омске, Челябинске, Грозном и других столицах регионов, где находятся.

**Выводы и предложения в статье просим считать официальным открытым письмом председателю Правительства РФ, председателю Всероссийской партии «Единая Россия» Д.Медведеву; министру здравоохранения РФ В.Скворцовой; председателю Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Стадченко; президенту Национальной медицинской палаты, члену Совета при Президенте РФ по содействию развитию институтов гражданского общества и правам человека Л.Рошалю.**

**В.ШАБАЛИН,**

президент Российской ассоциации геронтологов и гериатров, вице-президент Научного геронтологического общества РАН, председатель научно-методического совета Первого НИИ реабилитации ветеранов войн Медицинского университета «РЕАВИЗ», академик РАН, заслуженный деятель науки РФ.

**А.СМИРНОВ,**

вице-президент РАГБВ, начальник Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн Республики Марий Эл, председатель Комитета Законодательного собрания Республики Марий Эл по здравоохранению, первый заместитель секретаря Марийского отделения партии «Единая Россия», академик РАМТН, профессор Марийского государственного университета, заслуженный врач РФ и Республики Марий Эл, академик РАМТН.

**Г.ДЕМЧЕНКОВА,**

заместитель председателя Комитета по делам воинов-интернационалистов при Совете глав правительств стран СНГ по медицинской и реабилитационной работе, член научно-методического совета Первого НИИ реабилитации ветеранов войн Медицинского университета «РЕАВИЗ», доктор медицинских наук, профессор.

**В.ЕРМАКОВ,**

председатель совета Всероссийской общественной организации ветеранов Вооружённых сил Российской Федерации, командующий 40-й Гвардейской армией, генерал армии, участник боевых действий в Афганистане.

**А.ПОЛТОРАК,**

главный редактор «Медицинской газеты», почётный профессор Московского медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова.

# нерентабельность?!

ны по остаточному принципу... а то совсем закроем!» «Благодаря» региональным чиновникам 80-90-летние инвалиды – ветераны ВОВ (более 50% в структуре больных) вместе с инвалидами других войн и членами семей погибших военнослужащих должны стараться обследоваться и лечиться как-то в среднем в течение 12-14 дней без медико-психологической, медико-психотерапевтической реабилитации военного посттравматического стрессового синдрома. Первые жалуются через детей и внуков (сами уже не могут) главному их защитнику Верховному главнокомандующему – Президенту России и депутатам всех уровней (в 2015 г. количество их жалоб увеличилось в разы!). В рядах вторых ожидается пополнение – Президент России принял решение приравнять по льготам к участникам боевых действий военнослужащих – участников контртеррористических операций в Сирии. Надо понимать, что не только один раненный штурман сбитого нашего самолёта в Сирии будет нуждаться в медико-психологической реабилитации. А каждый второй, если операция затянется на срок более 4-6 месяцев. К сожалению, все находящиеся в Средиземном море военнослужащие, согласно статистике, приобретут «сирийский» военный посттравматический стрессовый синдром. Не будучи ранеными или контуженными, всё равно будут нуждаться в медико-психологической реабилитации, полноценное проведение которой будет возможно только в государственных бюджетных учреждениях – госпиталях ветеранов войн.

Много руководителей органов управления здравоохранением в регионах вынуждены обособивать сокращения, уменьшения и, наконец, уменьшать. И как следствие – признавать в 2015 г. нерентабельность закупленных для госпиталей томографов (там, где нет ВМП), но всё равно закупаемая на дорогостоящем оборудовании оказывать платные медицинские услуги. В то же время увеличивается финансирование возросших услуг частных клиник с дорогостоящей лучевой диагностикой из ОМС. Мотивируется перенаправление средств поддержкой малого и среднего бизнеса в кризисный год (хотя их учредители, наверное, не являясь представителями малого бизнеса, закупившие томографы за десятки миллионов рублей). И, в отсутствие должного контроля, эти сложные диагностические услуги (КТ и МРТ), оплачиваемые

Высококвалифицированный, уникальный опытный персонал с увеличением нагрузки почувствовал значительное уменьшение зарплаты в отсутствие должной компенсации платными медицинскими услугами – в госпиталях с ветеранов войн плата за услуги не взимается. Первыми начинают увольняться самые опытные пожилые пенсионеры – врачи и медсёстры, которым увеличены нагрузки в 1,5 раза и им становятся не под силу работать. Вторыми на выход или в декретный отпуск направляются молодые специалисты, которые пришли работать по совести в плановый стационар, но уже не могут выкроить время по вечерам для молодой семьи. При таких нагрузках им приходится задерживаться на работе допоздна. Процесс нарастает... В 2014-2015 гг. уже уволено 7 опытных начальников госпиталей.

А оставшимся в живых начальникам госпиталей запрещается давать любую информацию как в СМИ, так и в Реабилитационную ассоциацию госпиталей ветеранов войн. Некоторые руководители госпиталей пенсионного возраста вместе с госпитальной «аристократией», располагающие высокими медицинскими технологиями (Санкт-Петербургский, Свердловский, Уфимский Республиканский, Новосибирский № 2 и др.) заняли особую показную позицию, вышли из Реабилитационной ассоциации госпиталей ветеранов войн. Под предлогом создания Российской ассоциации. Ор-

ловиях бюджетного дефицита фондов обязательного медицинского страхования и бюджетов всех уровней для сохранения в 2016 г. целостности уникальных медицинских коллективов отечественных госпиталей – специальных медицинских организаций для полноценного комплексного обследования, лечения и медико-психологической реабилитации героической элиты нашего народа – Великих Победителей и их детей и внуков, участников боевых действий, ветеранов неопедеимой Советской – Российской армии? Прежде всего, надо создать нормальные условия труда и выплат заработной платы врачам и медицинским сёстрам на уровне 2015 г. Абсолютно уверены, это предполагается и в поручениях Президента РФ, председателя Всероссийского организационного комитета «Победа» по итогам форума Общероссийского народного фронта «За качественную и доступную медицину!», в частности – сохранение в 2016 г. финансирования госпрограммы «Развитие здравоохранения» на уровне не ниже 2015 г. Тем более что в своём послании Федеральному собранию РФ В.Путин предложил финансирование стационарных медицинских услуг ВМП федеральных клиник производить Федеральным фондом ОМС.

Мы предлагаем Правительству РФ поддержать Совет Федерации:

1. В рассмотрении двух законопроектов, внесенных Советом Федерации в Государственную Думу РФ в части, касающейся дополнения в Закон «О ветера-

**О.ЯКОВЛЕВ,**

президент Реабилитационной ассоциации госпиталей ветеранов войн (РАГБВ), вице-президент Российской ассоциации геронтологов и гериатров, начальник Самарского областного клинического госпиталя для ветеранов войн, директор Первого НИИ реабилитации ветеранов войн Медицинского университета «РЕАВИЗ», доктор медицинских наук, профессор, академик РАМТН, заслуженный врач РФ, член Союза журналистов РФ, член местного политсовета регионального отделения партии «Единая Россия».

**Почётные члены правления РАГБВ:**

**В.ВШИВЦЕВ,**

депутат Государственной Думы РФ, член Комитета Госдумы РФ по труду, социальной политике и делам ветеранов, вице-президент Всероссийского общества слепых, инвалид войны в Афганистане, член президиума политсовета регионального отделения партии «Единая Россия» Московской области.

**В.КАЗАКОВ,**

депутат Государственной Думы РФ, член попечительского совета Самарского областного клинического госпиталя для ветеранов войн, член фракции партии «Единая Россия» в Госдуме РФ.

**Н.ЛЫСОВ,**

вице-президент РАГБВ, вице-президент Российской ассоциации геронтологов и гериатров, ректор Медицинского университета «РЕАВИЗ», член Совета ректоров медицинских вузов РФ и Союза ректоров вузов РФ, попечитель Самарского областного и Крымского Республиканского госпиталей ветеранов войн, почётный работник высшего профессионального образования Минобрнауки России, лауреат Международной премии «Элита национальной экономики», доктор медицинских наук, профессор, академик РАМТН.

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 84 (1936)

Как и в прошлом, в настоящее время среди лор-патологии распространёнными заболеваниями остаются аденоидная болезнь (чрезмерное разрастание носоглоточной миндалины) и хронический тонзиллит. Например, по данным А.Лопатина, Н.Чучевой, последняя болезнь встречается у 4-15% всей популяции многих стран и составляет 23,7% среди всех болезней глоточного кольца. А эти заболевания во многих случаях требуют оперативного лечения – аденоидэктомии и тонзилэктомии. Те же авторы считают, что, несмотря на существенное уменьшение применения тонзилэктомии по сравнению с прошлыми годами, она остаётся самой популярной хирургической процедурой в оториноларингологических клиниках по всему миру.

Эти операции, к сожалению, сопровождаются кровотечениями. По данным тех же авторов, кровотечения встречаются при проведении от 2,5 до 9,2% всех тонзилэктомий. Другие авторы говорят о кровотечениях в 6,99% случаев. После аденоидэктомии кровотечения встречаются реже – в 0,4% случаев.

Японские авторы провели пошаговый многомерный логистический регрессивный статистический анализ результатов 692 тонзилэктомий, после которых у 80 пациентов (11,6%) возникли кровотечения. Оказалось, что факторами их риска могут быть пожилой возраст, мужской пол, уровень квалификации хирурга.

От этих факторов в определённой мере зависит также степень геморрагий. Данные авторы подразделяли кровотечения на 3 степени:

1. Минимальное, останавливающееся после небольшого консервативного лечения.

2. Средней выраженности, поддающееся лечению локальными воздействиями.

3. Требующее повторной операции под общим наркозом в операционной.

Они же установили, что кровотечения бывают первичные (1,6%) и вторичные (10%) и что они наиболее часто возникают на 5-й и 6-й послеоперационные дни. Другие авторы наблюдали кровотечения в 1-й, 3-й и 10-й дни после операции.

A.R.Betancourt et al. констатировали, что возникновение кровотечения зависит не только от квалификации хирурга, но и от применяемой им техники тонзилэктомии. Коблационная (холодоплазменная) тонзилэктомия снижает опасность кровотечения.

К сожалению, не все кровотечения заканчиваются благополучно. Windfuhr et al. на основе анализа большого материала выявили и летальные случаи и тяжёлые осложнения у выживших.

Причиной послеоперационных геморрагий в оториноларингологии могут быть не только вышеуказанные факторы, зависящие от хирургической составляющей лор-патологии. Кровотечения могут возникать и на почве сложных и труднодиагностируемых нарушений в системе факторов свёртывания крови.

Разумеется, что лечение постоперационных кровотечений в оториноларингологии – проблема самих лор-врачей, тех, кто оперировал больного. Поэтому здесь не обсуждаются хирургические методы гемостаза. В то же время, нет сомнений и в том, что в остановке кровотечений сложного генеза, с нарушениями в системе свёртывания крови, должен участвовать гематолог-гемостазиолог, применяющий консервативные методы остановки кровотечений. В данной статье изложены основы именно такого гемостаза при кровотечениях в лор-практике.

Послеоперационные кровотечения в лор-практике могут возникать из-за патологии в тромбоцитарном звене гемостаза. В подавляющем большинстве случаев речь не идёт о явной тромбо-

цитопении. Трудно себе представить, что в наше время тромбоцитопения не будет распознана до операции и врач будет оперировать пациента при её наличии.

Если всё же случайно в лор-практике окажется больной с геморрагией на почве тромбоцитопении, то ему следует срочно перелить тромбоцитную массу. Из 500 мл консервированной крови получают 70-80 мл тромбоцитной массы (40 мл тромбоцитного концентрата), что считается одной лечебной дозой. Для достижения

## Современное состояние проблемы консервативного гемостаза в оториноларингологии

лечебного эффекта при кровотечении больному необходимо перелить одномоментно не менее 4-6 доз тромбоцитного концентрата.

Тромбоцитную массу желательно переливать с учётом групповой АВО-принадлежности и резус-фактора, так как в ней всё же остаётся определённое количество эритроцитов, которые могут стать причиной аллоиммунизации по этим группам. Кроме того, в тромбомасте встречаются и обломки лейкоцитов, и это приводит к аллоиммунизации по многим антигенам системы HLA.

При серьёзных кровотечениях после лор-операции у больного с тромбоцитопенией может потребоваться несколько переливаний тромбоцитной массы. До введения этого препарата желательно перелить 500-600 мл СЗП.

Хотя сегодня и здесь речь идёт об острой остановке кровотечения, этим больным не мешает сразу назначать современные препараты лечения тромбоцитопении – **эльтромбога оламина 50 мг** внутрь, 1 раз в сутки.

В естественных условиях регулятором тромбопоэза является тромбопоэтин – цитокин, который инициирует тромбопоэз через стимулирование и пролиферацию тромбоцитов. Эльтромбога имитирует действие тромбопоэтина, что и приводит к индукции пролиферации и дифференцировки мегакариоцитов из клеток-предшественников костного мозга и, соответственно, стимулирует тромбопоэз.

Это очень хороший препарат преодоления тромбоцитопении, но, к сожалению, его следует принимать длительно, а это стоит сотни и сотни тысяч рублей, что, разумеется, не по карману большинству россиян.

Можно применять **ромиплостим 250** и **500 мг**. Разводить в 0,5 или 1 мл физраствора соответственно и вводить 1 раз в неделю в виде подкожной инъекции в дозе 1 мкг/кг м.т. 1 раз в неделю 6 недель. Механизм действия данного препарата отличается от механизма револейда – он стимулирует тромбопоэз через рецепторы естественного тромбопоэтина.

Можно прибегнуть к терапии глюкокортикостероидами – пульс-терапия – 1000 мг преднизолона внутривенно, капельно, 1 раз в день 3 дня подряд. Или **рег ос преднизолон** или метипред из расчёта до 1,5 мг/кг м.т.

Применяется также человеческий иммуноглобулин. Для остановки кровотечений следует ввести 0,8-1 г/кг м.т. в

1-й день, а в случае необходимости – повторное введение на 3-й день. Можно вводить в дозе 400 мг/кг/сут в течение 2-5 дней.

Кроме тромбоцитопений, имеется великое множество **тромбоцитопатий или тромбастений** – качественной неполноценности и нарушения функции кровяных пластинок, которые могут быть или наследственными или приобретёнными.

В целом процент такой патологии в популяции невысок – это редкие болезни, всё же среди редких причин лор-геморрагий они могут занимать ведущее место.

Если генез геморрагии остаётся не очень ясным, при геморрагиях в лор-практике широко используется **транексамовая кислота**. Препарат специфически ингибирует действие активатора плазмина и плазминогена, обладает гемостатическим действием при кро-

ется через 1 час, продолжительность действия составляет 4-6 часов.

5. **Хлорид кальция**. Введение солей кальция не влияет на коагуляционные свойства крови, но снижает проницаемость сосудистой стенки.

6. **Десмопрессин** – синтетический аналог антидиуретического гормона задней доли гипофиза. Он увеличивает уровень плазменного фактора Виллебранда и фактора VIII, которые приводят к повышению адгезии и агрегации тромбоцитов, укорачивая время кровотечения. Можно применять внутривенно, подкожно, внутримышечно взрослым – 1-4 мкг, детям – 0,4 мкг в сутки. Выпускается в виде 0,0004%-ного раствора по 1 мл, который растворяется в 100 мл физраствора. Внутривенно вводится медленно, за 20-30 минут, 1-2 раза в сутки. При внутривенном введении эффект наступает в течение 20-30 минут,

вотечениях, связанных с повышением фибринолиза.

Вводит необходимо внутривенно в дозе 15 мг/кг м.т. 3 или 4 раза в день со скоростью 1 мл (20 капель) в минуту или медленно, струйно, болюсом. Можно давать внутрь в таблетках. Ею могут смачиваться салфетки или бинты для производства тампонад.

При массивных кровотечениях вводят внутривенно струйно 1000-2000 мг (10% 10-20 мл) препарата, разведённого в 0,9%-ном растворе натрия хлорида 100 мл. В дальнейшем доза и способ введения препарата определяются клинической ситуацией и лабораторными показателями процесса свёртывания крови.

Clinkard, Barbic, Robb et al. считают, что однократное парентеральное введение транексамовой кислоты до оперативного вмешательства, сразу после анестезии в дозе 10-15 мг/кг м.т. уменьшает частоту посттонзилэктомических кровотечений у детей.

В отечественной литературе для лечения таких состояний по-прежнему рекомендуется весь спектр кровоостанавливающих средств:

1. **Аминокапроновая кислота** 5%-ный раствор 100 мл внутривенно или от 5 до 30 г в 5-6 приёмов внутрь. Она уменьшает кровоточивость при многих дисагрегационных тромбоцитопатиях, усиливает реакцию освобождения внутривещных факторов, уменьшает время капиллярного кровотечения.

2. **АТФ** внутримышечно по 2 мл 1%-ного раствора 1 раз в день – 3-4 и более дней по эффекту. Может стимулировать тромбопоэз.

3. **Адроксон** выпускается в ампулах по 1 мл 0,025%-ного раствора.

Эффективен при капиллярных кровотечениях в результате мелких травм, после тонзилэктомии, экстракции зубов и др. Используют адроксон для смачивания тампонов, а также для внутримышечных инъекций (по 1 мл 0,025%-ного раствора) многократно до операции, во время её и в послеоперационном периоде.

4. **Этамзилат** повышает резистентность мембраны эндотелиоцитов, активирует формирование тромбопластина в месте повреждения мелких сосудов, тем самым корректируя вторичную вазопатию на фоне нарушений тромбоцитарного звена гемостаза, стимулирует образования III фактора свёртывания крови.

После внутривенного введения препарат начинает действовать через 5-15 минут, максимальный эффект наблюда-

достигая максимума через 2 часа при дозировке 0,4 мкг/кг.

7. **Апротинин** – также является ингибитором фибринолиза, инактивирует протеиназы плазмы и тканей (в том числе и калликреин). Применяется при вторичном гиперфибринолизе в высоких дозах (до 1 млн единиц).

A.R.Betancourt et al. нашли кровоостанавливающие клеи малоэффективными в оториноларингологическом гемостазе.

При тромбоцитопатиях также можно переливать тромбоцитную массу. Всё же следует помнить о том, что переливание тромбоцитной массы следует производить по очень строгим показаниям. Мы уже выше говорили о возможности развития при этом аллоиммунизации по АВО, резус и HLA. Чтобы уменьшить такой риск, рекомендуют использовать для создания тромбоцитной массы доноров, подобранных не только по АВО и Rh, но и по HLA. Однако это в условиях РФ, скорее, из области ненаучной фантастики. Но, кроме того, при переливании тромбоцитной массы возникает аллоиммунизация и против самих тромбоцитов (их гликопротеинов), что может привести к рефрактерности к терапии тромбоцитами.

Переливание эритроцитарной массы (если только не имеет места анемия тяжёлой степени) при лор-геморрагиях не показано, так как оно не останавливает кровотечение, а чрезмерно массивные дозы усугубляют дисфункцию тромбоцитов и способствуют развитию диссеминированного внутрисосудистого свёртывания с тромбоцитопенией потребления. Следует помнить, что по приказу Минздрава России № 363 от 25.11.2002, эритромаасса может переливаться лишь в том случае, если уровень гемоглобина упадёт ниже 70-60 г/л.

После кровотечений организм, как правило, страдает не от кислородного голодания, а от гиповолемии. Гемоглобин в пределах до 70 г/л при острых кровопотерях полностью обеспечивает потребности организма в кислороде.

СЗП остаётся среди применяемых при лор-геморрагиях средств. Во-первых, она выполняет функции вещества, устраняющего гиповолемию. Во-вторых, в ней содержится значительное количество таких факторов свёртывания крови, как плазминоген и антитромбин III. Объём необходимой СЗП определяют по уровню артериального давления.

Среди редких причин кровотечений, в том числе и сильных носовых, могут встречаться и гемофилия, и болезнь Виллебранда.

Гемофилия – наследственная болезнь. Основная форма (80-85% всех болеющих) гемофилия А. Возникает из-за мутации в Х-хромосоме, поэтому болеют только мужчины, имеющие одну Х-хромосому), которая ведёт к недостаточной выработке и резкому снижению уровня VIII фактора в крови и кровотечениям. Тяжёлые кровотечения при травмах и операциях возникают при снижении уровня VIII фактора до 5-20% нормы.

Болезнь Виллебранда – также болезнь дефицита VIII фактора, однако не первичного, а вторичного. Фактор Виллебранда в норме защищает VIII фактор от протеолиза, который обычно приводит к снижению его в крови. При снижении фактора Виллебранда происходит активация протеолиза, уровень VIII фактора в крови снижается и возникают кровотечения.

Эти болезни проявляются с детства, и едва ли такие больные в настоящее время могут быть оперированы без соответствующей подготовки. Однако в лор-практике встречаются случаи тяжёлых кровотечений. Это, во-первых, больные, по тем или иным причинам не получившие современные антигемофильные факторы. Во-вторых, лица с травмами лор-органов.

При таких кровотечениях применяется заместительная терапия высокоочищенным сухим концентратом человеческого антигемофильного фактора (АГФ, фактор VIII), приготовленный из человеческой плазмы, дважды вирусинактивированной. Механизм действия – повышение уровня фактора VIII. В конечном итоге продукт способствует переходу протромбина в тромбин и образованию фибринового сгустка. Применение этого средства временно устраняет дефект коагуляции у больных с гемофилией. Там содержится также фактор Виллебранда естественно-го происхождения.

Теми же свойствами обладает имунат – концентрат из 2 молекул: фактора VIII (ФVIII) и фактора Виллебранда (ФВ). Фактор VIII активирует фактор IX,

который ускоряет переход фактора X в активированный фактор – Ха, который способствует превращению протромбина в тромбин. Тромбин, в свою очередь, превращает фибриноген в фибрин, что и ведёт к формированию сгустка. Можно применять при врождённой или приобретённой недостаточности фактора VIII: гемофилия А, ингибиторная форма гемофилии А, болезнь Виллебранда. Вводится внутривенно струйно или капельно.

К сожалению, действие этих препаратов временно, требуются частые введения, что тягостно для больных и встречает трудности в практике. В связи с этим в настоящее время идут поиски новых препаратов пролонгированного действия.

В лор-практике достаточно часто встречаются также носовые кровотечения (эпистаксис). Эти кровотечения чаще возникают у лиц мужского пола, индекс соотношения М/Ж ~ 5 : 3, а в некоторых странах, например Танзании, – 3 : 1. Остановка эпистаксиса в ряде случаев – достаточно сложное дело, поскольку необходимо идентификация причин, которые могут быть очень разными: идиопатическими (причина неясна, ~ 38%), обильными артериальной гипертензии (27%), травматическими (15%), коагулопатическими (8%).

Нередко это осложнение требует различных серьёзных вмешательств. Из хирургических методов наиболее часто – это передняя и задняя тампонады, электрокоагуляция, химическое прижигание, и редко – перевязка верхнечелюстной, передней и крылонёбной артерий. В ряде случаев при тяжёлых рефрактерных геморрагиях применяют эмболизацию этих артерий. Кстати, эмболизация артерий является наиболее дорогостоящей процедурой при остановке носовых кровотечений.

В отечественной литературе при массивных носовых кровотечениях наряду с другими лекарствами рекомендуют этамзилат внутривенно струйно 12,5%-ный раствор по 2 мл 2 раза в день;

допустимо увеличение дозы до 4 мл (3-4 раза в день). Можно назначать внутрь по 0,5 г 3-4 раза в день.

В современной иностранной литературе рекомендуется применение транексамовой кислоты. При носовых кровотечениях она может быть применена внутрь, внутривенно, в виде смачивания салфеток или марли для тампонад. В рандомизированном плацебоконтролируемом двойном слепом перекрёстном исследовании Gaillard et al., Geisthoff et al. установили, что приём транексамовой кислоты внутрь в дозе 1 г 3 раза в день значительно снижает продолжительность носовых кровотечений у таких больных.

К редкой группе относятся также наследственные геморрагические телеангиоэктазии, при которых по генетическим нарушениям повышен уровень фактора роста эндотелия сосудов и в разных местах появляются периодически кровоточащие сосудистые образования. Было найдено, что при этом состоянии помогают моноклональные антитела.

Одной из частых причин эпистаксиса может быть **артериальная гипертензия** или как таковая высокой степени или в виде гипертонических кризов. Разумеется, что в таких случаях в первую очередь необходимо нормализовать артериальное давление.

Не вдаваясь здесь в подробности лечения гипертензии, ибо нет никакого сомнения в том, что этим должны заниматься консультанты-терапевты, тем не менее следует сказать об этом несколько слов. Можно сказать, что в современной России большая часть больных артериальной гипертензией не проводят адекватного лечения. И в этом, к сожалению, нередко виноваты врачи.

Зачастую в нашей стране врачи нередко назначают, чуть ли не на постоянный приём, какую-то одну дозу гипотензивного препарата и на этом заканчивается «лечение», что категорически неверно. Дозы лекарств должны титроваться, в зависимости от эффекта! Лечащий врач

должен добиваться эффекта, динамически меняя дозы, а если нужно, и группы препаратов. Врач называется «лечащим» потому, что он должен лечить, добиваться эффекта. У нас же многие врачи стали не лечащими, а «назначающими».

Если титрования нет, нет и эффективного снижения артериального давления, и создаются условия для того, чтобы больные говорили «а на меня лекарства не действуют», и дискредитации лекарств, и возникает множество осложнений, в том числе и носовые кровотечения. А это в оториноларингологии чревато. Чревато носовыми кровотечениями из-за гипертонии, на долю которых, как мы уже говорили выше, приходится почти треть всех случаев.

Здесь следует ещё раз повторить, что в современной иностранной литературе в лечении носовых кровотечений также нет препаратов типа аминокaproновой кислоты, адроксона и пр.

При упорных, рецидивирующих носовых кровотечениях неясного генеза, особенно при повышении уровня Д-димера и РФМК, следует предполагать развитие ДВС-синдрома и поэтому, проводить полное лечение.

Изредка в практике оториноларинголога могут встретиться массивные носовые кровотечения, вызванные антикоагулянтами непрямого действия. В таких случаях производят трансфузии плазмы в больших количествах как при ДВС-синдроме, внутримышечно вводят большие дозы – 20-30 мг в сутки (в тяжёлых случаях – до 60 мг) препаратов витамина К. Он повышает свёртываемость крови за счёт усиления выработки в печени факторов II (протромбин), VII (проконвертин), IX (плазменный тромбопластин) и X.

**Ибрагим ШАМОВ,**  
заведующий кафедрой пропедевтики  
внутренних болезней,  
доктор медицинских наук,  
профессор.

Дагестанская государственная  
медицинская академия.

# Острый инфаркт миокарда

(Окончание.)

Начало в № 92 от 9.12.2015.)

При проведении тромболитической терапии пациенту внутривенно вводится препарат, вызывающий активацию плазминогена и переход его в плазмин. Плазмин является естественным фибринолитиком. Минусом тромболитической терапии является достаточно низкая частота восстановления кровотока в инфаркт-связанной артерии – 40-60%, наличие противопоказаний к её проведению, а также большое количество возможных геморрагических осложнений.

К тому же тромболитическая терапия максимально эффективна в случае раннего её использования (в первые 6 часов после возникновения болей в грудной клетке).

В настоящее время первичное чрескожное коронарное вмешательство, при котором происходит механическое восстановление кровотока в коронарной артерии, является методом выбора при решении вопроса о реваскуляризации миокарда при остром инфаркте миокарда с подъёмом сегмента ST.

Главными преимуществами первичного чрескожного коронарного вмешательства являются высокая частота восстановления коронарного кровотока в инфаркт-связанной артерии (> 90%), меньший риск ретромбоза и меньшая зависимость эффекта от времени, прошедшего от начала инфаркта. Наиболее эффективно проведение чрескожного коронарного вмешательства в первые 6-12 часов от начала болевого приступа, однако даже в более поздние сроки полное восстановление кровотока достоверно улучшает прогноз пациента.

В случае развития инфаркта миокарда без подъёма сегмента ST кровотока по коронарной артерии частично сохранён, поэтому основными задачами являются предотвращение перехода частичной ок-

клюзии в полную, а также полное восстановление кровотока в инфаркт-связанной артерии. Для восстановления кровотока используется чрескожное коронарное вмешательство. Его проведение может быть, в отличие от инфаркта миокарда с подъёмом сегмента ST, отложено до 24 часов.

## Медикаментозная терапия

Обезболивание. При выраженном болевом синдроме обезболивание проводится путём внутривенного дробного введения наркотического анальгетика. Препаратом выбора является морфин.

Основу медикаментозной терапии острого инфаркта миокарда составляют антитромбоцитарные препараты. Необходимо назначение двойной антиагрегантной терапии (ацетилсалициловая кислота + блокатор P2Y12-рецепторов) в наиболее ранние сроки. Ацетилсалициловая кислота назначается в нагрузочной дозе 150-325 мг. Через 2-3 дня можно перейти на поддерживающую дозу 75-100 мг в день.

Препаратом выбора среди блокаторов P2Y12-рецепторов тромбоцитов в настоящее время является тикагрелор (нагрузочная доза – 180 мг, затем по 90 мг 2 раза в день), который обладает более быстрым и стабильным эффектом. Альтернативу тикагрелору составляет клопидогрел (нагрузочная доза 300-600 мг, затем 75 мг в сутки).

Антикоагулянтная терапия в дополнение к двойной антиагрегантной терапии показана всем пациентам с инфарктом миокарда. Можно использовать нефракционированный гепарин (под контролем АЧТВ), эноксапарин, фондапаринукс (требует дополнительного введения гепарина во время чрескожного коронарного вмешательства) и др. При отсутствии дополнительных показаний, антикоагулянтная

терапия прекращается после проведения чрескожного коронарного вмешательства.

В наиболее тяжёлых случаях, при массивном тромбообразовании в коронарной артерии, проведении чрескожного коронарного вмешательства к терапии добавляются самые мощные антиагреганты – блокаторы IIb/IIIa-рецепторов тромбоцитов.

## Антиишемические препараты

Бета-адреноблокаторы. Назначаются перорально при отсутствии противопоказаний, начиная с малых доз. Назначение бета-адреноблокаторов пациентам с большой вероятностью развития кардиогенного шока (пожилые пациенты с признаками сердечной недостаточности и тенденцией к гипотонии) лучше отложить до стабилизации состояния.

Ингибиторы АПФ / блокаторы рецепторов AT II показаны прежде всего пациентам со сниженной ФВ ЛЖ, артериальной гипертензией и/или сахарным диабетом. Их назначают после стабилизации состояния больного, постепенно титруя дозы.

Внутривенное введение нитратов показано пациентам с артериальной гипертензией и левожелудочковой недостаточностью.

Назначение статинов обязательно всем пациентам с острым инфарктом миокарда, при этом начинать лучше как можно раньше и с высоких доз (например 80 мг аторвастатина). В дальнейшем препараты этой группы больные должны принимать неопределённо долго в дозах, обеспечивающих уровень ХС ЛПНП < 1,8 ммоль/л.

Антагонисты кальция не используются в острой стадии инфаркта миокарда. Верапамил может быть применён для вторичной профилактики инфаркта миокарда при сохранной фракции выброса левого желудочка при наличии противопоказаний к бета-адреноблокаторам. Пролонгированные дигидроперицины могут быть

использованы при рецидивирующих ангинозных болях, артериальной гипертензии.

## Вторичная профилактика

Основу вторичной профилактики составляет контроль факторов риска. К этим факторам относятся: курение, гиперлипидемия, артериальная гипертензия, гипергликемия, избыточный вес, гиподинамия.

Отказ от курения является самой эффективной мерой вторичной профилактики. У пациентов, продолжающих курить после перенесённого инфаркта миокарда, риск повторного инфаркта в 2 раза выше по сравнению с пациентами, бросившими курить.

Целевой уровень холестерина ЛПНП составляет 1,8 ммоль/л, а уровень гликированного гемоглобина – менее 7%. Артериальное давление не должно превышать 140/90 мм рт.ст (при наличии сахарного диабета – 130/80 мм рт.ст.).

Необходимо соблюдение диеты с низким содержанием животных жиров. А при наличии артериальной гипертензии и/или недостаточности кровообращения с ограничением соли. В меню должны присутствовать рыбные блюда (лучше жирная морская рыба), овощи, фрукты.

Физическая активность является обязательной. Идеальны нагрузки средней интенсивности (быстрая ходьба, бег, плавание) по 30 минут в день 5 раз в неделю. Силовые нагрузки и соревновательные виды спорта не рекомендуются.

## Заключение

Таким образом, современные подходы к лечению инфаркта миокарда с использованием первичного чрескожного коронарного вмешательства и эффективной медикаментозной терапии позволили значительно снизить смертность и улучшить качество жизни пациентов.

**Анна КАЛИНСКАЯ,**  
доцент кафедры кардиологии  
лечебного факультета,  
кандидат медицинских наук.  
Московский государственный  
медико-стоматологический  
университет им. А.И.Евдокимова.

Российские сердечно-сосудистые хирурги отметили 125-летний юбилей основоположника отечественной кардиохирургии, академика Александра Бакулева XXI съездом своего профессионального сообщества. В течение 4 дней несколько тысяч специалистов из всех регионов страны и их зарубежные коллеги обсуждали современные тенденции в мировой сердечно-сосудистой хирургии, обменивались собственным опытом решения сложнейших клинических задач, знакомились с последними научными разработками.

### Индустрия просит денег

Разумеется, не остались без внимания вопросы организации оказания помощи больным кардиохирургического профиля и её финансирования. В приветствии к участникам форума президент Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России, директор Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева, академик РАН Лео Бокерия отметил, что уходящий 2015 г. ознаменован смещением акцента в сторону финансирования высокотехнологичной помощи из средств обязательного медицинского страхования. И это, по его мнению, совсем не плохо.

– Финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи в сердечно-сосудистой хирургии – это затратная индустрия здоровья, и предпочтительнее осуществлять его из средств ОМС, поскольку их наполняемость, а следовательно, и отдача в медицинскую практику выше, чем «отстёгивание» от бюджета, – считает академик Бокерия.

В то же время руководитель профессиональной ассоциации призвал коллег не только «активно интересоваться финансовыми сторонами деятельности структур обязательного медицинского страхования» и устанавливать взаимопонимание с соответствующими органами для повышения объёмов финансирования сердечно-сосудистой хирургии, но также стремиться находить оптимальные решения для повышения финансовой обеспеченности случаев, в которых больному требуется ВМП. Вероятно, это следует понимать так: даже столь сверхтехнологичной области здравоохранения, как кардиохирургия, нужно учиться жить в реальном мире, то есть по средствам.

### Неплохо, но есть нюансы...

Тональность съезду задало обращение президента Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России Лео Бокерия о достижениях отечественной кардиохирургии за предшествующие несколько лет.

За последнюю пятилетку кривая смертности в общей популяции населения России снизилась на 7%. Такая же тенденция по отдельным сердечно-сосудистым патологиям: снижение смертности от цереброваскулярных заболеваний с 18,3 до 15,7%, от ишемической болезни сердца – с 29,5 до 26,2%. Единственный показатель, который уже 5 лет остаётся на прежних цифрах, – это смертность от острого инфаркта миокарда, он держится на уровне 3,3-3,4%.

По оценке Лео Бокерия, увеличение объёмов оказания вы-

### Итоги и прогнозы

# Инфаркт не сдаётся

Успехи российской кардиохирургии велики, но расслабляться нельзя



Лео Бокерия

сокотехнологичной помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» действительно впечатляет: в настоящее время в России операции при заболеваниях сердечно-сосудистой системы проводятся в 250 клиниках и в 2 раза больше лечебных учреждений выполняют различные интервенционные процедуры.

По сравнению с 1995 г. количество операций аорто-коронарного шунтирования выросло в 14 раз, а интервенционных пособий – в 113 раз. Количество операций больным с приобретёнными пороками сердца за этот период увеличилось в 2,8 раза: в 2014 г. было оперировано по поводу клапанной патологии около 13 тыс. россиян.

По поводу врождённых пороков в прошлом году выполнено 15,5 тыс. вмешательств, из них более 8 тыс. – сложные операции в условиях искусственного кровообращения.

– Мы за последние 5 лет очень продвинулись в лечении критических пороков сердца в раннем периоде новорождённости. Это крайне сложная проблема во всём мире, и ещё недавно мы вообще этим не занимались, а сейчас в одном только Бакулевском центре в год выполняется более 1700 операций детям с ВПС в первые дни жизни, – подчеркнул академик Бокерия.

При этом он отметил, что в целом в России 94 клиники занимают хирургическим лечением детей с врождёнными пороками сердца, из них 8 клиник дают 55% активности в данном направлении, то есть выполняют более 500 операций ежегодно. А в 59 клиниках оперируют в год менее 50 малышей, КВД явно ниже ожидаемого.

Аритмии: всего по стране выполнено 42 тыс. операций имплантации электрокардиостимуляторов. Из 178 клиник, где проводятся такие операции, лидерами по количеству выполненных вмешательств оказались московская горбольница № 4, Московская

областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского и Новосибирский НИИ патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина, которые в совокупности дали 42% результатов.

Особенно стремительно, как и во всём мире, в России растёт объём выполненных чрескожных коронарных вмешательств при ишемической болезни сердца. В целом по стране 250 клиник провели более 127 тыс. таких вмешательств. Ведущие учреждения в данном направлении – Новосибирский НИИПК, Северо-Западный ФМИЦ им.

В.А.Алмазова, а также Пензенский, Краснодарский и Красноярский федеральные центры сердечно-сосудистой хирургии.

Академик Бокерия отдельно остановился на объёме операций на сердце, выполненных в условиях искусственного кровообращения: «За последние 5 лет он вырос с 40 тыс. до 50 тыс., а могли бы и больше». Президент ассоциации на цифрах показал, как в одних федеральных округах хирургия с АИК активно развивается, а в других находится в спящем состоянии.

– Мы все должны понимать: до тех пор, пока будет тормозиться выполнение операций с искусственным кровообращением, остальной прогресс тоже может задерживаться, – дипломатично резюмировал Лео Антонович, вероятно, чтобы не ставить своих российских коллег в неловкое положение перед зарубежными гостями съезда. Хотя в иных обстоятельствах подобный разговор, бесспорно, мог бы идти в более строгих выражениях.

И, наконец, самыми впечатляющими доказательствами положительной динамики развития отечественной кардиохирургии стали показатели помощи при сердечно-сосудистой патологии на миллион населения. В 2000 г. специализированная помощь по поводу ИБС была оказана 61 человеку из каждого миллиона россиян, а в 2014 г. её получили уже 1124 человека. Аортокоронарное шунтирование: 32 пролеченных из каждого миллиона жителей страны в 2000-м году против 250 пролеченных в минувшем году. Чрескожные коронарные вмешательства: 26 и 872, сравнение в пользу последнего года очевидное. Аритмии: было 92 операции, стало 467 на миллион. Радиочастотные воздействия: было 15, стало 180. Врождённые пороки сердца: оперировали 45 детей из каждого миллиона, теперь оперируем 106.

– Я хочу всех вас поздравить с такими результатами. Это очень

кропотливый высокопрофессиональный труд, иногда на уровне невозможного с учётом всех обстоятельств, с которыми мы сталкиваемся все эти годы, – отметил руководитель Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России.

При этом почивать на лаврах рано: как прозвучало на съезде, при всех достигнутых успехах пока объём оказываемой в стране высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе сердечно-сосудистой, не соответствует современному социальному запросу.

– Для меня совершенно очевидно, что прогресс в лечении больных сердечно-сосудистого профиля в нашей стране имеет устойчивый характер. В то же время ещё остаётся ряд нерешённых задач. У России нет никаких национальных особенностей в сердечно-сосудистой заболеваемости, всё как в любой европейской стране, но при этом банально не хватает объёмов оказания высокоспециализированной помощи. Поскольку за один год решить проблему столь серьёзной патологии невозможно, наше предложение – объявить десятилетие борьбы с ССЗ, чтобы выйти как минимум на средневропейский уровень по оказанию специализированной помощи, – так Лео Бокерия прокомментировал ситуацию журналистам.

Как оказалось, эту идею Лео Антонович уже высказал в правительстве во время подведения промежуточных итогов завершающегося в России Года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В итоге Минздрав России, Лига здоровья нации и другие общественные организации до 1 февраля 2016 г. должны сформулировать и представить руководству страны предложения по проведению «Десятилетия борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России».

### Требуется время

Так почему же смертность от ИБС в России снижается, а от инфаркта – нет?

Отвечая на этот вопрос корреспондента «МГ», Лео Бокерия сказал: «В регионах страны сейчас экстренно создаются сосудистые центры, и по мере того, как они начнут работать, ситуация будет меняться. Разумеется, это не произойдёт в один день, нужно подождать 2-3 года, чтобы сопоставить результаты».

Он также заметил, что число больных, перенёвших инфаркт, которым оказывается специализированная медицинская помощь, остаётся примерно одинаковым, а поэтому и летальность мало изменяется. Главный кардиохирург страны не стал расшифровывать это уравнение, но осмелился предположить, что посыл адресован первичному звену и кардиологической службе: коль скоро ОИМ является осложнением ишемической болезни сердца, должны быть

задействованы все возможные ресурсы, чтобы частота этих осложнений снижалась.

По просьбе «МГ» свою точку зрения, почему создание сети сосудистых центров пока не дало ожидаемого результата по снижению смертности от инфаркта, высказал главный врач Красноярского федерального центра сердечно-сосудистой хирургии, профессор Валерий Сакович:

– Не надо ждать, что снижение смертности от инфарктов произойдёт моментально: сосудистый центр вчера построили, сегодня он начал функционировать, а завтра мы получили хорошие показатели. Нарботка опыта не происходит в одночасье, на это требуется несколько лет, и тогда действительно начинают выживать особо тяжёлые больные, для лечения которых, собственно, и созданы такие центры.

Главная идея сосудистых центров – территориально приблизить помощь к пациенту, и не мы это придумали, есть примеры развитых стран. Но невозможно сравнивать доступность больниц в России и, например, в Швейцарии, где 15 минут – время от вызова скорой помощи до доставки пациента в приёмный покой или даже в операционную по хорошим дорогам. Теперь посмотрим на карту Красноярского края: территория протяжённостью более 3 тыс. км с севера на юг. Есть районы, где плотность населения 1 человек на 200 км<sup>2</sup>. О транспортной доступности здесь говорить просто не приходится.

Моё мнение: шаги сделаны абсолютно верные, я имею в виду строительство федеральных центров сердечно-сосудистой хирургии, создание региональных сосудистых центров, вложение денег в модернизацию, в частности, в покупку ангиографов и остального оборудования. Сейчас самое главное, чтобы оборудование не стояло без дела, а появились специалисты, которые могли бы на нём работать. Вот тогда будет эффект.

И ещё: для того, чтобы как можно быстрее увидеть ожидаемые результаты по снижению смертности от инфарктов, нужно построить два больше федеральных центров сердечно-сосудистой хирургии и два в два больше региональных и первичных сосудистых центров. То есть сделать так, чтобы доступность специализированной и высокотехнологичной помощи была максимальной для населения России. Но для этого, разумеется, нужны хорошие дороги и транспортная обеспеченность медицинской службы. То есть всё должно развиваться параллельно – и здравоохранение, и иные отрасли, от которых зависит эффективность нашей работы.

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

Фото  
Анатолія МУРАВІНСЬКОГО.

### Новости

Эффективность небулайзерной терапии при заболеваниях органов дыхания станет ещё выше благодаря разработкам российских учёных.

Сотрудники двух новосибирских институтов Российской академии наук – НИИ органической химии им. Н.Н.Ворожцова и НИИ химической кинетики и горения им. В.В.Воеводского – создали новую

## Аэродоставка прямо в цель

конструкцию небулайзера, способную генерировать сухие частицы лекарственных средств размером от 10 до 100 нанометров.

Как поясняют в СО РАН, учёные консультировались с пульмонологами и решили заняться усо-

вершенствованием медицинских устройств, превращающих жидкое лекарство в аэрозоль. Небулайзерная терапия является единственным способом ингаляционной доставки в бронхо-лёгочную систему некоторых лекарств, для которых

не существует дозированных ингаляторов. Существующие сегодня в мире аппараты продуцируют частицы лекарств размером от 200 до 500 нанометров, и часть из них из-за столь большого размера просто не доходит до мелких бронхов, то

есть лекарство не попадает в цель.

Предложенное сибирскими физиками и химиками новшество обещает повысить результативность лечения и при этом значительно снизить дозировки лекарственных препаратов, что тоже немаловажно.

Елена ЮРИНА.

МИА Сито!

Новосибирск.

Ещё в 1990 г. под эгидой Всемирной организации здравоохранения и при поддержке Всемирного банка был начат проект «Изучение глобального бремени болезней», перед которым была поставлена цель оценить состояние здоровья населения земного шара. Этот многолетний проект даёт возможность оценить его беспрецедентные результаты, согласно которым боль вышла на первое место среди причин, представляющих прямую и самую значимую угрозу качеству жизни населения земного шара. Заведующий лабораторией фундаментальных и прикладных проблем боли Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Институт общей патологии и патофизиологии» доктор медицинских наук профессор Михаил КУКУШКИН дал оценку проблеме боли нашему корреспонденту доктору медицинских наук Наиле САФИНОЙ.

– Развитие противоболевой медицинской помощи во многом обусловлено достижениями фундаментальной науки, ярким представителем которой вы являетесь. Как наука помогает идти вперёд в борьбе с болью?

– Во второй половине XX века многочисленными электрофизиологическими, морфологическими, иммуногистохимическими и клиническими исследованиями был совершен значительный прорыв в изучении механизмов боли. Получены экспериментальные данные о роли свободных нервных окончаний в восприятии повреждающих стимулов, выявлена чёткая корреляция между А-дельта- и С-афферентными волокнами и ощущениями боли у человека, прослежены основные восходящие пути и нервные структуры спинного мозга, ствола мозга, таламуса и коры больших полушарий, осуществляющие передачу, обработку и восприятие болевой информации. Выделены нейромедиаторы, реализующие болевые реакции. Установлены структуры спинного и головного мозга, химические вещества и их рецепторы, обеспечивающие подавление болевого ощущения. Показаны тонкие механизмы межнейронального взаимодействия, механизмы периферической и центральной «сенситизации» в изменении болевой чувствительности при травме, ишемии, воспалении.

И, наконец, со всей очевидностью продемонстрирована важная роль функционального полиморфизма генов и психологического состояния человека в восприятии боли. В нашей стране также ведутся исследования по фундаментальным аспектам боли. В 1979 г. изучению механизмов боли и обезболивания была посвящена научная сессия Отделения медико-биологических наук Академии медицинских наук СССР.

Мне хочется вспомнить выда-

ЮИБ является замечательный врач-невролог, учёный, академик РАН Николай Николаевич Яхно. С 1993 по 2015 г. ЮИБ провело 21 Российскую конференцию по проблемам боли, участвовало в организации более 30 симпозиумов по боли, подготовило несколько руководств и клинических рекомендаций по диагностике и лечению болевых синдромов, осуществляет выпуск научно-практического журнала «Российский журнал боли». Все номера журнала

земного шара стремительно стареет, то и проблема выходит на первый план. Хроническая боль у пожилых пациентов приобретает настолько важное значение для жизнедеятельности организма, что, согласно мнению некоторых исследователей, боль у пожилых людей следует включать в число 5 жизненных показателей наряду с артериальным давлением, пульсом и другими показателями.

– Ну а, например, от головной боли практически все, не толь-

– Большое многообразие болевых синдромов затрудняет их диагностику врачами?

– Конечно. В зависимости от причин и механизмов развития болевых синдромов можно условно разделить на три основные группы: ноцицептивные, невропатические и дисфункциональные, другими словами, психогенные боли. В реальной жизни эти патофизиологические варианты болевых синдромов, как правило, сосуществуют. Чрезвычайно важным при диагностике боли является понимание патогенетического сценария. Этот сценарий не только включает процессы, которые происходят в осуществляющих регуляцию болевой чувствительности системах, но и затрагивает психологическую сферу человека, формируя у больного своё особое отношение к возникшей проблеме.

На интенсивность боли и вызванную ею инвалидизацию больного влияет отношение самого больного к своему состоянию. Катастрофизация своего состояния приводит к усилению боли. В отличие от острой боли, интенсивность и длительность которой главным образом обусловлена действием периферических факторов повреждения, хроническая боль может протекать и вне вызывающих боль повреждений соматических или невралгических тканей. Персональная позиция и убеждения больного, его привычки, а также его отношение к проводимому лечению оказывают существенное влияние и на интенсивность боли, и на эффективность проводимой терапии. Различный вклад биологических, психологических и социальных факторов в патогенез хронической боли, требует использования мультидисциплинарного подхода для помощи таким больным в специализированных противоболевых центрах или клиниках.

В таких центрах для лечения больных используется комбинированная терапия, включающая фармакотерапию, психотерапию, лечебную физкультуру и многое другое. Такая форма оказания помощи доказала свою медицинскую и финансовую состоятельность в большинстве развитых стран мира. В нашей стране, к сожалению, отсутствует федеральная целевая программа по лечению болевых синдромов, а она очень нужна. Пока этой программы нет, Российское общество по изучению боли делает всё возможное и невозможное, чтобы уменьшить бремя боли на человека.

Москва.

Авторитетное мнение

# Бремя боли

Каково оно, знают ВОЗ, Российское общество по изучению боли и большинство населения планеты



ющихся отечественных учёных – академиком Георгия Николаевича Крыжановского и Юрия Дмитриевича Игнатова, внёсших не только существенный вклад в изучение механизмов боли и обезболивания, но и явившихся инициаторами создания в 1993 г. общественной организации – Российского общества по изучению боли (РОИБ). В настоящее время Президентом

находятся в открытом доступе на официальном сайте РОИБ.

– Лаборатория фундаментальных и прикладных проблем боли, наверное, создана недавно?

– Ещё Георгий Николаевич Крыжановский был инициатором создания в 1988 г. нашей лаборатории. Лаборатория фундаментальных и прикладных проблем боли входит в структуру Института общей патологии и патофизиологии, возглавляемого академиком Асланом Амирхановичем Кубатиевым. Основными направлениями в работе лаборатории являются изучение патогенеза болевых синдромов, разработка патогенетически обоснованных методов лечения боли и профилактики хронических болевых синдромов, разработка и распространение методических материалов по диагностике, объективизации и лечению боли, разработка и проведение учебных курсов по диагностике, лечению и профилактике хронической боли, организация научно-практических конференций по проблеме боли.

А если учесть, что население

ко пожилые люди, принимают лекарственные препараты бесконтрольно и регулярно...

– При этом анальгетический эффект препарата постепенно снижается, что, в свою очередь, ведёт к увеличению дозы и комбинированию различных анальгетиков. Таким неоправданным лечением и бесконтрольным употреблением лекарств мы сами провоцируем головную боль. Эта форма головных болей получила название абзусной головной боли.

– Каков рейтинг абзусной головной боли среди других болевых синдромов?

– Абзусная головная боль стоит на шестом месте по частоте причин, значительно ухудшающей качество жизни населения в России. В мире же в 2013 г. эта причина находилась лишь на 18-м месте с отчётливой тенденцией к увеличению степени значимости по сравнению с 1990 г. В России число абсолютных случаев абзусной головной боли составило более 4,5 млн в 2013 г., что почти в 2 раза выше по сравнению с 1990 г. Факт большей значимости абзусной головной боли для России по сравнению с другими странами может быть с высокой вероятностью объяснён традиционной приверженностью к самолечению головных болей. Это, вероятно, обусловлено свободным отпуском рецептурных анальгетиков в аптеках.

Деловые встречи

# У инфекционистов — одна цель

## Она чётко определилась в ходе дискуссий

В Барнауле прошла межрегиональная научно-практическая конференция «Инфектология и рациональная терапия». Особенностью мероприятия стал принципиально новый формат общения специалистов – открытые дискуссионные площадки, в работе которых приняли участие более 300 врачей терапевтов.

В ходе работы трёх дискуссионных площадок участники смогли обсудить интересные аспекты рациональной антибиотикотерапии, различные тактики лечения вирусных инфекционных заболеваний с использованием новейших препаратов, а также особенности рационального подхода к диагностике, лечению и профилактике инфекционных заболеваний.

Как отметил модератор конференции, главный инфекционист Главного управления Алтайского края по здравоохранению и

фармацевтической деятельности, президент Ассоциации инфекционистов Алтайского края Валерий Шевченко, в настоящее время рациональная терапия инфекционных заболеваний признана одним из наиболее актуальных вопросов медицины. Правильно спланированная индивидуальная терапия является залогом эффективного лечения.

Одним из центральных докладов первой дискуссионной площадки «Рациональная антибиотикотерапия в практике клинициста» стало выступление главного клинического фармаколога Минздрава Омской области Сергея Скальского, который подробно рассказал о принципах рационального применения антибиотиков в амбулаторной практике. Заместитель главного врача по детству Алтайского противотуберкулёзного диспансера Ирина Каманина остановилась на таком аспекте антибиотикотерапии,

как профилактика туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя.

Доцент кафедры госпитальной терапии АГМУ Ирина Белова рассказала об одном из самых частых осложнений лечения антибиотиками – антибиотикоассоциированной диарее, представила причины её развития и тактику лечения. Особенности рациональной терапии неспецифических воспалительных заболеваний мочеполового тракта в своём выступлении озвучила доцент кафедры урологии АГМУ Ярослава Яковец.

Активное обсуждение в рамках второй дискуссионной площадки «Рациональная терапия вирусных инфекционных болезней» вызвали стандартные и альтернативные методы лечения герпесвирусных инфекций, о которых рассказал профессор Института иммунологии ФМБА России Андрей Шульженко.

Стратегии рациональной тера-

пии хронических вирусных гепатитов раскрыл в своём докладе В.Шевченко. Продолжила тему ведущий научный сотрудник НИИ вирусологии им. Д.И.Ивановского Ирина Хлопова, которая рассказала участникам конференции о клиническом опыте применения новейших препаратов в лечении острого и хронического гепатита В.

Темой третьей дискуссионной площадки была «Инфектология в клинической практике с позиции подхода к диагностике и лечению». Рациональные подходы к лечению хронического описторхоза и острых кишечных инфекций стали темами выступлений заведующей кафедрой инфекционных болезней АГМУ Нины Карбышевой и профессора кафедры инфекционных болезней АГМУ Марины Никулиной.

Вопросы рациональной терапии и профилактики инфекционной патологии верхних и нижних дыхательных путей представил в своём

докладе главный детский пульмонолог Алтайского края Валерий Сероклинов. Большой интерес слушателей вызвало выступление заведующего кафедрой микробиологии, вирусологии и иммунологии АГМУ Алексея Хабарова, которое прошло в формате интерактивного семинара.

В заключение мероприятия декан медико-профилактического факультета АГМУ Евгений Бобровский сказал, что для повышения качества лечения больных в районах и городах края регулярно проводятся научно-практические конференции по наиболее актуальным вопросам инфекционных болезней, с которыми сталкиваются врачи всех специальностей и лечением большинства которых занимаются врачи поликлинического звена и терапевтических отделений.

Алёна ЖУКОВА,  
спец. корр. «МГ».

Барнаул.

## Сотрудничество

# Открыты для общения

## Оно даёт ощутимые результаты в работе флебологов

В Ульяновской области прошёл Международный курс «Школа перспективных направлений флебологии» для российских врачей с участием ведущих специалистов в сфере венозной патологии из Италии, Испании, Франции, Бразилии и Аргентины.

Целью проведения форума является презентация новейших научно-практических разработок по важнейшим направлениям флебологии, а также обобщение передового опыта и внедрение инновационных методик в сфере лечения венозных заболеваний. Слушателями курса стали 30 ведущих флебологов из 14 регионов России. В рамках курса в течение 5 дней будут проходить лекции, семинары, консультации пациентов, практические занятия и мастер-классы.

– В течение всего года специалисты областной больницы отбирали и обследовали пациентов с наиболее тяжёлыми заболеваниями венозной системы для проведения консультаций. За 3 дня работы в рамках курса под руководством зарубежных врачей выполнено 11 операций большим с варикозной болезнью, тромбозами нижних конечностей, варикозным расширением вен малого таза, косметическими дефектами лица, – пояснил заместитель председателя регионального правительства – министр здравоохранения Павел Дегтярь.

В состав делегации зарубежных врачей вошли президент Всемирной ассоциации флебологов, почётный президент панамериканского общества флебологии и лимфологии профессор Анжело Скудери (Бразилия), врач-флеболог Паоло Скудери Нето (Бразилия), почётный врач, руководитель отделения



Мастер-класс для российских специалистов по флебологии проводит Роберто Симкин

ангиологии Dep S. Giovanni Hospital, профессор Клаудио Аллегра (Рим, Италия), профессор сосудистой медицины, флебологии и неинвазивных исследований, директор сосудистого центра больницы Nuova Villa Claudia Пьер Луиджи Антиньяни (Рим, Италия), а также доктор медицины, профессор медицинского факультета университета Буэнос-Айреса, генеральный секретарь Латиноамериканского венозного форума Роберто Симкин (Буэнос-Айрес, Аргентина).

– Это уже второй наш визит в Ульяновск в рамках обучающего курса. Техническое оснащение для

врачей очень важно, но самым главным является высокая профессиональная квалификация. Хотелось бы отметить высокий уровень подготовки ульяновских докторов и студентов. Мы видим, что у участников курса накоплен богатый опыт в сфере флебологии. Благодаря тому, что мы участвуем в таких программах, мы развиваем методики лечения, которые могут быть использованы в дальнейшем по всему миру, в том числе и в ульяновских клиниках. Мы намерены и дальше сотрудничать с ульяновскими коллегами, – сообщил руководитель проекта Анжело Скудери.

Доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии, физиотерапии и лечебной физкультуры Ульяновского государственного университета Людмила Белова отметила, что в будущем планируется проведение соответствующего симпозиума по данной проблематике в рамках Европейского конгресса.

– Медицина не стоит на месте, практикующие врачи и молодые учёные нуждаются в постоянном совершенствовании своих знаний. Подобные мероприятия очень важны, ведь в ходе обучения они смогут руку об руку поработать со светилами мировой медицины, задать интересующие вопросы. В рамках школы мы не только получаем новый опыт в сфере флебологии, но и делимся своими наработками, – рассказала Л.Белова.

Советник-наставник губернатора Ульяновской области по направлению «здравоохранение», председатель региональной Медицинской палаты, главный врач областной клинической больницы Валентина Караулова убеждена: задачи по снижению смертности требуют высокой квалификации медиков. Не всегда есть возможность направлять врачей на стажировки в лучшие клиники мира, поэтому вдвойне ценными являются подобные проекты, в рамках которых мировые эксперты приезжают в регион.

– Мы стараемся, чтобы как можно больше врачей поучаствовало в подобных мастер-классах, – сказала она. – Ведь все они в дальнейшем смогут внедрять передовые мировые методики в свою ежедневную работу.

Виктория ГУРСКАЯ,  
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

## Решения

Правительством РФ принято постановление об определении соответствия производителей лекарственных средств требованиям правил надлежащей производственной практики. Об этом во время посещения выставки достижений российской фармацевтической и медицинской промышленности «ФармМед-Пром-2015» заявил журналистам министр промышленности и торговли РФ Денис Мантуров.

## За границу – инспектировать

Постановление от 3 декабря предусматривает инспектирование производителей лекарственных средств на соответствие российским требованиям GMP, производство которых находится за пределами Российской Федерации.

«Мы начали выстраивать систему государственного контроля производителей на соответствие требованиям GMP ещё в начале 2014 г., – напомнил министр. – При этом стоит отметить, что мы начали с российских производителей».

Сейчас, после принятия данного постановления, Минпромторг впервые за много лет получил возможность инспектировать и зарубежных производителей. Ранее для регистрации иностранных лекарственных средств было достаточно предоставить GMP-сертификат, выданный уполномоченным органом власти страны-производителя. Теперь зарубежные производители должны будут пройти российскую инспекцию.

Принимаемые правительством и Минпромторгом России меры направлены в первую очередь на осуществление последовательной и взвешенной политики в сфере контроля качества лекарств, обращающихся на российском рынке.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сито!

Москва.

## Исследования

В России впервые проведено многоцентровое эпидемиологическое исследование среди ВИЧ-положительных женщин с целью определения демографической ситуации и репродуктивного профиля этой растущей группы пациентов.

В исследовании приняла участие 1131 ВИЧ-инфицированная женщина старше 18 лет из 10 центров по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, расположенных в Московской и Ленинградской областях, Волгограде, Владикавказе, Нижнем Новгороде, Кургане, Иркутске, Новосибирске, Челябинске, Владивостоке.

По итогам 8-месячной программы исследования были получены и проанализированы данные о приверженности женщин антиретровирусной терапии (АРВТ), профилактике вертикальной передачи вируса от матери ребёнку, методах контрацепции, причинах инфицирования и другие важные демографические и клинические характеристики.

– Это первое исследование подобного типа в нашей стране. Его результаты представляют значительный интерес для медицинского сообщества, организаторов здравоохранения и широкой общественности. По итогам проведённой работы нам удалось получить актуальные эпидемиологические данные, позволяющие выявить ключевые потребности и выработать меры по решению существующих проблем, в особенности по предупреждению передачи вируса от матери ребёнку, – говорит заведующая отделом клинических исследований и научно-методи-

# Печальное лидерство...

## Доля россиянок в заражении ВИЧ-инфекцией всё растёт

ческой информации Республиканской клинической инфекционной больницы, ведущий специалист Научно-практического центра профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей с ВИЧ Лариса Афонина. – Мы благодарны пациентам, исследователям и координаторам, которые сделали возможной эту работу.

Результаты позволяют говорить о высокой частоте заражения женщин ВИЧ при введении наркотиков, широком распространении хронического вирусного гепатита С, существенном снижении уровня передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку в последние годы, о необходимости широкого обследования на ВИЧ-инфекцию пациенток детородного возраста, высокой актуальности организации работы по планированию семьи среди ВИЧ-инфицированных женщин, необходимости раннего начала АРВТ у фертильных женщин.

Вот некоторые из полученных данных.

По российской классификации стадий ВИЧ-инфекции, на момент проведения исследования субклиническая и вторичная стадии наблюдались у 48,8 и 47,5% респонденток соответственно. Средняя продолжительность течения ВИЧ-инфекции – 4 года. Количество CD4-лимфоцитов в среднем составило  $481,4 \pm 243$

клетки/мкл; у большинства женщин (70,2%) этот показатель был выше 350, и у 40,9% – выше 500 клеток/мкл. Медиана вирусной нагрузки составила 225 копий/мл плазмы.

Наиболее часто встречающимся сопутствующим заболеванием является хронический вирусный гепатит С – у 39,3% респонденток, у 13,9% – кандидозный вульвовагинит, у 5,7% – хронический вирусный гепатит В, у 5,1% – ВПЧ-инфекция.

Большинство участниц исследования (73,3%) – женщины в возрасте 18-35 лет, средний возраст составляет  $32,2 \pm 8,8$  года. 76,4% респонденток сообщили о наличии среднего или среднеспециального образования, 60,2% из них имели постоянную работу. 71,6% были инфицированы в результате гетеросексуальных контактов, 24,7% заразились при введении наркотиков внутривенно. Причины первичного обследования женщин на ВИЧ-инфекцию: беременность (31,7%), рискованное сексуальное поведение или наличие ВИЧ-инфицированного партнёра (18,7%), внутривенное введение наркотиков (14,2%), профилактический скрининг (13,7%).

При этом у 69,9% женщин был постоянный половой партнёр; 46,8% половых партнёров были ВИЧ-инфицированы. Более 80% сообщили о единственном половом

партнёре, 55,4% – о незащищённом половом контакте в течение последних 3 месяцев до включения в исследование. Мужские презервативы были отмечены как предпочтительный метод контрацепции в 60% случаев, и только 1,9% респонденток использовали пероральные контрацептивы. 38,2% женщин не использовали никакого метода контрацепции, и это не может не вызывать тревогу.

Важно, что у большинства (76%) участниц исследования в медицинской истории была беременность; почти у половины (45,4%) она наступила после выявления ВИЧ-инфекции. 18,1% женщин были беременны на момент проведения исследования, причём в 64,9% случаев беременность была запланированной, в то время как большинство из предыдущих беременностей были незапланированными (62,8%).

На момент исследования большинство женщин (64,4%) получали антиретровирусные препараты.

Таким образом, количество новых случаев заболеваемости ВИЧ-инфекцией в России с каждым годом увеличивается: в 2014 г. оно выросло на 6,9% по сравнению с 2013 г.; общее число ВИЧ-положительных пациентов, зарегистрированных в Российской Федерации на 31 декабря 2014 г., составило 907 607 человек. И это

при том, что в мире отмечается как раз обратная тенденция: снижение заболеваемости почти на 20% за 10 лет.

Каждый день около 210 жителей России узнают, что у них вирус иммунодефицита человека.

Доля женщин в общей структуре заболеваемости также растёт: в 2013 г. объектами почти половины случаев впервые выявленной ВИЧ-инфекции оказались женщины.

Показатель вертикальной передачи ВИЧ от матери ребёнку в России также остаётся выше, чем в развитых странах.

В отличие от мужчин, живущих с ВИЧ, женщины с этим диагнозом имеют ряд специфических потребностей и проблем – беременность, повышенный риск развития рака шейки матки, преждевременная менопауза и остеопороз.

ВИЧ является главной причиной смерти женщин репродуктивного возраста во всём мире, который часто диагностируется уже во время беременности.

В связи с этим было важным провести данное исследование: его результаты будут использованы для разработки решений сложных проблем, с которыми сталкиваются ВИЧ-позитивные женщины.

Алёна ЖУКОВА,  
корр. «МГ».

Москва.

Учёные Новосибирска, Самары и Санкт-Петербурга и их зарубежные коллеги опубликовали исследование геномов 230 древних евразийцев (163 совершенно новых), среди которых «представители» самых разных групп, населявших Европу от Пиренеев до Анатолии, южной Скандинавии, восточных степняков, включая известного Айс-мена «Отци», найденного на альпийском леднике, и полумифических скифов. Историческая глубина анализа составила более 8 тыс. лет, «покрыл» очень важный переход от охоты и собирательства к фермерству.

Особый интерес учёных привлекли «новые» анатолійцы неолита, давшие первых европейских фермеров, отразив в своём геноме важнейший переход в развитии современного человечества (старые геномы сравнивали с ДНК 777 современных европейцев). Переход сопровождался коренными изменениями в геноме по сайтам, отвечающим за рост и смену диеты, окраску кожи и иммунитет (последнее крайне важно). На публикации откликнулись ведущие СМИ. Геномный переход в истории современного человека и селекция по разным признакам не должны скрывать факта ограниченности африканского источника ген-вариативности, потому что с Чёрного континента «вырвалась» не слишком большая группа наших предков. Отсюда высокий процент близкородственных браков без внешних источников «примешивания» – admixture, – что приводит к соединению двух дефектных копий гена (мутантных аллелей).

Люди, состоящие в близком геномном родстве, страдают нейродегенеративными заболеваниями и той же шизофренией. Сотрудники Университета Северной Каролины сравнили томо-

Перспективы

# Избавление от меланомы

граммы более ста пациентов, у которых выявлены области мозга, связанные с нарушениями речи и способности испытывать радость. Но мозг могут поражать и опухоли, в частности из глиальных клеток белого вещества (глиобластомы). В мозг могут также метастазировать другие опухоли, например груди и меланомы. В конце октября Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) после 10-летних «проволок» разрешила использовать для лечения меланом первый онколитический – «растворяющий опухоль» – вирус, третья фаза клинических испытаний которого оказалась успешной. Ещё четверть века назад в Германии было показано, что геном вируса полиомиелита можно «расчленить» без утери его способности проникать в клетки, для чего требуется соединение-связывание протеинов вирусной и клеточной оболочек. После изъятия части вирусного генома к его «остатку» можно добавлять ген человека, в результате чего вирусная химера обретает способность стимулировать иммунный ответ. Считается, что опухолевые клетки используют тактику плаща и кинжала, роль которых выполняет молекулярная «шапка-невидимка» и «прорывающиеся» в кровоток циркулирующие опухолевые клетки (СТС). Новое средство, одобренное FDA, представляет собой ГМ-вирус герпеса, вызывающий по весне высыпания на коже и слизистых («лихорадка»), получивший сложное название Talimogene la-herp-arep-vec (механизм его действия показан на схеме в Wikipedis). Оно говорит о

введении гена человека для активации Т-лимфоцитов («киллеров») в геном латентного герпес-вируса, неспособного к репликации (самовоспроизведению) и выполняющего роль вектора-переносчика.

Ничего нового создатели противоопухолевого вируса не изобрели, однако собрали воедино то, что «природа накопит сумела». В организме иммунный ответ находится под строгим контролем, выполняя с одной стороны задачу борьбы с постоянно возникающими раковыми клетками, а с другой не вызывая в норме отторжения плода, который наполовину генетически чужероден матери. Клинические испытания прошли с успехом, о котором создатели вирусного лекарства сообщили на публике в слуханиях в FDA, проходивших 29 апреля 2015 г. На них сообщалось о введении вирусов непосредственно в опухоль через тонкий катетер 2116 пациентам, из которых почти у тысячи (995) опухоли полностью исчезли. На встрече присутствовали дочь одного из выздоровевших и двое бывших пациентов. У одного из них Рэнди Рассела, от которого врачи «отказались» после 5 лет попыток лечения, опухоль стала уменьшаться уже после первого введения лекарства, а затем и вовсе исчезла. Интересно, что у 212 человек меланомы исчезли и без введения вирусов, лишней раз подтвердив высокую иммуногенность этого вида опухолей. В Университете Дьюка в Дареме ГМ-вирус полиомиелита применили для лечения 22 человек с глиобластомами мозга, 11 из которых умерли, а у других 11 опухоли уменьшились в размерах, при этом у 3 счастли-

цев полностью исчезли. Учёным пришлось добиваться разрешения FDA на использование полиовируса целых 7 лет!

Однако их можно понять, поскольку одно дело биотехнология и культуры клеток, а другое живые люди, вроде бы готовые на всё, однако могут подать на врачей и в суд (или их родственники). Большой коллектив из Вирджинии и Стенфорда в Калифорнии, Арканзаса и Валенсии в Венесуэле сообщили о разработанном ими новом подходе к лечению резистентных глиобластом, используя электрические импульсы, нацелено разрушающие только раковые клетки. Известно, что пульсация электрического поля «пробивает» самые настоящие дырки в клеточной стенке, и этот метод (электропорации) давно используется для введения ДНК в клетки. Ветеринары с успехом используют его для лечения собак, вводя электроды непосредственно в мозговые опухоли. Для человека был разработан высокочастотный (до 15 кГц) вариант терапии, «атакующей» избирательно более крупные ядра раковых клеток, оставляя здоровые нетронутыми. Пока речь идёт о 3D-моделях различных тканей, в том числе и мозговой.

Хорошо известно, что метастазирование тех же опухолей груди неслучайно и вполне предсказуемо. В Университете штата Южная Каролина и Раковом центре Нью-Йорка проанализировали течение опухолей груди у 446 женщин, показав, что процесс зависит от первого места, куда «попал» метастаз. Неудивительно после этого внимание учёных к цирку-

лирующим раковым клеткам, то есть упомянутым выше СТС. Число их в крови ничтожно мало (менее 200 в 1 мл), особенно в сравнении с количеством эритроцитов (5 млрд) и белых клеток (7 млн). Вот почему такой интерес привлёк новый метод определения СТС в крови с использованием хорошо известного стрептавидина, с 1970-х годов используемого в микроскопии (белок был выделен из стрептомицета *S. avidian*). Знаменит он тем, что сильнее всех других протеинов связывает «ухватывает» биотин, или витамин В7. В полном соответствии с заветами Гутенберга и современной микроэлектронной литографии сотрудники Центра нанотехнологии в Мюнстере «напечатали» на микрочипе биотин-стрептавидиновые блоки, окрашенные соответственно зелёным и красным.

Анализ крови людей с наличием и подозрением на опухоль показал присутствие у них СТС, связывающихся с необходимым им биотином, в результате чего на фоне красного стрептавидина уловленные клетки начинают светиться зелёным. Если верить сообщению в приложении Nature, клиницисты при использовании немецких чипов будут избавлены от необходимости использовать «коктейль» разных антител-диагностиков, их инкубации с образцами и смены чипов для выявления разных раковых «мишеней».

Игорь ЛАЛЯНЦ,  
кандидат биологических наук.

По материалам  
Nature Communications.

Открытия, находки

# Пьезокардиология

Все знают о пьезокристаллах, используемых в электронных часах, то есть структурах, преобразующих механический процесс в электричество и наоборот. Пьезоэффектом является пульс, или волновой удар на стенки артерии, идущий до самых отдалённых участков тела после сокращения левого желудочка сердца. Стенки сосудов «укрепляются» гладкомышечными клетками, способными выдерживать постоянные растяжения – «пьеzo».

Естественно, что поверхностный, или мембранный, протеин клеточных оболочек получил название Piezo, и его роль заключается в реакции на эластические напряжения в стенках артерий, которая передаётся на белок кальциевого канала. Он представляет собой протеиновый канал, по которому в клетку «устремляются» ионы кальция, следствием чего становится сокращение гладкомышечных клеток, что необходимо для поддержания сосудистого тонуса (в противном случае наступает атония, или спавшиеся сосуды, при которой медикам трудно попасть иглой в вену). Белок «пьеzo» способствует питанию сосудистой стенки, и выключение гена Piezo приводит к гибели будущих мышат в утробе матери из-за уродливых сердца и сосудов. Во взрослом состоянии блокирование этого гена приводит к

выключению кальциевых каналов и нарушению сосудистого тонуса.

Ген играет важную роль в «обновлении» – ремоделинге – артерий, постоянно происходящем в организме, не говоря уже о травмах и после операций (одним из постоперационных осложнений является тромбоз глубоких сосудов, одной из причин которого является нарушение их тонуса). Большое число людей страдает от гипо- и гипертензии, то есть существенных отклонений артериального давления, сопровождающихся «выключением» ферментов, отвечающих за ремоделинг, поддержание просвета сосудов и толщины сосудистых стенок. Выключение гена Piezo, как показали сотрудники Института молекулярной и клеточной фармакологии во французском Вальбоне, приводит к резкому истончению артериальной стенки (как минимум в 3 раза). Клетки сердечной мышцы сочетают в себе свойства гладкомышечных и поперечно-полосатых клеток.

Сердечники часто страдают из-за аритмии, или сбоя ритма сокращений сердца, поэтому людям приходится вживлять под кожу ритмоводители (пейсмейкеры), что, к сожалению, не решает проблему. В Мичиганском университете в городе Энн-Арбор создали наночастицы для селективного «выключения» аномально возбуждённых клеток, сбивающих сердечный ритм. «Нацеливание» частиц осуществ-

ляли с помощью пептидного функционала, а их ответ на свет лазера сенсibilizировали с помощью хлорина. Функционализацию осуществляли присоединением к поверхности частиц специфических молекул пептида, то есть белкового «осколка», которые «липнут» к оболочкам только мышечных клеток сердца, не реагируя на соседние клетки сосудов, питающих сердечную мышцу, фибробласты и др.

Наночастицы вводили крысам внутривенно и добились 85-процентной эффективности подавления экспериментальной аритмии с помощью лазерной «подсветки». Эффективность нового препарата была подтверждена также на изолированных сердцах крыс и овец. Использование наночастиц не требует оптогенетики и введения гена светочувствительного протеина, что дорого, имеет малый полезный выход и абсолютно неприемлемо у человека, ген-модифицирование клеток которого категорически запрещено. Наноподход к клеточному таргетированию намного проще и привычнее, не требует особого обучения, так что следует ждать нанофункционала для человека, белки которого отличаются от овечьих и крысиных, проведения клинических испытаний и утверждения в соответствующих инстанциях.

Иван ЛАРИН.

По материалам Cell Reports.

Ситуация

С 1 января 2016 г. застрахованным в кассах государственного медицинского страхования (GKV) в Германии придётся платить больше. Взносы за медицинскую страховку работающих вырастут на 0,2% и составят 15,7%. Доля работодателя пока остаётся неизменной.

нагрузку на трудящихся: с января этого года было предусмотрено однозначное снижение взносов для наёмных сотрудников – с 15,5 до 14,6%. Но одновременно кассам разрешили взимать дополнительные взносы в зависимости от доходов застрахованных. И конечно, GKV воспользовались новым за-

# Медицинская страховка станет дороже

Как обычно, виной будущего повышения взносов является дефицит в здравоохранении. А этот дефицит, по мнению экспертов, вызвала очередная медицинская реформа, в том числе больниц и клиник. На осуществление этой реформы, как считает руководитель объединения GKV Дорис Файфер, кассы должны будут потратить до 2019 г. 3,4 млрд евро. Соответственно, эти расходы кассы просто переложат на плечи своих членов. По мнению Дорис Файфер, дополнительные взносы за медицинскую страховку до 2019 г. могут вырасти до 1,8% для застрахованных. Уже ближайшее повышение взносов в будущем году для работающих с месячной зарплатой 2900 евро (до уплаты налогов) обойдётся в 70 лишних евро в год. У сотрудников, имеющих доход 4 тыс. евро, затраты составят уже 96 евро.

Казалось бы, правительство запланировало, напротив, уменьшить

законом: за небольшим исключением почти все кассы ввели этот набор (Zusatzbeitrag) в размере «снижения» – 0,8-0,9%!

Почему трудящиеся должны всё время платить больше, в то время как доля работодателя в медицинском здравоохранении остаётся «замороженной» на отметке в 7,3%? Это несправедливо, считает оппозиция. «Повышение взносов не должно финансироваться только за счёт работающих, граница допустимого уже давно достигнута», – критикует эксперт по здравоохранению СДПГ Хильде Маттхайс.

Партии «левых» и «зелёных» также требуют равного участия сторон в финансировании. «Только в этом году работающие, члены GKV, выплатили на 10 млрд евро больше, чем работодатели, – возмущается эксперт «левых» Гаральд Вайнберг. – В следующем году эта разница составит уже 13 млрд евро!»

Инесса КАТАРОС.

**Инстинкт самосохранения подавить не так-то просто. Конечно, воспитание в соответствующей среде, пропаганда вербовщиков, наркотики могут выковать из человека тварь, готовую убивать других даже ценой собственной жизни. И тем не менее, последнюю искру веры в земную жизнь в душе обречённого загасить никогда не удастся.**

Психологи утверждают, что самоубийцы-исламисты, считающие себя шахидами, идут на смерть в полной уверенности в том, что их послеземная жизнь продолжится в то самое мгновение, когда они «подлунный мир» покинут. Причём послеземное существование смертники мнят для себя как вечное блаженство. Действительно, о шахидах говорится во многих аятах Корана: «Никоим образом не считай мёртвыми тех, которые были убиты на пути Аллаха. Нет, они живы и получают удел у своего Господа...»

В исламе шахид – это воин, а не убийца и не самоубийца. Шейх Салих аль-Фаузан, один из известных современных духовных учителей в Саудовской Аравии, опубликовал в саудовской газете статью, в которой утверждает, что смертники, совершающие взрывы, не служат Аллаху, а «ведут борьбу во имя дьявола». Фаузан выразил убеждение, что насильственные действия, совершаемые во имя «джихада», вполне можно считать диверсиями и убийствами.

Израильский военный психолог Моти Пикельнер, выступая по русскоязычному радио, заметил, что смерть воина в бою во всех мировых религиях, в том числе и в мусульманстве, воспринимается как «венец торжества духа и даже как акт альтруизма». Сравнивая такого воина с японским самураем, совершавшим харакири, доктор Пикельнер обращает внимание на тот факт, что харакири – это всегда результат проигрыша и неудачи, последняя точка бытия, не имеющая никакого отношения к «торжеству духа».

Израильские клинические и военные психологи провели совместное серьёзное исследование среди арабских террористов-самоубийц, которые по разным причинам не смогли сделать последний шаг навстречу смерти, но к его свершению были готовы. Профессор Тель-авивского университета Ариэль Марари, видный израильский специалист по проблемам мирового террора и особенно по террористам-самоубийцам, посчитал важным выяснить, почему одни террористы готовы положить жизнь в противостоянии с цивилизацией, а другие расставаться с жизнью не спешат.

В своей книге «Приведение к смерти. Психологические и социальные аспекты терроризма смертников», вышедшей в издательстве Оксфордского университета, этот учёный подчёркивает, что именно молодость террористов не даёт многим из них в полной мере осознать ценность жизни. Действительно, средний возраст тех,

Взгляд

# Смертник тоже хочет жить

Последнюю искру веры в душе обречённого загасить не удастся никогда

кто в последние месяцы нападал с ножами, отвёртками, топорами на израильских граждан – 19 лет. И автомобильные теракты, то есть намеренные наезды на израильтян, также совершали юноши и девушки, многие из которых не перешагнули порог совершеннолетия.

Центральное место в книге профессора Марари занимает углублённый психологический анализ 15 палестинских арабов, «сидельцев» израильских тюрем, которые в основном из-за технических сбоев в поясах смертников остались в живых. В исследовании выявлено два основных типа террористов-самоубийц: большинство – зависимые личности, меньшинство – импульсивные. И те и другие характеризуются как социально не развитые, легко поддающиеся пропаганде. По мнению А.Марари, в наши дни количество импульсивных смертников возрастает. «Именно импульсивные, – настаивает на своей точке зрения профессор Марари, – за минуты или даже мгновения до выхода на убийственно-самоубийственные «акции» не могут сдерживать свои эмоции и публикуют, по меньшей мере, один пост в социальных сетях, объявляя, что они собираются сделать».

С Марари соглашается лектор в академическом центре «Руппин» и одновременно глава программы изучения криминальных профилей Ариэльского университета (заметим, что у этого израильского университета, считающегося «русским», налажены научные связи со многими российскими высшими учебными заведениями) доктор Михаль Мораг, который замечает: «В отличие от террористов, с которыми мы были знакомы до сих пор, молодые террористы нынешней волны – это, прежде всего, импульсивные типы. Чтобы навесить на себя пояс смертника и пойти куда-нибудь, чтобы взорваться, нужно намного меньше инициативы, и побудительные причины могут оказаться совершенно разными, никак не связанными ни с религиозными, ни с политическими пристрастиями».

В этой связи и А.Марари, и М.Мораг приводят такой статистический факт: менее 20% терактов, совершённых смертниками и смертницами, можно характеризовать (нередко с немалой натяжкой) как политические «акции» или «акции», объясняемые национальной

или религиозной ненавистью. Всё остальное – безумные эмоциональные всплески запутавшихся в жизненных ситуациях обычно молодых людей. Именно такой человеческий материал разыскивают эмиссары-вербовщики террористических организаций.

Иерусалимский врач-психиатр Борис Полищук (кстати, бывший минчанин) в беседе с «МГ» заметил, что «суицидальные склонности диагностированы у 60% террористов, объявивших о готовности совершить самоубийство». «И хотя эта цифра достаточно велика, – продолжает свою мысль Б.Полищук, – всё-таки большинство потенциальных смертников в клиническом смысле к душевнобольным не относятся, и судить их надо по всей строгости закона». По его мнению, такие личностные характеристики, как замкнутость, жизненные неудачи, и как результат – постоянная душевная боль делают некоторых молодых людей весьма восприимчивыми к внешнему воздействию, иначе говоря, к пропаганде.

Бывший сотрудник Службы общественной безопасности Ярон Блюм, 7 лет проработавший главой аппарата безопасности полётов авиакомпании Эль-Аль в Мюнхене, Риме и Париже, а ныне сотрудник Израильского института по борьбе с терроризмом, отлично представляет психологический профиль многих палестинских заключённых-малолеток. «Глубоко ошибается тот, кто предполагает, что ребёнок 12-13 лет, а тем более старшие подростки, всегда предпочитают игры или походы в кино в одиночку или в компании выискиванию случайных жертв, которых они могут пырнуть ножом, заточкой или отвёрткой, – делится своим опытом Блюм в интервью израильскому журналисту Амиру Шуану, автору статьи «Познай своего врага. Профиль террориста «джихада ножей», опубликованной в приложении к русскоязычной газете.

Конечно, чтобы молодой человек, а тем более ребёнок пошёл убивать, рискуя своей жизнью, а иногда заведомо идя на верную смерть, должны сойтись несколько составляющих. Во-первых, на путь террора толкает оголтелая антиизраильская пропаганда исламистов и их пособников, всегда переходящая в антисемитскую.

«Нет сомнения, что нож – это один из главных мотивов пропа-

ганды «Исламского государства», и следы этого наблюдаются в нынешней волне террора», – высказывает свою точку зрения доктор Шауль Шай из Междисциплинарного научного центра, заметил в беседе с «МГ»: «Клипы, «гуляющие» в социальных сетях и доступные молодым палестинцам, пропагандируют ненависть не только к евреям и христианам, но и также и к мусульманам, настоящим мусульманам, напроочь отвергающим человеконенавистничество».

«ИГ» обращается к своим приверженцам во всём мире, – продолжает свою мысль доктор Шай, – с таким лозунгом: братья, нам не нужно повторение 11 сентября, пусть каждый из вас устроит теракт теми способами, которые ему доступны, хоть кухонным ножом своей матери». Неверно думать, что родители смертников и смертниц, как бы они ни относились к израильтянам, поддерживают действия своих беспутных чад. Большинство, безусловно, скорбит и осуждает такие деяния.

В книге Марари рассказывается о родителях одного молодого террориста, взорвавшего себя среди пассажиров на автобусной остановке. «Я бы привязал сына к кровати и никуда бы не пустил, – со слезами на глазах говорит несчастный глава этого семейства, а если бы он всё-таки вырвался, догнал бы и держал так крепко, что моя жизнь стала бы его...» Мать этого самоубийцы сказала буквально следующее: «Я бы разорвала своё сердце, затолкала в его грудь и зашила, тогда бы он понял, что так делать нельзя». Отец другого террориста-смертника в порыве горя разорвал фотографию сына и решительно отказался идти на его похороны.

Видный американский специалист в области психиатрии и политической психологии профессор Джералд Пост, почти 20 лет возглавлявший Центр аналитики политического поведения личности в ЦРУ, а ныне директор программ политической психологии в университете им. Дж.Вашингтона, в одной из своих лекций высказал такое убеждение: «В ближайшее время

не следует ожидать какого-либо значительного улучшения в плане борьбы с терроризмом на Ближнем Востоке. Уж если палестинские боевики размещают на своих сайтах фотографии, где родители примеряют «пояс шахида» к 11-месячному младенцу, а 3-летняя девочка позирует с гранатой в руке, то можно считать, что нынешнее поколение, живущее в этом регионе, потеряно для нормализации отношений с Израилем и с западным миром». По мнению профессора Поста, «подобная ситуация, в которой главную роль сыграли психи и подонки, продлится ещё лет 50-80».

Хотя, понятно, что отношение к детям, решившим стать террористами-смертниками, у экстремистски настроенных родителей, будет отличаться агрессивностью и даже одобрением диких действий своих чад. По крайней мере на людях. Так, шейх Таха Катнани считает свою 16-летнюю дочь Ашрат, напавшую на автобусной остановке на 20-летнюю израильтянку и тяжело ранившую её ножом в спину, «героиней». До того как «героиню» ликвидировали, она успела ранить (к счастью, легко) на той же остановке ещё и 12-летнюю девочку.

И всё-таки оголтелость и бессердечие таких, как шейх Катнани, не может быть характерной для нормальных вменяемых родителей. Поэтому вполне правомерно поставить такой вопрос: могут ли родители отвести своих детей, вставших на путь террора, от последнего гибельного шага?

Доктор Полищук не отвечает на этот вопрос однозначно. По его мнению, «многое зависит от взаимоотношений в семье, от степени открытости между ближайшими родственниками». Показательно, что исследовательский отдел Израильской военной разведки считает, что приверженность к террору – «заразная болезнь», распространяемая как через СМИ, так и через Интернет.

«Если родители, родственники, семья сумеют победить ложь исламистских пропагандистов, – продолжает свою мысль доктор Полищук, – тогда их сыновья или дочери погибать не захотят и не станут «живыми бомбами».

Б.Полищук выразил и такую, на мой взгляд, важную мысль: «Сеющие смерть молодые смертники в большинстве своём верят, что они всё-таки не погибнут – в результате божественного вмешательства их оберегут в последнее мгновение. Лично мне такое вмешательство представляется весьма сомнительным, не достойным рассмотрения. Но родительское вмешательство (только не в последнюю минуту, конечно) могло бы спасти многие жизни».

Думаю, здесь вполне к месту прозвучит несколько изменённый призыв знаменитого чехословацкого журналиста-антифашиста Юлиуса Фучика: «Родители! Будьте бдительны!»

Захар ГЕЛЬМАН,  
соб. корр. «МГ».

Иерусалим.

## Исследования

# Интимно об интимной жизни

**Многие думают, что чем больше секса, тем счастливее человек. Однако исследователи из Университета Торонто Миссиссога под руководством Эми Мюиз показывают, что зависимость между этими двумя параметрами нелинейная.**

Учёные проанализировали ответы более чем 25 тыс. человек, состоящих в интимных отношениях. Данные были собраны в США за период с 1989 по 2012 гг. Как показали результаты, уровень счастья возрастает, пока частота секса не достигает одного раза в неделю, и больше не увеличивается. Для счастья участникам

опроса было достаточно 5 половых актов в месяц.

Э.Мюиз затрудняется дать точное объяснение, почему секс чаще раза в неделю не делает людей счастливее. Как поясняет исследовательница, важно поддерживать интимную связь с партнёром, не пытаясь пользоваться любой возможностью увеличить частоту секса. Кроме того, она предлагает исследовать в будущих работах половую жизнь людей, не состоящих в длительных отношениях.

Джордж Левенштейн из Университета Карнеги Меллон отмечает, что проблема этого исследования в том, что оно показывает только корреляции, а не причинно-следственные

связи. Ранее он и его коллеги провели исследование на 64 супружеских парах, половину из которых попросили увеличить количество секса и одновременно ежедневно письменно отвечать на вопросы об эмоциональном состоянии.

В итоге количество секса в этой группе в среднем увеличилось на 40%. Тем не менее участники эксперимента отмечали, что качество секса ухудшилось, а они стали чувствовать себя менее энергичными. Все это говорит о том, что старое правило про качество и количество применимо и к половой жизни.

Алина КРАЗУЭ.

По сообщению The Guardian.



**История зачастую бывает несправедливой, и открытие, сделанное одним человеком, называют именем другого. Примеров тому множество, образцовый человек может навскидку вспомнить хотя бы несколько.**

**Но в данном случае всё оказалось правильно: эта болезнь названа по имени учёного и его ассистентки. Хотя и здесь без казусов не обошлось: несведущие люди по привычке произносят «болезнь Эпштейна – Барра», не догадываясь, что на самом деле вторая фамилия не должна склоняться, так как это – женщина.**

### Удачное знакомство

...Майкл Эпстайн – именно в такой транскрипции эта фамилия значится в Энциклопедическом словаре медицинских терминов (видимо, дабы не путать английского учёного с советским паразитологом и протозоологом Г.Эпштейном) – после завершения учёбы в известном кембриджском Тринити-колледже в начале 60-х продолжил обучение в медицинской школе госпиталя Мидлсекс. Здесь он познакомился с талантливой молодой женщиной Ивонной Барр и пригласил её быть ассистентом в его научных исследованиях.

Эпстайн ещё в 1960 г. заинтересовал доклад английского хирурга Дэниса Беркитта, который во время работы в экваториальной Африке обнаружил специфическое онкологическое заболевание (к слову, оно было названо впоследствии в его честь – лимфомой Беркитта). Эта опухоль появлялась в основном у детей в возрасте до 7 лет в Кении, Уганде, Малави и Нигерии – странах с жарким и относительно влажным климатом.

После того, как Эпстайну удалось получить грант от Национального института рака США для изучения болезни, Беркитт выслал ему образцы опухолей. В них при помощи электронного микроскопа был обнаружен вирус, до этого науке неизвестный, и по фамилиям своих первооткрывателей получивший название «вирус Эпштейна – Барр». Он был признан причинным фактором развития лимфомы Беркитта и ряда других злокачественных опухолей человека.

Годом его открытия считается 1964-й. К тому времени Эпстайн

уже имел звание профессора, а Ивонна Барр через два года получила степень доктора философии Лондонского университета. Однако, несмотря на такой яркий взлёт, продолжать научную карьеру она не стала, а выбрала семейный уют: вышла замуж за австралийца и переселилась с ним в Австралию. После чего для биографов стала неинтересна.

Судьба Майкла Эпстайна, и научная, и личностная, сложилась вполне благополучно. В 1968-1985 гг. он был профессором патологии (ныне почётный профессор),

Кроме того, он провоцирует ангину, синдром хронической усталости, гепатит.

– XXI век – век герпетических инфекций, – говорит заведующий лабораторией иммунологии и вирусологии ВИЧ-инфекций НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера кандидат биологических наук Александр Семёнов. – В частности, более 70% людей, достигших взрослого возраста, являются носителями ВЭБ. Система его передачи – антропоносная, то есть от человека человеку. Источником вируса являются биологические

Что интересно: с ВЭБ ассоциируют и такое распространённое сегодня заболевание, как синдром хронической усталости, которое, по мнению А.Семёнова, описано ещё три века назад Лоренсом Стерном в романе «Сентиментальное путешествие». Знаменитая меланхолия, столь популярная у представителей высшего света в XVIII-XIX веках, есть не что иное как проявление синдрома хронической усталости.

Чтобы не ошибиться в диагнозе (т.к. терапия здесь совершенно разная), необходимо подтвердить его лабораторной диагностикой.

– Одной из самых действенных мер профилактики является элементарное соблюдение правил личной гигиены.

Также не существует и специфических средств терапии этого заболевания. Однако существуют способы облегчения симптомов, например, обильное питьё для поддержания достаточного уровня жидкости в организме; домашний режим (без физических нагрузок и тем более занятий спортом); диета (в т.ч. ограничение или прекращение приёма алкоголя), снижение температуры, аэрация помещений.

### История болезни

# Неистребимый вирус

## Вакцины для защиты от ВЭБ не существует

при этом с 1968 по 1982 г. заведовал кафедрой в Бристольском университете. В 1979 г. был избран членом Лондонского королевского общества, и с 1986 по 1991 г. являлся его вице-президентом. В 1985 г. Эпстайн был награждён орденом Британской империи, а в 1991 г. королевой Елизаветой II был посвящён в рыцари.

### Живучий и неуловимый

Доказано, что ВЭБ является одним из самых распространённых вирусов человека. Он способен вызывать такую инфекцию, как мононуклеоз, однако против этого широко распространённого заболевания более чем у 90% взрослых старше 40 лет имеется приобретённый иммунитет.

Симптомы инфицирования вирусом Эпштейна – Барр включают: утомляемость, лихорадку, фарингит, отёчность шейных лимфатических узлов, обструкцию верхних дыхательных путей, увеличение селезёнки, увеличение печени, сыпь.

ВЭБ обычно ассоциируют с развитием нескольких злокачественных новообразований, таких как назофарингеальная карцинома, лимфома Беркитта и болезнь Ходжкина.

жидкости организма, в первую очередь слюна, сперма во время полового контакта, он может распространяться при переливаниях крови и трансплантации органов.

ВЭБ также может передаваться через общие предметы быта, такие как зубные щётки, стаканы, которыми до этого пользовался инфицированный человек. Вероятнее всего, вирус остаётся на предмете до тех пор, пока тот остаётся влажным.

Первичное заражение происходит в детском возрасте, после чего человек остаётся носителем вируса на всю жизнь. Вирус в латентном (неактивном) состоянии «живёт» в клетках крови, в лимфоцитах, не вызывая их гибели.

Пиков заражения несколько. Первый – до 5-6 лет, второй – в подростковом возрасте. И если в большинстве случаев у детей это проходит бессимптомно (но усугубляется при любой другой болезни, особенно у пациентов со сниженным иммунитетом), то «встреча» в юношеском возрасте в 75% случаев приводит к развитию инфекционного мононуклеоза.

Не случайно старинное название ВЭБ – целерульная болезнь. При этом сезонных колебаний не обнаружено.

Для этого следует осуществить неспецифические исследования (гематологические, биохимические и реакция Гоффа – Бауэра) и специфические: обнаружение иммуноглобулинов М и G к ВЭБ в сыворотке крови, молекулярно-генетический метод (ПЦР) в крови и слюне.

Такая дифференциальная диагностика ставит своей задачей не найти ВЭБ, а исключить другие патологии: цитомегаловирусную инфекцию (ЦМВИ), гепатит, токсоплазмоз, ВИЧ, лейкомию, лимфому, вирусный гепатит.

### Как он проявляется?

– Типичная форма заболевания – лихорадка, ангина, увеличение печени и селезёнки, а также лимфоузлов, – рассказывает А.Семёнов. – Существуют также атипичные формы, стёртая, бессимптомная (когда диагноз ставится при обследовании по контакту с заболевшими родственниками) и висцеральная – когда вирус вырывается из-под контроля иммунной системы с тяжёлым вовлечением сердечно-сосудистой системы, ЦНС и периферической нервной системы.

– Вакцины для защиты от ВЭБ не существует, – подчёркивает

При наличии стрессовых ситуаций необходима помощь психотерапевта.

Что же касается лечения, то А.Семёнов уверен: с вирусной инфекцией главное – не переборщить, поскольку велик риск появления бактериально-резистентной флоры.

Допускается приём безрецептурных препаратов для облегчения боли и снижения температуры тела, в частности нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).

Из медикаментозных препаратов показаны средства иммунной коррекции (умеренно) и средства этиотропной терапии (в тяжёлых случаях).

Лечение ВЭБ-инфекции необходимо проводить под контролем клинического анализа крови (один раз в 7-14 дней), биохимического анализа (один раз в месяц, при необходимости чаще), иммунологического исследования – через 1-2 месяца.

После подавления размножения вируса и получения клинического эффекта важно продлить ремиссию. Для этого специалисты рекомендуют, в частности, санаторно-курортное лечение.

Елена ЛЬВОВА.

Москва.

### Ракурс

**Международная медицинская конференция «Вьетнамская акупунктура и массаж как часть мирового медицинского наследия» прошла в рамках Дней Ханоя в Москве. К ней было приурочено и открытие Центра вьетнамской акупунктуры. В обоих мероприятиях приняла участие министр здравоохранения Вьетнама г-жа Нгуен Тхи Ким Тянь.**

Во время конференции ведущие врачи-рефлексотерапевты московских клиник смогли ознакомиться с передовыми технологиями в области акупунктуры. Для них вьетнамские медики провели ряд мастер-классов по диагностике, иглокалыванию и массажу.

По словам руководителя центра вьетнамской акупунктуры в Москве Юрия Хватова, подобный обмен практическими и теоретическими наработками планируется продолжать и далее.

Перед участниками конференции выступили директор Центральной клиники акупунктуры Вьетнама профессор Нгием Хью Тхань и директор Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины кандидата медицинских наук Екатерины Мельниковой «Рефлексотерапия в коррекции нарушений высших психических функций» и старшего научного сотрудника этого отдела, заведующей филиалом № 7, доктора медицинских наук Елены Костенко «Рефлексотерапия в лечении больных с заболеваниями нервной системы».

# Древняя методика доступна россиянам

Особенно когда обычными лекарствами помочь невозможно

дами вьетнамской традиционной медицины достигнуты значимые результаты, признанные мировым врачебным сообществом.

С большим интересом были выслушаны доклады руководителя отдела реабилитации больных с заболеваниями нервной системы Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины кандидата медицинских наук Екатерины Мельниковой «Рефлексотерапия в коррекции нарушений высших психических функций» и старшего научного сотрудника этого отдела, заведующей филиалом № 7, доктора медицинских наук Елены Костенко «Рефлексотерапия в лечении больных с заболеваниями нервной системы».

Гидом по Центру вьетнамской акупунктуры стала заместитель генерального директора центра врач-иглотерапевт Ольга Дементьева. Она ещё раз напомнила собравшимся: акупунктура – это целостная система лечения, сложная область современной медицины,



которая стимулирует скрытые ресурсы организма. Использование данного метода даёт возможность по-настоящему помочь человеку. В том числе иногда – и с запущенной тяжёлой патологией, когда

обычными лекарствами и методами помочь невозможно.

Алёна ОСТАПОВА.

МИА Сито!

Москва.

### Выставки

**Научно-медицинская библиотека Бурятии организовала выставку книг конца XIX – начала XX веков. В экспозиции – раритетные тома из фонда республиканского Музея истории здравоохранения.**

## Акушерство и урология

Например, карманный атлас «Акушерство», изданный в 1895 г., «Атлас глазных операций» – издание 1903 г., «Российская фармакопея», увидевшая свет в 1906 г., а также «Оперативная урология», датированная 1914 г.

Ещё среди экспонатов выставки обращает на себя внимание «Руководство по современной чжень-цзю терапии» (1959 г.), попавшее в музей из личного архива одного из бывших руководителей здравоохранения республики. Официально акупунктура в советской медицине никогда не применялась, но научный интерес к наследию традиционной восточной медицины в Бурятии был всегда.

Елена БУШ,  
собр. корр. «МГ».

Улан-Удэ.

