

Медицинская

4 декабря 2015 г.
пятница
№ 91 (7613)

Газета®

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

Сотрудничество

Шаги от Волги до Янцзы

Российские и китайские медики хотят работать над совместными проектами



Лечебно-профилактические учреждения Ульяновской области активизировали работу по обмену опытом и использованию передовых наработок зарубежных коллег.

Недавно в регионе побывали представители медицинских учреждений провинции Аньхой Китайской Народной Республики. В состав делегации вошли сотрудники Аньхойской государственной больницы, 2-й больницы Аньхойского университета по китайской медицине, больницы китайской медицины города Уху. Представители КНР посетили Ульяновскую областную клиническую больницу и госпиталь ветеранов войн.

– Гостей заинтересовала работа регионального сосудистого центра клинической больницы. И нам было чем похвастаться. В Ульяновской области за прошедшие 5 лет смертность от болезней сердца снизилась на 6%.

Гостей из Китая очень заинтересовала работа ульяновских коллег в госпитале ветеранов войн

Во многом это заслуга регионального сосудистого центра, где оказывают специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь на современном оборудовании. Кроме того, китайские коллеги выразили желание обменяться опытом по вопросам реабилитации пожилого населения, – отметил заместитель председателя правительства – министр здравоохранения Ульяновской области Павел Дегтярь.

Здесь важно напомнить, что провинция Аньхой является участником программы сотрудничества между субъектами Приволжского федерального округа и Верхнего и Среднего течения реки Янцзы КНР, которая начала действовать в 2013 г. Сотрудничество в рамках проекта «Волга – Янцзы» имеет разные составляющие:

торгово-экономическую, научно-техническую, гуманитарную.

– Мы хотим работать над совместными проектами с Ульяновской областью в сфере медицины. В Китае начинается реформирование отрасли здравоохранения, поэтому нам интересны ваши технологии лечения. Ваш опыт мы применим у себя, также готовы поделиться своими наработками с вашими врачами, – отметил заместитель председателя Комитета по делам здравоохранения и планового деторождения провинции Аньхой Ли Цзинфэн.

Виктория ГУРСКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

Владимир МИРСКИЙ,
профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова,
доктор медицинских наук:



Имеются официальные данные о том, что у 75% детей, рождённых в результате вспомогательных технологий, наблюдаются те или иные отклонения в состоянии здоровья.

Стр. 7



Андрей ГУРОВ,
заведующий кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья ФУВ МОНКИ им. М.Ф.Владимирского, профессор:

Это уже неоспоримый факт, что успех того или иного медицинского учреждения определяется в большей степени качеством менеджмента.

Стр. 11

События

Российские специалисты по СПИДу объединяются

По случаю Всемирного дня борьбы со СПИДом под эгидой Минздрава России состоялся I Форум для специалистов по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа.

Открывая форум, заместитель министра здравоохранения Татьяна Яковлева пожелала собравшимся, чтобы мероприятие стало мощным толчком к новым подходам в решении очень актуальной проблемы борьбы с болезнью. В России наблюдается ежегодный рост числа ВИЧ-инфицированных – только в прошлом году зафиксировано более 92 тыс. новых случаев. Наиболее эта инфекция распространена в Свердловской, Хабаровской, Иркутской областях, Ханты-Мансийском автономном округе – Югре, Пермском крае, где этот показатель в 2-3 раза выше, чем в целом по стране, а это далеко не бедные регионы. Значит, надо делать серьёзные выводы, искать новые подходы к решению проблемы. Необходимо создание государственной стратегии в создании противодействия ВИЧ/СПИДу в РФ. Концепция этой стратегии должна быть представлена в Правительство РФ в марте следующего года. Так же необходимо решить проблему нормативно-правовой базы пациентов, которая не менялась с 1995 г. Что касается кадров, то их сейчас не хватает катастрофически.

Профилактику заболевания следует разделить на два компонента. Первый – общая профилактика, где обязательно специалисты в области ВИЧ-инфекции должны работать вместе с первичным медицинским

звеном. Здесь очень важно иметь лекторские группы и волонтерские коллективы. И второе – работа с гражданами риска, где тоже необходимы специалисты, привлекающие социальных полицейских.

Исполняющий обязанности специального представителя ВОЗ в РФ Гайк Никогосян отметил, что с 1980 г. наибольшее число заболеваний ВИЧ/СПИДа выявлено в Европе, в том числе и в РФ. Почти половина всех случаев заболевания диагностируется на поздней стадии, что увеличивает смертность. И ВОЗ приветствует все шаги, которые Россия предпринимает в решении этих проблем.

Директор группы региональной поддержки ЮНЭЙДС для Восточной Европы и Центральной Азии Винеи Салданы привёл статистические данные, по которым в прошлом году количество случаев ВИЧ/СПИДа в мире снизилось до 2 млн, против 3 млн за прошедшие года, а количество смертей опустилось до 1 млн, практически вдвое. Но старыми методами переломить рост ВИЧ-инфекции в различных регионах планеты уже невозможно, а при отсутствии вакцины заметно влиять на эпидемию нельзя. При применении инноваций в медицине хотя бы в 90% случаев выявленных заболеваний возможно снижение случаев ВИЧ/СПИДа до 50 тыс. в мире уже к 2030 г. В России в настоящее время достигнут перелом в борьбе с этим заболеванием.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

Конкурсы

Награждены за добрые дела

Омская региональная общественная организация «Омский центр развития общественных инициатив» признана лауреатом премии VI Всероссийского конкурса «Соучастие».

Этот конкурс, победителям которого вручаются премии, учреждён Координационным центром по организации, развитию и пропаганде добровольного донорства крови при Общественной палате Российской Федерации и Национальным фондом развития здравоохранения 6 лет назад. В 2015 г. в нём приняли

участие 50 регионов нашей страны, а число заявок оказалось рекордным по сравнению с ранее проведёнными – 350. Омский центр развития общественных инициатив, представляющий Омскую область, отмечен премией в номинации «Формула добрых дел» за успешную реализацию в Омске и сельских районах Прииртышья проекта «Развитие добровольного донорства в молодёжной среде».

Этот проект был осуществлён на субсидию из областного бюджета при поддержке регионального Цен-

тра крови. Волонтеры общественной организации провели широкомасштабную молодёжную акцию «Больше доноров – больше жизни», месячник молодого донора, десятки «круглых столов», организовали конкурсы видеороликов, сочинений и викторин на темы донорства в средних и высших учебных заведениях. Благодаря таким мероприятиям сотни молодых людей стали донорами.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
корр. «МГ».

Омск.

Новости

Больница расширяет возможности

Арсенал городской больницы Невинномысска пополнился новым высокотехнологичным оборудованием – последней моделью аппарата ИВЛ. Это стало возможным благодаря спонсорской помощи одного из градообразующих предприятий – Невинномысской ГРЭС.

По мнению главного врача больницы Вадима Беляйкина, этот аппарат отличается от предшественников многими функциями, расширяет возможности диагностики и, соответственно, облегчает труд медиков. Так, он позволяет проводить респираторную поддержку пациента как в инвазивном, так и в неинвазивном режиме; в первом варианте – когда пациенту введена эндотрахеальная трубка, во втором – это специальная маска, когда больной находится в сознании и получает респираторную поддержку. Самое же главное преимущество этого аппарата – он оснащён турбиной, которая обеспечивает минимальный расход кислорода. Аппарат может работать как в стационарном режиме, у постели больного, так и в переносном – его можно крепить к кровати, каталке и обеспечивать внутрибольничную транспортировку, не прекращая ИВЛ.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

Гериятров в Москве станет больше

Как сообщила главный гериятр Минздрава России и Москвы доктор медицинских наук, профессор Ольга Ткачёва, в Министерство здравоохранения РФ направлен новый порядок оказания гериятрической помощи пожилым населению. В столице, согласно этому документу, появятся 400 специалистов данного профиля, которые будут оказывать медицинскую помощь старшему поколению.

Предполагается, что отделения гериятрии станут действовать в поликлиниках, а также в стационарах. Предусматривается, что на каждые 20 тыс. пожилых будет один специалист. Сейчас в Москве всего 30 гериятров, работающих в медицинских учреждениях. Новый документ позволит не только более глубоко заниматься обследованием и лечением людей старшего возраста, но и уменьшить очереди пожилых к терапевтам в поликлиниках.

Валентина ЗАЙЦЕВА.

Москва.

Жизнеугрожающие аритмии

В конференц-зале Воронежской областной клинической офтальмологической больницы состоялась региональная научно-практическая конференция «Современные вопросы детской спортивной медицины. Жизнеугрожающие аритмии у спортсменов».

В её работе приняли участие заместители главных врачей по детству и родовспоможению, заведующие детскими поликлиниками, педиатры, детские кардиологи, врачи общей практики, спортивной медицины, функциональной диагностики. Основным докладчиком стала директор Медицинского института Мордовского государственного университета им. Н.П.Огарёва, заведующая кафедрой педиатрии Лариса Балыкова. В своём выступлении она рассказала о том, как заболевания сердечно-сосудистой системы у детей и подростков влияют на допуск к занятиям профессиональным спортом и физической культурой, а также о том, как предупредить внезапную сердечную смерть у спортсменов.

Оксана КОЗЛОВА.

Воронеж.

Ещё ближе к людям

– С запуском этого лечебно-диагностического комплекса завершено создание крупнейшего медицинского учреждения – республиканской больницы, сказал глава Республики Мордовия Владимир Волков на недавнем торжестве. – Она оснащена самым современным оборудованием, позволяющим проводить 6 тыс. операций в год. С вводом нового корпуса на 680 коек 100 тыс. человек, а это каждый восьмой житель Мордовии, сможет получить здесь высокотехнологичную медицинскую помощь.

По его словам, в регионе завершается формирование трёхуровневой системы, которая предполагает максимальное приближение к каждому жителю республики первичной медико-санитарной помощи вне зависимости от места жительства.

Глава региона на торжественной встрече с медицинской общественностью вручил ключи от 7 мобильных медицинских комплексов, оборудованных на автомобилях, представителям районных больниц.

Мобильные комплексы позволяют обнаруживать заболевания на самой ранней стадии, а это один из факторов успешного лечения. В сельской местности живут 40% жителей республики. Теперь они смогут получить качественную медицинскую помощь, проживая даже в самых малых и дальних сёлах. До конца 2015 г. в республику должны поступить ещё 2 аналогичных автомобиля.

Владимир НАЗАРОВ.

Республика Мордовия.

Диспансеризация – зеркало здоровья

В Министерстве здравоохранения Свердловской области на совещании по вопросам совершенствования диспансеризации взрослого населения заместитель министра здравоохранения Елена Жолобова отметила, что профилактическое обследование в этом году проходит в хорошем темпе – за 10 месяцев выполнено 90,1% годового плана.

По результатам работы впервые выявлены заболевания у 108 238 человек. Больше чем у половины из прошедших диспансеризацию отмечены факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

Высокий и очень высокий риск тяжёлых сердечно-сосудистых осложнений, прежде всего инфарктов и инсультов, установлен у 93 766 человек (17,2% от числа обследованных).

Обсудив итоги диспансеризации, участники совещания рассмотрели вопросы по дальнейшему развитию профилактических технологий в здравоохранении региона.

Алёна ЖУКОВА.

Екатеринбург.

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

Главная тема

Знать о болезни – предупредить беду

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова приняла участие в акции «Всероссийский день тестирования на ВИЧ».

Подобное мероприятие проходило в нашей стране впервые. Оно было инициировано Минздравом России и приурочено к Всемирному дню борьбы со СПИДом. Чтобы как можно больше россиян проходило тестирование на эту опасную инфекцию, в акции приняли участие общественные деятели и звёзды шоу-бизнеса.

– Акция должна стать регулярной и проходить минимум 2 раза в год в каждом регионе нашей страны, – подчеркнула министр в приветственном слове к собравшимся. – С 1988 г. весь мир 1 декабря привлекает внимание населения к проблеме ВИЧ/СПИДа. Это международный день борьбы с этим заболеванием. Надеемся, что всемирный день тестирования, приуроченный ко дню борьбы со СПИДом, будет проводиться на регулярной основе для привлечения внимания к необходимости информирования населения о проблеме.

В.Скворцова подчеркнула, что темпы роста заболевания в России весьма существенны.



Тележурналист Владимир Познер, министр Вероника Скворцова и главный врач городской поликлиники № 12 Марина Курняева перерезают символическую красную ленточку, чтобы дать старт акции

В этом году официально зарегистрировано более 750 тыс. ВИЧ-инфицированных, и каждый год распространённость ВИЧ увеличивается как минимум на 10%. Однако всего 4% населения, по словам министра, знают об особенностях болезни, понимают, как избежать заражения. Именно по-

этому необходимо формировать у сограждан настороженность против заболевания. А медики должны предлагать пройти бесплатное тестирование.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Cito!

Фото Александра ХУДАСОВА.

Признание

Заветная победа
Натальи Соколовой

Тверской кардиолог получила подарок из рук самого Лео Бокерии

На днях в мире нашей медицины состоялось большое событие – всемирно известный российский Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева собрал в своих стенах всех звёзд современной кардиологии и сосудистой хирургии на Всероссийском съезде сердечно-сосудистых хирургов.

Широкомасштабный научный форум был посвящён 125-летию со дня рождения основоположника отечественной сердечно-сосудистой хирургии, основателя Научного центра сердечно-сосудистой хирургии, академика Александра Бакулева. Для того чтобы отдать дань памяти этому легендарному отечественному учёному и поделиться успехами современной медицинской науки сюда съехались ведущие специалисты не только из всех регионов нашей страны, но и из более 20 иностранных государств.

В рамках съезда проводился всероссийский конкурс молодых учёных по специальности «кардиология», в котором приняла участие около 100 исследователей в возрасте до 35 лет со всей России.



Компетентное жюри, в состав которого входили корифеи современной российской кардиологической науки, оценивали работы в несколько этапов. Впервые в истории Твери именно наш врач-кардиолог кандидат медицинских наук Наталья Соколова вошла в число финалистов этого конкурса. Именно тверское исследование единогласно признано лучшим, что принесло её автору заветную победу.

Исследование тверчанки Натальи Соколовой посвящено актуальным вопросам кардиологического лечения и сравнительной оценке состояния пациентов, перенёвших

высокотехнологичные оперативные вмешательства при ишемической болезни сердца. Актуальность выбранной тематики очевидна, ведь, несмотря на революционные изменения в лечении сердечно-сосудистых заболеваний, общая смертность от данной патологии продолжает лидировать, унося более 17,5 млн человеческих жизней в год. Именно поэтому Президентом РФ этот год был официально объявлен Годом борьбы с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Комплексный, подробный и доказательный анализ богатейшего клинического материала, который провела кардиолог Тверской областной клинической больницы Наталья Соколова, вызвал серьёзный интерес даже у маститых учёных-кардиологов. Этот факт подтвердил и легендарный кардиохирург современности, директор НЦССХ им. А.Н.Бакулева академик РАН Лео Бокерия, который лично поздравлял победительницу конкурса и вручил ей эксклюзивный приз с дарственной надписью.

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

Тверь.

В центре внимания

Женщины оделись в красное

В стране прошёл ряд мероприятий, приуроченных к Всемирному дню тромбоза.

Так, в Архангельске при поддержке Министерства здравоохранения состоялось открытие фотовыставки «Оденься в красное!», инициированной Российским кардиологическим обществом, ГНИЦ профилактической медицины Минздрава России. Данная акция является частью социально-образовательной программы по профилактике рисков сердечно-сосудистых заболеваний «Пuls жизни».

Кроме того, в этот день в городе прошёл ряд лекций, различные социальные акции, призванные повысить осведомлённость общества о факторах риска, диагностике, лечении, а также по формированию приверженности к терапии тромбоза.

Целый ряд российских женщин, известных артисток вместе с врачами-кардиологами сказали «Да!» здоровью сердца, приняв участие в создании фотовыставки. Поддержав акцию, наши звёзды обратились к россиянам с личным призывом задуматься о состоянии здоровья своего сердца. В этом году выставка уже прошла в рамках

празднования Дня города Москвы, а также побывала в центре Поволжского экономического региона – Самаре и столице Сибири – Новосибирске.

Центральным элементом акции «Оденься в красное!» традиционно является красное платье, символизирующее тревогу в связи со стремительным ростом распространённости ССЗ во всём мире. В нашей стране идеи проекта особенно актуальны, поскольку на долю ССЗ (в том числе и тромбозов) приходится 49,9% всех смертей, что составляет 653,7 на 100 тыс. населения. При помощи акции организаторы стремятся изменить отношение женщин к вопросам профилактики болезней сердца и популяризовать превентивные меры по борьбе с ССЗ на уровне отдельной семьи.

– Ежегодно в России от инсультов, инфарктов, венозной тромбозии и других ССЗ умирает более 1,5 тыс. человек на 100 тыс. населения, что опережает средне-европейский показатель в 2 раза, а по сравнению с отдельными странами мира, – в 3,5 раза. Мы рады, что в нашу программу Всемирного дня тромбозов влилась яркая фотовыставка, призванная привлечь

внимание женщин к профилактике ССЗ столь нестандартным образом, – отметила заведующая кафедрой клинической фармакологии и фармакотерапии Северного государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Надежда Воробьева.

Женщины оказались в фокусе проекта далеко не случайно. По данным исследования ВЦИОМ, 83% женщин считают себя ответственными за здоровье семьи, и эту точку зрения разделяют 65% мужчин.

– Наша ключевая задача – сделать так, чтобы профилактика и здоровый образ жизни стали неотъемлемой частью жизни россиян. Важно, чтобы каждый из нас по-настоящему задумался о собственном здоровье и постепенно, небольшими шагами начал движение к его сохранению, – заявил директор ГНИЦ профилактической медицины, главный специалист по профилактической медицине Минздрава России Сергей Бойцов.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Акценты

Акушерские проблемы «Тольяттинской осени»

На базе крупнейшего многопрофильного стационара Самарской области – Тольяттинской городской клинической больницы № 5 состоялась 8-я межрегиональная научно-практическая конференция «Тольяттинская осень – 2015».

Особенностью прошедшего мероприятия явилось то, что в нынешнем году в едином формате, одновременно на нескольких площадках форума прошли заседания профильных клинических секций конференции «Неотложные состояния в практике многопрофильного стационара», 36-я межобластная конференция хирургов Самарской, Пензенской и Ульяновской об-

ластей «Хирургический сепсис» и заседание Самарского областного научно-практического общества анестезиологов-реаниматологов.

В рамках конференции обсуждались вопросы оказания неотложной помощи при поллитраве, в экстренной хирургии, а также особенности интенсивной терапии и анестезии в акушерской, педиатрической и кардиологической практике, были затронуты проблемы, предопределяющие эффективность работы многопрофильного стационара. Такой широкий подход, всестороннее обсуждение указанных проблем интересны, прежде всего, в свете реализации концепции непрерывного профессионального образования.

Лейтмотивом представленных докладов, клинических лекций и коротких сообщений стала проблема патологии гемостаза у пациенток акушерско-гинекологического профиля. Докладчиками была представлена вся палитра современных представлений об этиологии, вариантах патогенеза, особенностях клинической манифестации, лабораторной верификации и последующего динамического контроля эффективности лечения акушерских кровотечений, связанных как с первичной патологией системы свёртывания крови у беременных, рожениц и родильниц, так и с вторичными процессами патологической коагуляции у пациенток с критическими состояниями, вследствие неконтролируемой кровопотери в акушерской и гинекологической клинике.

Владимир ВАРТАНОВ,
член оргкомитета конференции,
доктор медицинских наук.

Профилактика

Человечество стало вакцинозависимо?

В Первом Меде открылся научный дискуссионный клуб «Версус». Первая дискуссия клуба прошла на тему «Вакцинация: новая эпидемия – старые предрассудки».

Заведующая кафедрой детских болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Наталья Геппе отметила, что сегодня вакцинопрофилактика – не эпидемия, а медицинский метод борьбы с заболеваниями, подтверждённый законодательно и призванный защитить население, прежде всего детей, от тяжёлого проявления различных инфекций. Можно убедительно говорить, что эффективность метода в нашей стране удалась в плане вакцинации от основных 12 заболеваний, входящих в Национальный календарь прививок. А ведь достаточно вспомнить случай с дифтерией, проявления которой в начале 90-х были единичными – как только на фоне распада СССР внимание к этому заболеванию ослабло, было получено 60 тыс. инфицированных и около 6 тыс. летальных случаев. А всё потому, что вакцинация от дифтерии снизилась до 60%.

Поэтому к любой инфекции надо относиться максимально внимательно.

Главный эпидемиолог Минздрава России Николай Брико продолжил дискуссию, заметив, что многие вопросы, связанные с инфекционными болезнями, на сегодняшний день решены, и это результат вакцинопрофилактики. Нам удалось победить оспу, на грани ликвидации полиомиелит, корь. Началась вакцинация против краснухи, которая теперь встречается в 1,6 случая на 100 тыс. населения, многие заболевания снижены в сотни раз. И ничего лучше, чем вакцины, человечество не придумало – благодаря им продолжительность жизни людей увеличилась в разы.

Но как обстоит дело с осложнениями после вакцинаций? Об этом рассказала заведующая кафедрой инфекционных болезней Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Елена Волочкова. Осложнений от вакцин в России в последнее время зарегистрировано 0,16 случая на 100 тыс. населения. Ни по пневмококковой, ни по гемофильной инфекции статистических данных нет. А случаев с гемофильным менингитом практически неизвестно. Великолепные результаты получены по гепатиту

В – видно снижение острого гепатита, а уменьшение хронического ожидается в ближайшие годы. Обсуждается вопрос с гепатитом А, но по основным детским заболеваниям (корь, краснуха) наблюдается значительное снижение. Так что об осложнениях после прививок можно и не говорить – такие случаи составляют, можно сказать, «исчезающий» процент.

Представитель Научного центра здоровья детей Наталья Ткаченко подняла вопрос о безопасности вакцинации.

Конечно, осложнения у детей после вакцинации бывают, но это обычно связано с генетическими отклонениями у конкретного ребёнка и случаются крайне редко – примерно один раз на миллион.

Отечественные вакцины в плане безопасности ничем не уступают зарубежным и соответствуют всем требованиям, предъявляемым ВОЗ. Проблема только в том, что у нас мало комбинированных вакцин. Но ни одна вакцина не может быть зарегистрирована на территории РФ без предварительных эпидемиологических исследований.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ»,
Москва.

Проекты

Совершенствуя систему ОМС

Комиссия по законопроектной деятельности Правительства РФ одобрила с учётом состоявшегося обсуждения проект федерального закона, направленный на совершенствование системы обязательного медицинского страхования.

Законопроект «О внесении изменений в статью 25 Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» внесён Минэкономразвития России.

В целях усиления требований к страховщикам, занимающимся исключительно медицинским страхованием, повышения финансовой устойчивости и стабильности системы ОМС законопроект вносятся изменения в статью 25 Закона Российской Федерации № 4015-1 от 27.11.1992 «Об организации страхового дела в Российской Федерации». Как сообщает правительственный сайт, предлагается увеличить размер уставного капитала такого страховщика с 60 млн руб., установленных в настоящее время, до 120 млн.

При этом предусмотрен переходный период (до 1 января 2017 г.) для приведения размеров уставных капиталов страховых

медицинских организаций в соответствие с этим требованием.

В целях совершенствования порядка расходования средств, полученных территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями по результатам проведённых ими контрольных проверок качества и условий предоставления медицинскими организациями медицинской помощи, изменения объёма этих средств и направления их на устранение выявленных нарушений законопроект вносятся изменения в Федеральный закон № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Принятие законопроекта, в частности, будет способствовать повышению ответственности территориальных фондов обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций, медицинских организаций, финансовой устойчивости и стабильности системы ОМС за счёт увеличения минимального размера уставного капитала страховщика.

Законопроект вынесен на рассмотрение заседания правительства и в случае положительного решения будет направлен на рассмотрение парламента.

Иван ВЕТЛУГИН,
МИА Сито!

Острая тема

Лечиться – недешёвое удовольствие



Средняя стоимость одной услуги, оказанной в московских поликлиниках, увеличилась за год на 55%, а стоимость одного пациенто-дня в стационаре возросла почти втрое. Об этом на ассамблее «Здоровье столицы» сообщил директор Московского городского фонда обязательного медицинского страхования Владимир Зеленский.

«Объёмы амбулаторной помощи уменьшились с 486 млн оказанных услуг в 2014 г. до 325 млн в 2015 г., это обусловлено переходом поликлинических организаций на подушевое финансирование. При этом средняя стоимость одной услуги, оказанной в наших поликлиниках, увеличилась со 125 до 194 руб., – отметил В.Зеленский. – Кроме того, существенное увеличение объёма медпомощи произошло по дневным стационарам, с 2,2 млн пациенто-дней до более чем 2,5 млн. С 2015 г. очень

серьёзно были пересмотрены тарифы на дневные стационары, в первую очередь по химиотерапевтическим и радиологическим стационарам. Стоимость одного пациенто-дня возросла с 735 до 2100 руб.»

Директор также добавил, что доступность стационарной медицинской помощи в городе не снижается, количество пациентов в течение нынешнего года в стационаре прогнозируется даже выше уровня года минувшего, а сама технологичность помощи выходит на совершенно новый уровень. Если в 2014 г. средний случай госпитализации по системе ОМС обходился в 33 тыс. руб., то в 2015 г. – уже более 40 тыс. руб., то есть рост на 20% за один год. Есть, как говорится, о чём подумать и какие выводы сделать. Но это уже отдельный разговор...

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ»,
Москва.

В Общественной палате РФ намерены мотивировать россиян вести здоровый образ жизни (ЗОЖ), предоставляя дополнительные дни отпуска тем, кто в течение года ни разу не оформлял листок временной нетрудоспособности или, как его чаще называют, бюллетень. Просьбу рассмотреть такую возможность направил в Министерство труда и социальной защиты РФ член ОП доктор юридических наук Владислав Гриб.

Отдохнуть, а не лечиться

«Нужно обратить внимание на необходимость принятия мер стимулирования здорового образа жизни. В том числе путём предоставления работодателям налоговых льгот, а также дополнительных дней к отпуску тем работникам, которые не болели в течение года», – пишет В.Гриб. По его мнению, надо давать здоровым сотрудникам как минимум 3 дня отпуска к положенному по Трудовому кодексу РФ.

К тому же эта мера, считает вице-президент Федеральной палаты адвокатов РФ В.Гриб, направлена против недобросовестных работников, которые неправомерно оформляют листы нетрудоспособности. «Не секрет, что сейчас больничные выдают и не совсем уж больным людям. Многие этим пользуются, чтобы отдохнуть, а не лечиться», – поясняет юрист свою позицию. Он считает, что такая мера может мотивировать россиян вести здоровый образ жизни.

В медицинском сообществе готовы прибегнуть и к жёстким мерам – юридической ответственности пациента за своё здоровье. Выступая на пресс-конференции Российского национального конгресса кардиологов, главный кардиолог Минздрава России, вице-президент Национальной медицинской палаты Евгений Шляхто заявил о целесообразности определить ответственность пациента за своё здоровье, если тот не следует рекомендациям медиков и не проходит вовремя профилактические медицинские осмотры.

По словам учёного, государство тратит огромные деньги на диспансеризацию, и, если человек относится к группе высокого риска, он должен идти к врачу, не дожидаясь, пока у него будут инфаркт или инсульт. «Но, к сожалению, юридической меры ответственности пациентов за своё здоровье нет», – констатировал Е.Шляхто.

В пресс-службе Минздрава России сообщили, что в министерстве готовы рассмотреть подобную инициативу, если она поступит.

Здоровая жизнь

Как стимулировать ЗОЖ?

Представители медицинского сообщества и общественности предлагают повысить ответственность пациентов



Насколько доверяют официальной медицине?

Кстати, недавно проект «Здоровье Mail.Ru» выяснил, насколько его пользователи доверяют официальной медицине, к каким методам лечения прибегают в первую очередь и как оценивают их эффективность.

Результаты опроса показали, что половина пользователей (52%), заболевая, всё же обращаются к врачу, а 23% лечатся БАДами. Заболев, только 19% идут в поликлинику и следуют рекомендованному врачами курсу лечения, 33% дополняют прописанные им лекарства народными средствами. Женщины почти в 2 раза реже, чем мужчины, (14% против 25%) строго следуют рекомендациям врача.

Каждый четвёртый пользователь к врачу не обращается, а лечится лекарствами самостоятельно, почти столько же респондентов – 23% – уповают исключительно на БАДы, травы или гомеопатические препараты. Большинство – 56% женщин и 59% мужчин – всё же больше доверяют официальной медицине, чем альтернативной. Нетрадиционную медицину как первостепенный метод лечения

поддерживают 21% мужчин и 17% женщин.

В эффективность народной и альтернативной медицины (или по крайней мере некоторых её методов) верит 90% пользователей. Самые популярные методы – фитотерапия (63% голосов), лечение продуктами пчеловодства (53% голосов) и гомеопатия (29%). Самые непопулярные – гипнотерапия (1%) и цветотерапия (2%).

Хотя бы раз в жизни БАДы (средства для похудения, мумиё и т.д.) покупали 73% пользователей, причём 15% приобретают их постоянно, а 31% – время от времени. К «радикальным» оздоровительным методам – посещению целителей и знахарей – прибегали 40% респондентов, причём 16% только раз в жизни, а 23% – несколько раз. Основные причины посещения – проблемы со здоровьем (68%), в личной жизни (28%) и у близких людей (22%).

31% респондентов поддерживают деятельность целителей и знахарей, причём у 18% среди знакомых и друзей есть примеры, когда они им помогли. 37% считают, что деятельность таких специалистов следует регулировать, 12% – что её необходимо запретить.

В опросе приняли участие более 10 тыс. посетители проектов «Здоровье Mail.Ru», «Дети Mail.Ru» и «Леди Mail.Ru».

Пациент ответственен за своё здоровье

«Не забывайте, что в Законе об охране здоровья граждан прописана ответственность пациентов за состояние своего здоровья. К сожалению, почему-то мы мало об этом говорим, – сетует заместитель министра здравоохранения Карелии Ольга Копошилова. – То, что у нас происходит – самолечение, несвоевременное обращение к врачу – как раз те вещи, которые сказываются на качестве оказания медицинской помощи. Человек может длительное время не обращаться к врачу, а потом приходит тогда, когда эффективную помощь на самом деле оказать сложно. Пациент должен вести здоровый образ жизни и своевременно приходить на приём к врачу».

Взять ответственность за своё здоровье – значит свободно распоряжаться им и, конечно же, право знать свой диагноз. На основании этой свободы лично принимать решение о методах лечения и поддержания своего здоровья. Всё это отражено в Законе об охране здоровья граждан. Но, к сожалению, эта часть закона мало популяризируется среди населения, полагают эксперты. Поэтому для многих непонятно, как можно брать ответственность за то, о чём ты мало знаешь. Вопрос «Что такое здоровье?» многих заводит в тупик.

Безграмотность наших сограждан в вопросах поддержания здоровья просто зашкаливает, говорят и врачи. Возлагать ответственность за своё здоровье на себя не принято в обществе постсоветского пространства. Все надеются, что придёт кто-то и решит проблемы с каждым днём ухудшающегося нашего здоровья.

Ответственность за здоровье человека неравномерно распределена между пациентом и врачами, справедливо считают эксперты. Каждый человек хочет самосто-

тельно управлять своим организмом и уровнем здоровья. Но осуществить это в полной мере чаще всего не позволяет недостаточный уровень знаний в области биохимии, биофизики, нормальной и патологической физиологии, анатомии человека. А также советы соседей, родственников, сослуживцев, некоторых СМИ. В результате совершаемых ошибок уровень здоровья постепенно снижается. А биологический возраст неуклонно нарастает. Вот и приходится передавать часть ответственности за здоровье врачам разных специальностей.

Нас приучили, что мы, население, – собственность государства, а так как медицинская служба в основном государственная, значит, она и отвечает за состояние своей собственности, то есть нас. Поэтому все рекомендации, методы лечения должны приниматься нами к исполнению и лучше без лишнего обсуждения.

Сегодня предпринимаются попытки поменять это положение. Речь – о праве на выбор врача пациентом, о выборе обслуживающей поликлиники и т.д. Но всё это часто буксует из-за бюрократических проволочек и главное – сами пациенты не готовы брать ответственность на себя за своё здоровье. Насколько легче, когда твои проблемы кто-то решает. Этот инфантилизм играет с пациентами плохую шутку. Хорошо если им встретится действительно грамотный и безразличный специалист своего дела. А если нет?

Тем не менее, как уже сообщила «МГ», Правительство РФ не рассматривает пока возможность введения юридической ответственности пациентов за их здоровье. «Наверно, это мало реально... Мы всячески призываем людей следить за своим здоровьем... Но юридическую ответственность, наверное, будет сложно сделать. Мы такое не рассматриваем», – сказала журналистам вице-премьер РФ Ольга Голодец.

А, наверное, следовало бы...

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Акценты

Ханты-Мансийский автономный округ – Югру посетила группа медиков из Чеченской Республики для обучения передовым практикам в лечении онкопатологий. В Ханты-Мансийске гости побывали в окружной клинической больнице и в Центре медицинской профилактики, который является «ядром» всей региональной службы диспансеризации.

Специалисты этих ЛПУ рассказали, что в Югре с 2012 г. успешно реализуется программа ранней диагностики и ускоренного восстановления пациентов, которая не имеет аналогов в России. Она позволяет не только улучшить качество медицинской помощи, но и сделать эффективнее работу системы здравоохранения. Доказано, что лечение своевременно выявленной опухоли обходится государству в 4-6 раз дешевле по сравнению с более запущенной.

С момента выявления и удаления полипа толстой кишки до развития опухоли, как правило, проходит 5-10 лет, – прокомментировал Александр Филимонов,

Из лучшего выбирая наилучшее

С таким настроем работают онкологи Чечни

директор Департамента здравоохранения ХМАО – Югры. – На I стадии цена лечения составляет 50 тыс. руб., причём с перспективой выздоровления. Один запущенный случай обходится государству (причём при относительно невысокой эффективности его лечения) – свыше миллиона рублей.

По результатам массового скрининга, внедрённого в ХМАО – Югре, 70% случаев рака нижних отделов желудочно-кишечного тракта были выявлены на I-II стадиях, что позволило существенно

снизить общие затраты системы здравоохранения на лечение. Ежегодно в России диагностируется около 480 тыс. новых случаев онкологии; в 2013 г. различные формы заболевания унесли жизни почти 290 тыс. человек. Во многом такая неутешительная статистика обусловлена тем, что болезнь диагностируется в основном на поздних стадиях. В этом случае, как правило, опухоли уже неоперабельны или с трудом поддаются лечению, а метастазы успели распространиться в соседние органы и ткани.

– В Чеченской Республике борьбе с онкологией отводится особое место, – говорит главный врач Республиканского онкологического диспансера, советник главы Чеченской Республики по здравоохранению, кандидат медицинских наук Эльхан Сулейманов. – Мы активно работаем над тем, чтобы внедрять передовые технологии в нашем Республиканском онкологическом диспансере, так как это позволит улучшить уровень оказания помощи. Учреждение успешно развивается: открылись новые отделения, закупается

инновационное оборудование, специалисты проходят обучение в передовых российских клиниках. Для дальнейшего улучшения наших показателей мы стремимся перенимать лучшие программы ранней диагностики и лечения рака, которые существуют в нашей стране, присматриваемся к зарубежному опыту. По итогам визита в Ханты-Мансийск планируем запустить у себя аналогичную программу, что станет ещё одним шагом к тому, чтобы сделать наш регион одним из передовых в борьбе с онкологией.

По предварительным оценкам, реализация подобной инициативы в Чеченской Республике позволит повысить 5-летнюю выживаемость больных с раком нижних отделов желудочно-кишечного тракта с 51,4 до 60,9%. Доля случаев, диагностированных на ранней стадии, возрастёт более чем на треть, с 27 до 50,6%. За счёт этого экономия для государственного бюджета составит 28,5 млн руб.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Ханты-Мансийск.

Кагры

А село ждёт врачей...

ОНФ озабочен ходом реализации программы «Земский доктор»

До настоящего времени 21 субъект Российской Федерации, заявивший о своём участии в программе «Земский доктор», не приступил к осуществлению единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, сообщила соруководитель федерального проекта «Качество жизни (Здоровье)», член Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Салия Мурзабаева.

Регионы медлят

По данным мониторинга, на начало сентября использование федеральных средств составляло всего 17%. Для принятия мер по реализации программы «Земский доктор» были направлены письма в адрес координаторов региональных проектов «Качество жизни (Здоровье)» 34 субъектов РФ, не выделивших средства регионального бюджета для софинансирования программы на тот период. Результатом стало увеличение объёма перечисленных трансфертов Федерального ФОМС к середине октября до 29,4% от годового плана, сократилось и число субъектов, не выделивших средства регионального бюджета на предоставление единовременных компенсационных выплат медицинским работникам.



Всего, по данным Федерального фонда ОМС, на 14 октября субъектам РФ направлено 742 млн руб. для 1484 медиков. Наиболее активны в реализации – республики Карелия, Хакасия, Удмуртская, Камчатский край, Брянская, Тверская, Калининградская, Новгородская, Волгоградская, Саратовская, Ульяновская, Челябинская, Иркутская, Магаданская области и Еврейская автономная область – в этих субъектах запланированные средства освоены более чем на 70%, – кон-

статировала С.Мурзабаева. При этом Новгородская и Магаданская области изыскали возможность выделения дополнительных финансов из региональных бюджетов для софинансирования программы, что позволило использовать средства федерального резерва и перевыполнить плановые объёмы по привлечению медицинских работников на село.

Среди тех, кто по-прежнему не приступил к реализации программы, особую озабоченность

вызывают регионы, которым запланировано выделить наибольший объём федеральных финансовых средств. Это республики Дагестан, Ингушетия, Башкортостан, Саха (Якутия), Тюменская область.

Повторение ситуации 2014 г., когда освоение федеральных средств по стране составило всего 56%, недопустимо, заявила парламентарий.

В 2015 г. единовременные компенсационные выплаты предоставляются, как известно, медицинским работникам в возрасте до 45 лет, имеющим высшее образование, прибывшим в 2015 г. на работу в сельский населённый пункт либо рабочий посёлок. Или переехавшим на работу в сельский населённый пункт либо рабочий посёлок из другого населённого пункта. Средства выделяются из бюджета Федерального фонда ОМС и бюджетов субъектов Федерации в равных долях (50 на 50).

Изменить пропорции

Соруководитель федерального проекта «Качество жизни (Здоровье)» заявила о необходимости изменения пропорций долевого участия субъектов Федерации в софинансировании программы «Земский доктор». «Значимость

реализуемой с 2012 г. программы поддержки сельских врачей в решении кадровой проблемы здравоохранения не вызывает сомнений, – подчеркнула С.Мурзабаева. «К сожалению, напряжённые бюджеты субъектов затрудняют реализацию этой программы, необходимой для обеспечения доступности медицинской помощи жителям села», – отметила депутат.

Она напомнила, что проектом бюджета на 2016 г., представленным ФФОМС для рассмотрения в Госдуме, предусмотрено сократить долю софинансирования программы «Земский доктор» субъектами Федерации с 50 до 40%. Однако, учитывая экономическую ситуацию в регионах и реальное исполнение программы, этого недостаточно, считает С.Мурзабаева.

Депутат указала, что результаты мониторинга, проводимого в рамках проекта «Качество жизни (Здоровье)», позволяют сделать вывод, что снижение прогнозируемых расходов региональных бюджетов лишь на 10% не сможет гарантировать полное выполнение программы и эффективное использование всех выделенных средств федерального бюджета. Мы будем настаивать на более значительном сокращении в 2016 г. доли софинансирования программы субъектами, – заверила С.Мурзабаева.

Соответственно, по её словам, изменения должны быть внесены в часть 12.1 статьи 51 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» при продлении программы «Земский доктор» на 2016 г.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сито!

Рядом с нами

Дал слово – исполняй

В кузбасских больницах вырабатываются дополнительные меры социальной защиты

В период кризисов людям особенно важно чувствовать свою защищённость. К такому выводу можно прийти, когда видишь, что в Кузбассе уже более 70% принимаемых в больницах локальных нормативных актов, включая коллективные договоры и положения по оплате труда, проходят экспертизу у специалистов обкома профсоюза работников здравоохранения.

В том, что на протяжении многих лет медиков Кемеровской области не лихорадят забастовки и акции протеста, а больницы работают без сбоев, есть несомненная заслуга региональной власти. Выборы губернатора, состоявшиеся 13 сентября, тому подтверждение: регион показал рекордную для России явку избирателей: более 92%. При этом 96,69% кузбассовцев отдали свой голос Аману Тулееву.

«Но и заслугу отраслевого профсоюза в поддержании стабильности в здравоохранении региона тоже нельзя сбрасывать со счетов, – считает председатель Кемеровской областной организации общероссийского профсоюза работников здравоохранения Любовь Егорова. – В настоящее время профсоюзные «первички» действуют в 194 организациях здравоохранения области. Из них 191 имеют коллективные договоры, которые заключаются при активном участии профсоюза и с каждым годом становятся всё более содержательными в части обязательств работодателей».

Что это значит, Любовь Викторовна поясняет на конкретных



Любовь Егорова

примерах. Так, в ряде городских и сельских территорий Кузбасса коллективные договоры устанавливают дополнительные меры социальной защиты для молодых специалистов. В Тяжинском районе при поступлении на работу им выплачиваются единовременные социальные пособия из средств местных бюджетов – в дополнение к «подъёмным» из областного бюджета. Медсёстры и фельдшеры получают плюсом по 10 тыс. руб., врачи – по 20 тыс. А в Новокузнецке размер выплат врачам составляет... 150 тыс. руб.!

Коллективные договоры крупных больниц устанавливают для своих сотрудников дополнитель-

ные компенсационные и стимулирующие выплаты и льготы. Это могут быть выплаты за наличие учёной степени кандидата или доктора медицинских наук, премирование за особый вклад в развитие учреждения, оплата съёмного жилья, оплата горячего питания для дежурных бригад, льготы по оздоровлению сотрудников и их детей...

Практически все руководители медучреждений сохраняют за работниками средней заработной платы, предоставляя отгулы на весенне-осенние полевые работы, по случаю бракосочетания, при поступлении ребёнка в 1-й класс и по окончании школы, на проводы в армию, похороны близких родственников и т.д. На протяжении вот уже ряда лет в медучреждениях Кузбасса с 1 мая по 30 сентября действует сокращённый режим работы в пятницу – с сохранением полного заработка...

Под особым контролем областной организации профсоюза находится реализация майских указов Президента РФ о повышении средней зарплаты в отрасли.

«По итогам прошлого года она поднялась до уровня 84,8% от средней по региону. При этом средняя зарплата врача выросла до 41 299 руб., – уточняет Любовь Егорова. – Всё это позволяет людям качественно выполнять свои обязанности: они уверены и в завтрашнем дне, и в своей защищённости».

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Фото
Фёдора БАРАНОВА.

Профилактика

Комплексный подход и управление рисками – таковы основы борьбы с внутрибольничными инфекциями, считают специалисты. Свои мнения и аргументы они доходчиво изложили на прошедшей в Москве ежегодной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Контроль и профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи».

Симпозиум чистых рук

Дело в технологиях, эволюции возбудителей или человеческом факторе? Эпидемиологи считают, что все эти факторы вносят свой вклад в появление внутрибольничных инфекций. «Сегодня внедряется большое количество высокотехнологичных медицинских технологий, очень ёмких с точки зрения оборудования. Они несут риск присоединения этих инфекций», – акцентировала главный эпидемиолог Северного федерального округа профессор Елена Брусина. С другой стороны, существует проблема устойчивости и появления новых, нечувствительных к антибиотикам штаммов. Речь идёт о «сдерживании резистентности» – эта тема вызвала живой интерес участников конференции.

Своим опытом поделились коллеги из Санкт-Петербурга. Главный эпидемиолог Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга и Северо-Западного федерального округа профессор Людмила Зуева рассказала «МГ», что начиная с 2015 г. информация о резистентных штаммах теперь предоставляется в Комитет здравоохранения не один раз в год, как раньше, а ежемесячно.

– Такой подход должен дать хороший результат. Мы сможем оперативно вмешиваться в процесс, понимать, что происходит, и своевременно проводить соответствующие изоляционно-ограничительные мероприятия. Тогда эти штаммы не будут распространяться. Кроме того, Л.Зуева подчеркнула, что только координация усилий главных эпидемиологов, бактериологов, хирургов и клиницистов фармакологов позволит

корректно оценить ситуацию и дать рекомендации.

Теоретических наработок, действительно, очень много, и среди них немало российских. Вопрос, как всегда, во внедрении.

– Здесь вступает в силу человеческий фактор, – обратил внимание коллег председатель Национальной ассоциации специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, академик РАН Николай Брико. – Если весь медперсонал от санитарки до главного врача не поймут актуальность проблемы и не будут делать всё, что в их силах, успеха в этой области не достичь. Однако отношение медиков – это лишь одна часть. Должны выделяться бюджет, должны быть соответствующие знания. Необходим комплексный подход.

Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, была утверждена Минздравом России в 2011 г. С тех пор были сделаны существенные шаги в этом направлении: запущены ряд образовательных проектов, созданы клинические рекомендации, проводятся научно-практические конференции, каждый год появляются новые технологии, развивается риск-менеджмент. Несмотря на имеющиеся проблемы, медицинское сообщество консолидируется, и специалисты смотрят в будущее с оптимизмом.

– Задач у нас много, но для этого мы и создали профессиональную ассоциацию, чтобы их решать, шаг за шагом, – отметил Н.Брико.

Анна КАБИКОВА,
корр. «МГ».
Москва.

В спасение этого маленького пациента поначалу никто не верил. Малыш страдал врождённой патологией лёгких. Напряжённая эмфизема возникла сначала с одной, потом с другой стороны. Задышавшемуся ребёнку требовалась срочная операция, а малыш был совсем слабым, находился в реанимации на искусственной вентиляции лёгких. Заведующий отделением хирургии Брянской областной детской больницы Сергей Красюк с коллегами решили рискнуть. И выиграли. Малютку удалось вытащить буквально с того света.

Безвыходных ситуаций нет

Про этот и другие случаи из богатейшей практики этого лечебного учреждения главный врач областной детской больницы Виктор Алёкса рассказал, как о чём-то обыденном. Больница уже несколько десятилетий является ведущим медицинским учреждением региона и спасла сотни жизней.

– Именно к нам приходят в выходные и будние дни, в любое время суток и года со всевозможными проблемами, – неторопливо говорит Виктор Иванович. – И никому здесь не отказывают. Это я не образно «для красоты» говорю, а так и есть на самом деле. Найдите мне пример другого отношения...

Выпускник Смоленского медицинского института, ныне заслуженный врач РФ, В.Алёкса прошёл с 1980 г. интернатуру по анестезиологии и реанимации на базе Брянской областной больницы № 1, несколько лет работал там по специальности. Затем заведовал отделением анестезиологии и реанимации в областной детской больнице. И вот уже 4 года возглавляет её. Все текущие дела и проблемы знает, как говорится, изнутри. Обо всём рассуждает профессионально и вдумчиво.

В этом ЛПУ находятся 400 коек круглосуточного и 30-дневного стационаров. За исключением инфекционных заболеваний, недугов нейрохирургического профиля и ожогов, здесь врачуют буквально всё. В больнице 5 поистине уникальных отделений хирургического профиля.

Можно бесконечно рассказывать об успехах специалистов по детской урологии и андрологии, травматологии и ортопедии, офтальмологии и т.д. В больнице есть также отделения гастроэнтерологии и пульмонологии, а с осени 2013 г. функционирует отделение онкологии и гематологии. Остановимся лишь на нескольких направлениях работы.

Центр сохранения жизни

Открытия этого центра ждали много лет. Шутка ли: на строительство и оснащение его самым современным медицинским обо-

рудованием областной бюджет отстегнул 700 млн руб. Ещё 70 млн сумели собрать благотворительные организации, спонсоры. С началом работы этого центра удалось решить сразу несколько проблем. Прежде всего, из старого корпуса больницы сюда перевели реанимационное отделение. Палаты оснащены по последнему слову техники, для пациентов созданы все условия. Занимает

в Екатеринбурге, который создали немецкие проектировщики и строители. В 2007-м одна из брянских строительных организаций приступила к работе. И хотя строили центр долго и трудно, новоселье в конце концов состоялось.

Своим названием центр обязан отделению онкологии, гематологии и химиотерапии, которое занимает 3-й этаж. Под руководством Михаила Ракова доктора

сколько тысяч маленьких жителей из всех районов области. Причём диспансеризацию проходят и дети первого года жизни, а также воспитанники сиротских учреждений региона.

Понятно, что такая работа обременяется колоссальной нагрузкой на врачей. И хотя никто не ропщет (да и зарплата соответствующая тоже стимулирует), нередко приходится работать,

Наша коллега

Двери, открытые всегда

Брянская детская областная больница вышла на новый уровень развития



Виктор Алёкса

реанимации 1-й этаж выкрашено в яркие цвета здания.

– В отделении 9 коек, 6 из которых занимают новорождённые с экстремально низкой массой тела, – рассказывает заведующий отделением анестезиологии и реанимации Василий Гудков. – Уже можно говорить о положительном опыте работы, выхаживаем младенцев от 500 г.

В этом отделении есть даже тёплый бокс для реанимобиля, чтобы в холода не пришлось тратить бесценное время на прогрев мотора. Тем более что используют реанимобиль эффективно. Специальная бригада медиков сопровождает ребёнка при его перевозке из районной больницы в Брянск, а также на консультацию в крупную столичную клинику.

Отметим, что открыть онкогематологический центр задумали очень давно. Ещё в 2006 г. группа брянских докторов побывала в только что открывшемся центре детской онкологии и гематологии

осваивают современные методики работы, и около 80% маленьких пациентов уже достигают устойчивой ремиссии в результате проведённого лечения. Здесь используют более щадящие препараты последних поколений.

Немало профессионалов работают и в клинично-диагностической лаборатории, которой заведует Наталья Старюк. Здесь проводят все химические, биологические и гематологические исследования, а также на генетическом анализаторе прогнозируют различные заболевания и выявляют нарушения в генах детского организма. Словом, в Брянске прочно прописались достижения медицины нового столетия.

Под контролем – вся область

Одной из самых востребованных сегодня сфер деятельности детской областной больницы является проведение выездной диспансеризации маленьких пациентов. Приобретённые для этого два передвижных комплекса представляют собой, по сути, мини-поликлиники. Внутри каждого комплекса находятся рабочие места гинеколога, невролога, офтальмолога, гастроэнтеролога, эндокринолога и других докторов. Что поделаешь – в районных больницах Брянщины не везде есть эти специалисты.

По словам главного врача, такая работа проводится круглогодично. Обычно в один и тот же район бригада выезжает дважды. Сначала – обследования. Потом детей осматривают узкие специалисты, дают заключения на основании проведённых анализов. При необходимости детей направляют на лечение. Уже обследовано не-

поистине напрягая все силы.

Особенность детской областной, повторимся, в том, что многие отделения – единственные в нашем регионе. А потому даже при всём желании нельзя было перевезти больных на время ремонта ЛПУ куда-то в другое место. Словом, ремонтировать пришлось, не прекращая лечебного процесса. Тяжело было всем – медицинскому персоналу, родителям и детям. Зато теперь...

В Брянской областной детской больнице двери были и будут открыты всегда круглосуточно. И конечно же, как не вспомнить о поликлинике на 300 посещений в смену? Или о широко практикующихся теперь здесь лапароскопических операциях? Именно здесь продолжает успешно оперировать (это в 83 года!) старейший хирург Владимир Асташкин. А детей, находящихся в больничных палатах порой месяцами, обучают по всем предметам педагоги брянской средней школы № 3.

Добавим, что параллельно с проведением капитального ремонта шла и закупка новейшего медицинского оборудования. И теперь в детской больнице нет недостатка в кувезах для выхаживания новорождённых и недоношенных детей. Приобретён современный цифровой рентгеновский комплекс, установлен и магнитно-резонансный компьютерный томограф. Словом, здесь держали и продолжают уверенно держать руку на пульсе детского здоровья.

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянск.

Фото автора.

События

Нужен координирующий центр

– Сегодня весь мир обеспокоен проблемой сахарного диабета, вопросами профилактики, диагностики и лечения которого занимаются врачи разных специальностей, – напомнил на открытии научно-практической конференции «Лечение осложнённых форм диабетической стопы» в Ярославле президент Ярославского государственного медицинского университета академик РАН Юрий Новиков.

В мероприятии приняли участие ведущие специалисты Мо-

сковы и Санкт-Петербурга, а также руководители лечебных учреждений, хирурги, эндокринологи, травматологи из Ярославской, Ивановской, Костромской, Вологодской областей.

Говоря о выборе места проведения конференции, заместитель председателя правительства региона Ростислав Даниленко отметил:

– Ярославль в последние годы становится одним из научных российских центров, в том числе и в медицинской сфере. Здесь проходят мероприятия международного уровня. И уже видны

реальные положительные результаты.

Так, большая работа по оказанию специализированной помощи пациентам с диабетической стопой начиная с 2005 г. ведётся в отделении гнойной хирургии больницы № 7 Ярославля, которым руководит кандидат медицинских наук Андрей Фомин. За это время в 10 раз снизился уровень высоких ампутаций нижних конечностей, а число органосохраняющих операций на уровне стопы увеличилось в 12 раз. Здесь лечат пациентов не только из «своего» региона, но и из соседних территорий.

В рамках конференции ведущие российские специалисты провели школу для врачей по лечению диабетической стопы. По итогам работы конференции было принято решение о создании единого центра «Спасение конечности». В нём будут изучаться вопросы диагностики и лечения больных с целью увеличения продолжительности жизни и уменьшения числа случаев выхода на инвалидность.

Елена МАРЬИНА,
внешт. корр. «МГ».

Ярославль.

Ориентиры

Пример для подражания

Его подают
эндокринологи Прииртышья

Ситуация с сахарным диабетом в Омской области не хуже и не лучше, чем в среднем по России. На середину ноября нынешнего года в Омске и сельских районах Прииртышья официально зарегистрировано около 50 тыс. человек, страдающих этим заболеванием, и у 90% из них диагностирована самая распространённая его форма, как и в целом по стране, – диабет 2-го типа.

По Сибирскому федеральному округу этот показатель выше – 92,9%. Так что омским эндокринологам можно, кажется, слегка расслабиться. Пусть не намного, но темп заболеваемости «сахарной болезнью» в области снизился. И не сам по себе – сказались масштабные здравоохранительные мероприятия, направленные на её предупреждение. В их числе, помимо создания школ профилактики диабета почти в каждом лечебно-профилактическом учреждении региона и 13 детских и взрослых центрах здоровья, и пропаганда здорового образа жизни, поскольку именно пренебрежение к нему, начиная с малоподвижности и неправильного питания, провоцирует заболевание диабетом.

Однако лечение диабета и его осложнений по-прежнему основная забота омских эндокринологов. И здесь они добились заметных результатов. С 2014 г., например, на базе медико-санитарной части № 9 действует центр критической ишемии нижних конечностей и синдрома диабетической стопы. Такие центры есть только в Москве и Санкт-Петербурге. И в омском, как и в федеральных, пациентов с тяжелейшими осложнениями сахарного диабета спасают от ампутации – ранее в большинстве случаев неизбежной. А в Омской областной клинической офтальмологической больнице, оснащённой самым современным оборудованием, ежегодно более 300 больных диабетом, у которых на ранней стадии диагностирована ретинопатия, остаются зрячими после курса лазерной терапии. Причём такое лечение они получают бесплатно.

Однако в лечении сахарного диабета главным направлением остаётся медикаментозное обеспечение. За счёт средств федерального бюджета больные обеспечиваются препаратами инсулина, сахароснижающими таблетированными лекарствами и медицинскими изделиями на сумму, превышающую 106 млн руб. Это без учёта бюджетных трат на лечение сопутствующих заболеваний – ретинопатии, почечной недостаточности, сердечно-сосудистых и других заболеваний. А из бюджета Омской области только за 10 месяцев нынешнего года на приобретение лекарств для больных диабетом выделено более 170 млн руб. Мало того, на середину ноября имеется ещё и запас необходимых препаратов, превышающих их 2-месячную потребность.

Казалось бы, поводов для беспокойства нет. Но уже сейчас в Министерстве здравоохранения Омской области проводятся мероприятия по закупке препаратов инсулина, сахароснижающих таблетированных препаратов и тест-полосок по программе ОНЛС на 2016 г. Завидная предсудительность. Пример для других...

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

На фоне постоянных разговоров о демографическом кризисе остро встаёт вопрос не только о тех, кто не хочет иметь детей по экономическим, социальным или психологическим причинам, – на таких как раз можно повлиять, но и о тех, кто вообще не может их иметь. Бесплодие – проблема, которая год от года становится всё масштабнее. При этом около половины бесплодных браков в России обусловлено мужским бесплодием, формирование которого часто начинается в детском и подростковом возрасте. О мужском здоровье, системных проблемах в этой области здравоохранения и «новой» науке репродуктологии мы побеседовали с хирургом-андрологом профессором Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова Владимиром МИРСКИМ.

– Владимир Ефимович, количество бесплодных пар увеличивается с каждым годом, в некоторых регионах России их число достигает 19%. При этом растёт удельный вес именно мужского бесплодия. В чём причины, на ваш взгляд?

– Всё начинается ещё в детском и подростковом возрасте. Общая заболеваемость детей до 17 лет неуклонно растёт. Имеются многочисленные данные о том, что около 60% заболеваний этой возрастной группы, в том числе андрологических (варикоцеле, крипторхизм, гипогонадизм, задержка полового развития), могут представлять угрозу фертильности или напрямую приводить к бесплодию. Только за 5 последних лет выявленная на территории Российской Федерации гинекологическая и андрологическая патология среди детей всех возрастов увеличилась на 30-50%. Конечно, в полной мере говорить о репродуктивном здоровье у детей не представляется возможным. Но крайне необходимо говорить о факторах, предрасполагающих к формированию тех или иных отклонений в будущей системе репродукции мальчика, а они часто закладываются в организме ребёнка ещё до момента реализации биологической функции воспроизводства потомства.

Истинные масштабы проблемы стали понятны только недавно, после проведённых скринингов, но более точные данные по распространённости андрологической патологии может дать только всеобщая профессионально направленная диспансеризация, а таковая отсутствует. Поэтому у значительного количества мальчиков имеющаяся патология вовремя не диагностируется, а лечение часто оказывается недостаточным.

– Почему так происходит?

– Сейчас в российском здравоохранении существует парадокс совершенно несбалансированного развития гинекологии и андрологии как двух медицинских дисциплин, изучающих половую систему мужского и женского организма. Не отрицая огромного значения женских консультаций, гинекологических стационаров и всей системы родовспоможения и детства, надо понимать необходимость специализированной андрологической помощи при мужском бесплодии и заболеваниях половой сферы у мужчин. Ведь во многих регионах лечением андрологической патологии у взрослых и детей занимаются врачи самых разных специальностей – хирурги, урологи, сексопатологи, эндокринологи и т.д.

Да, есть молодёжные консультации, где работают андрологи. Однако катастрофически недостаточен охват профессиональными профилактическими осмотрами именно детской возрастной группы.

В теории – впервые малыша осматривает врач-неонатолог в роддоме. Он должен как минимум определить наличие двух

– Но ведь андрология как врачебная специальность существует уже достаточно давно...

– Андрология – одна из древнейших наук, которая была известна и в Древней Греции, и в Киевской Руси. Уже Гиппократ после посещения скифов писал, что среди местного населения встречается евнухоидизм – заболевание, которое он связы-

ликобритании и странах Евросоюза уже достаточно длительное время существует дополнительная специализация врачей по специальности «Репродуктивная медицина», в Австралии и США – «Репродуктивная эндокринология бесплодия».

Репродуктологи как специалисты амбулаторно-поликлинического звена должны заниматься улучшением репродуктивного

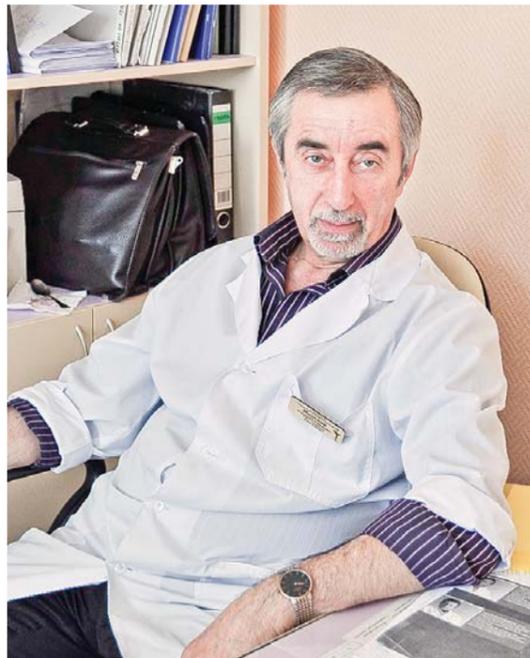
норму развитию беременности.

Имеются официальные данные о том, что у 75% детей, рождённых в результате вспомогательных технологий, наблюдаются те или иные отклонения в состоянии здоровья, такие, как врождённые аномалии и пороки развития, преимущественно сердечно-сосудистой и костно-мышечной систем. У данного контингента наблюда-

Авторитетное мнение

Бесплодие – война на два фронта

Только грамотное развитие системы охраны репродуктивного здоровья может решить эту проблему



яичек. Следующий врач – это андролог, осматривающий ребёнка на предмет имеющейся патологии. Если есть показания к оперативному лечению, необходимо оперировать, не затягивая. В идеале осмотр специалистом должен проводиться каждые 2-4 года, вплоть до 18 лет. Самым важным в области выявления и коррекции андрологических заболеваний у детей и подростков является отсутствие преемственности между участковыми педиатрами, врачами-специалистами детских поликлиник и школьными врачами. Недостаточны и знания педиатров в вопросах профилактики и диагностики у детей с андрологической патологией, отсутствует единая схема ведения таких пациентов.

– Где недоработки? Что зависит от специалистов?

– На мой взгляд, основным недостатком системы андрологической помощи в лечении детей и подростков является отсутствие преемственности между участковыми педиатрами, врачами-специалистами детских поликлиник и школьными врачами. Недостаточны и знания педиатров в вопросах профилактики и диагностики у детей с андрологической патологией, отсутствует единая схема ведения таких пациентов.

Стационарное лечение – отдельная тема. Отсутствуют специализированные андрологические отделения. При этом прооперированных детей после выписки обычно наблюдает хирург не более 7-10 дней. Тогда как этой группе показана длительная репродуктивная коррекция и реабилитация с диспансерным наблюдением до возраста 23-25 лет.

вал с постоянной необходимостью ездить верхом. В России основоположником андрологии как науки является Ф.И.Синицын, возглавлявший с 1877 г. в Москве Хирургическую клинику моче-половых болезней. При этом до 1925 г. преподавание андрологии являлось обязательным. Потом об этой специальности в Советском союзе почти забыли.

Становление андрологии в её современном понимании, появление специалистов-андрологов, владеющих различными междисциплинарными знаниями для диагностики и лечения заболеваний моче-половой сферы у мужчин – всё это относится к последним двум десятилетиям. «Движение» в этой науке, особенно в сфере детского здоровья, началось с 1998 г., с подписания приказа № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста».

Однако количество врачей этой специальности по-прежнему катастрофически мало, особенно учитывая масштабы проблемы. Мало создания специальных андрологических кафедр при медицинских институтах. Необходимо разработка комплексных систем подготовки врачей-андрологов, необходимы «мужские консультации». Речь идёт уже о формировании новой комплексной медицинской дисциплины – репродуктологии. В структуре этой «науки о поле» должны быть представлены и разделы педиатрии, поскольку ряд заболеваний половой сферы закладывается в детстве.

Возможно, стоит подумать о введении специальности «репродуктолог» в нормативные документы на базе специальностей гинеколога, уролога, эндокринолога и врача общей практики. Подготовка врачей-репродуктологов может вестись на последипломном уровне. В Ве-

здоровья супружеских пар. Ещё одна задача – организация специализированной детской и подростковой андрологической службы.

– Наблюдается ли изменение структуры заболеваемости, ведущей к бесплодию?

– Что касается детей, в последнее десятилетие резко возросла частота андрологической патологии нейроэндокринного генеза в виде различных форм гипогонадизма и функциональной задержки полового развития. Кроме этого, заметно увеличение инфекционной составляющей. Для обследования 528 взрослых пар с различными заболеваниями репродуктивной системы использовались оптимизированные диагностические и лечебные подходы. Из общего числа бесплодными оказались 350 пар, остальные 178 пар обратились с целью подготовки к беременности. Стоит отметить, что, согласно полученным результатам, уровень репродуктивно значимой инфекционной патологии в различных сочетаниях – хламидийной, микоплазменной и трихомонадной, имел высокие цифры – около 77%. Это может свидетельствовать о формировании предпосылок к бесплодию у молодых людей ещё до брачных отношений.

К сожалению, можно констатировать, что отсутствует сама система подготовки семейных пар к естественному зачатию с учётом значительного увеличения в последнее время инфекционно-эндокринной и генетической патологии. Также отсутствуют эффективные стандарты подготовки семейных пар к естественному и искусственному зачатию.

– Говоря об искусственном зачатии, что вы думаете по поводу ЭКО как способа решения демографической проблемы?

– Программы вспомогательных репродуктивных технологий широко используются в качестве меры увеличения рождаемости. Однако беременность, наступившая в результате ЭКО, относится к группе высокого риска, а сами методы можно назвать «методами отчаяния». Необходимо задуматься над тем, что большинство причин, вынуждающих проводить ВРТ, остаются, и нередко в последующем мешают нормаль-

развития почти в 30% случаев, асфиксия при рождении в 90%, перинатальное поражение ЦНС – у 87% новорождённых.

Кроме того, при применении репродуктивных технологий высока частота многоплодной беременности. А ведь рождение маловесных новорождённых требует и высокотехнологичной перинатальной помощи с повторными госпитализациями, не говоря уже о многолетнем последующем наблюдении и скринингах.

На мой взгляд, существующая в настоящее время система преодоления демографического кризиса с широким применением ВРТ не улучшает состояние здоровья подрастающего поколения и негативно влияет на общее и репродуктивное здоровье новорождённых детей.

– Итак, какими могут быть следующие шаги?

– В первую очередь – заинтересованность врачей различных профилей в повышении собственного профессионального уровня в области андрологии и репродуктологии, а также инфектологии, лабораторной диагностики и эндокринной патологии.

На организационном уровне предстоит разработать и внедрить множество документов – от учебных программ до стандартов лечения в амбулаторно-поликлиническом звене и подготовки к зачатию.

И конечно, необходима массовая просветительская работа среди всех возрастов населения в репродуктивной области как части общей культуры отношения к собственному здоровью.

Такие меры в масштабах страны позволили бы улучшить состояние здоровья молодых семейных пар, а главное, увеличить количество зачатий естественным путём. Это также позволит снизить осложнения во время беременности и после родов, смертность новорождённых и качественно улучшить состояние здоровья детей. Восстановить репродуктивную способность и решить демографическую проблему в России можно только совместными усилиями – правительства, квалифицированных врачей и населения, которое умеет заботиться о своём здоровье.

Анна КАБИКОВА,
спец. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 81 (1933)

Проблема неосложнённых гипертонических кризов (ГК) имеет большое практическое значение. Так как именно на этом этапе течения гипертонической болезни возможно оказать реальную помощь, предотвратить дальнейшее прогрессирование заболеваний.

Классификация

Наибольшее использование получила клиническая классификация гипертонических кризов, она основана на выраженности клинической симптоматики и опасности возникновения жизнеугрожающих (вплоть до фатальных) осложнений:

1. Осложнённый (неотложный, жизнеугрожающий, emergency, критический).
2. Неосложнённый (экстренный, некритический, urgency).

Осложнённый ГК проявляется развитием клинически фатального осложнения с повреждением органов-мишеней, что требует экстренной госпитализации, преимущественно в блок интенсивной терапии, быстрого снижения АД с применением парентеральных антигипертензивных препаратов (АГП).

Неосложнённый ГК протекает с менее выраженными субъективными и объективными симптомами на фоне существенного повышения АД, он не сопровождается острым развитием поражения органов-мишеней. По возможности необходимо снижение АД в течение нескольких часов; экстренная госпитализация не требуется, однако необходимо динамическое наблюдение для исключения его трансформации в осложнённый ГК.

В практическом плане следует подразделять неосложнённые ГК на две группы:

1. Неосложнённый ГК с низкой возможностью развития сердечно-сосудистых осложнений.
2. Неосложнённый ГК с высокой возможностью развития сердечно-сосудистых осложнений.

ГК на фоне гипертензии может включать – гипертоническую энцефалопатию, острую сердечную недостаточность (ОСН), расслаивающую аневризму аорты, внутричерепное кровоизлияние, субарахноидальное кровоизлияние, острый коронарный синдром, острое кровотечение.

Данная систематизация не требует определения типа ГК, сложных процедур и позволяет срочно начать терапию.

Имеются ряд препаратов и состояний, при которых возможно возникновение ГК:

- употребление тирамина (вино, кофе) в сочетании с ингибиторами MAO;
- употребление симпатомиметических средств (кокаин, амфетамин, фенциклдин гидрохлорид и др.);
- употребление трициклических антидепрессантов, симпатомиметиков;
- отмена гипотензивных препаратов центрального действия, β-адреноблокаторов;
- гиперактивность симпатической нервной системы при заболеваниях спинного мозга;
- поражение головного мозга (инсульт, черепно-мозговые травмы);
- послеоперационные состояния (операции на сосудах, сердце);
- у пожилых несоблюдение дозирования препаратов, метеопатические факторы.

Выделяют также ещё два типа ГК:

- **I тип** – адреналиновый или гиперкинетический. Характеризуется быстрым началом; продолжительностью 3-4 часа; жалобами на сердцебиение, дрожь, чувство жара; перебоями в работе сердца и кардиалгиями, одышкой, удушьем. При осмотре – гиперемия кожных покровов, повышение ЧСС, преимущественное повышение АД систолического, повышение СВ.

● **II тип** – норадреналиновый или гипокинетический. Характеризуется постепенным нарастанием АД в течение нескольких суток, жалобами на заторможенность, головную боль, головокружение, ноющими и тянущими болями в области сердца. При осмотре – повышенная влажность кожных покровов, ЧСС замедлена или нормальна, преимущественное повышение диастолического АД, снижение МО, увеличение ОПСС.

Систематизация клиники и лечение неосложнённых гипертонических кризов

Тактика снижения АД зависит от конкретной клинической картины:

- в течение нескольких минут до 2 часов снижение АД примерно на 20-25% от исходного;
- от 2 до 6 часов снижение АД до 160/100 мм рт.ст.;
- в последующие дни – недели возможно снижение АД до оптимального уровня;
- при неосложнённом ГК требуется усиление проводившейся ранее терапии.

Для пациентов с ГК показательна триада клинических симптомов: головная боль, головокружение, тошнота.

Головные боли отмечаются примерно у 80% пациентов. Головная боль ишемического типа обусловлена спазмом мозговых артерий вследствие повышения АД. Головная боль может носить сдавливающий, ломящий или тупой характер, сопровождаться тошнотой, рвотой, головокружением. При значительном и быстром подъёме АД головная боль может быть связана с повышением внутричерепного давления, носит распирающий характер.

У больных ГК головная боль может быть обусловлена напряжением мышц мягких покровов головы, сопровождаться тошнотой, рвотой, головокружением. Возможно нарушение зрения. При повышении АД появляются туман, пелена, мелькание «мушек» перед глазами.

Боль в области сердца при неосложнённом ГК чаще носит функциональный ноющий характер (кардиалгия), отсутствует её иррадиация, она локализуется в области верхушки сердца, длится достаточно долго, нитратами не купируется; нередко сопровождается сердцебиениями, перебоями.

Одышка встречается относительно редко, она обусловлена дисфункцией (гипертрофией) левого желудочка.

Встречающиеся периферические отёки обусловлены не явлениями нарушения гемодинамики, а гиперактивацией РААС, приёмом ряда медикаментов (НПВС).

Важнейшим аспектом клиники ГК является подробный сбор и анализ анамнеза:

- Длительность гипертонии, обычные и максимальные цифры АД.
- Наследственная отягощённость по АГ, сердечно-сосудистым заболеваниям, сахарному диабету, заболеваниям почек.
- Наличие, частота и длительность высоких (кризовых) подъёмов АД.
- Сопутствующие заболевания.
- Вредные привычки (злоупотребление

алкоголем, курение, приём наркотических препаратов, кокаина и др.).

● Храп, сведения родственников о синдроме возможного обструктивного апноэ во сне.

● Наличие головной боли, головокружений, расстройства зрения, речи, транзиторных ишемических атак, двигательных расстройств.

● Сердцебиения, боль в области сердца, одышка, отёки.

● Жажда, никтурия, полиурия, гематурия.

● Онеменение, похолодание конечностей, перемежающаяся хромота.

● Применяемая антигипертензивная терапия, её эффективность, переносимость, приверженность лечению.

● Время появления, продолжительность настоящего ГК.

● Субъективные проявления повышения АД, клинические проявления криза.

Обязательный комплекс исследований пациентов с ГК:

- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- Определение креатинина в плазме крови, уровня калия, глюкозы в крови.
- ЭКГ.

Биохимический анализ крови: повышенный уровень креатинина > 115 мкмоль/л (> 1,3 мг/дл) для мужчин; > 110 мкмоль/л (> 1,2 мг/дл) для женщин указывает на нарушение функции почек.

ЭКГ-признаки гипертрофии ЛЖ – высокие зубцы R со снижением ST в отведениях V₄ – V₆.

При адреналиновом ГК на ЭКГ – уширение QRS, депрессия ST, сглаживание зубца T и снижение вольтажа зубцов.

При норадреналиновом ГК на ЭКГ – уширение QRS, депрессия ST, двухфазный, ин-

вертированный T и глубокий S в III отведении, снижение вольтажа зубцов.

ЭхоКГ-признаки гипертрофии ЛЖ: индекс массы миокарда ЛЖ, увеличение индекса ≥ 125 г/м² у мужчин и ≥ 110 г/м² у женщин.

● Суточное мониторирование АД при гипертоническом кризе – резкие колебания АД – night peaker – превышение в ночное время дневных показателей, over-dipper – чрезмерное снижение АД > 22% от дневных значений (у пожилых – избыточно низкий уровень АД ночью, внезапный подъём АД в ранние утренние часы – угроза ОНМК или острого ИМ).

● Исследование сосудов глазного дна для оценки степени изменения сосудов сетчатки.

● УЗИ почек и дуплексное сканирование почечных артерий позволяет установить характер и степень поражения почек.

● Исследование уровня чувствительного С-реактивного белка (СРБ ≥ 3 мг/л указывает

● Способы самостоятельного купирования ГК, их эффективность.

Основные объективные исследования:

- положение больного (сидит, лежит);
- окраска и влажность кожных покровов;
- периферические отёки;
- измерение АД в динамике на обеих руках, в положении сидя и стоя;
- исследование пульса, измерение ЧСС;
- пальпация и перкуссия сердца (патологическая пульсация, увеличение границ влево);
- аускультация сердца: оценка тонов, наличие шумов, акцент и расщепление II тона над аортой;
- аускультация лёгких (выявление застойных хрипов с обеих сторон);
- пальпация живота.

Систолическое АД при ГК повышается по отношению к исходному АД на 20-90 мм рт.ст., диастолическое на 10-30 мм рт.ст. Частые величины АД при ГК – 190-270/110-160 мм рт.ст.

Таблица 2
Основные лекарственные средства для лечения пациентов с неосложнённым ГК

Препарат	Дозы, способ применения	Начало действия	Длительность, ч	Побочные эффекты
Каптоприл	12,5-25 мг, сублингвально 12,5-25 мг внутрь	10-20 мин 15-30 мин	6-8 6-8	Чрезмерное снижение АД при гиповолемии, почечная недостаточность при дисфункции почек или двустороннем стенозе почечных артерий
Карведилол	12,5-25 мг внутрь	30-60 мин	6-12	АВ-блокады, бронхообструкция, ортостатическая гипотензия, анафилактические реакции – редко
Лабеталол	20-200 мг в/в медленно	20-120 мин	2,5-8	Бронхоспазм, АВ-блокада, ухудшение сократимости миокарда, тошнота, повышение активности печёночных ферментов
Празозин	1-2 мг внутрь	1-2 ч	8-10	Синкопе (особенно при приёме первой дозы), тахикардия, ортостатическая гипотензия
Клонидин	0,075-0,150 мг внутрь	20-30 мин	6-12	Артериальная гипотензия и ортостатические реакции, брадикардия, сонливость, сухость во рту
Моксонидин	0,2-0,4 мг внутрь	30-60 мин	12-24	Сонливость, сухость во рту, вялость
Нифедипин	5-10 мг, внутрь	15-20 мин	6-8	Тахикардия, снижение АД с угрозой острой ишемии мозга и миокарда
Амлодипин	5-10 мг, внутрь	1-6 ч	6-24	Головная боль, тахикардия, покраснение лица
Фелодипин	5-10 мг внутрь	2-5 ч	6-24	Головная боль, тахикардия, покраснение лица
Исрадиксин	5-10 мг внутрь	1-1,5 ч	2-12	Головная боль, тахикардия, покраснение лица
Фуросемид	40-80 мг, внутрь	30-60 мин	4-8	Судороги в икроножных мышцах, гипокалиемия
Урапидил	10-50 мг в/в 12,5-100 мг	9 мг/ч (2 мг/мин) 25-50 мг в/в	2-4 4-8	Головная боль, гипотензия

Таблица 1

Клинические состояния, характерные для жизнеугрожающих и нежизнеугрожающих кризов

Жизнеугрожающие кризы	Нежизнеугрожающие кризы
Острая гипертоническая энцефалопатия Геморрагический инсульт Субарахноидальное кровоизлияние Отёк мозга Острая левожелудочковая недостаточность Отёк лёгких Нестабильная стенокардия Острый инфаркт миокарда Быстро прогрессирующая почечная недостаточность Расслаивающаяся аневризма аорты Эклампсия Острая почечная недостаточность	Предоперационная гипертония Послеоперационная гипертония Стрессиндуцированная гипертония Больнудуцированная гипертония Тяжёлая прогрессирующая гипертония Прогрессирующее поражение органов-мишеней

на двукратное увеличение риска развития ИБС).

Задачи антигипертензивной терапии при лечении ГК:

- достижение целевых или оптимальных значений АД;
- возможное предотвращение поражения органов-мишеней.

- снижение смертельных исходов, обусловленных АГ.

Выбор антигипертензивных препаратов АГП (см. табл.2):

- Особенности клинической симптоматики ГК.

- Ассоциированные клинические состояния.

- Сопутствующие заболевания, требующие выбора конкретных АГП.

- Предыдущие реакции больного на отдельные АГП.

- Взаимодействие назначаемых препаратов.

- Экономические вопросы, стоимость лечения.

При купировании неосложнённых ГК необходимо применение АГП, обеспечивающих постепенное снижение АД. Постепенное снижение АД позволяет избежать гипоперфузии органов-мишеней.

Принципиально гипотензивную терапию при ГК следует проводить экстренно. Однако следует учитывать, что слишком быстрое снижение АД чревато целым рядом возможных осложнений – гипоперфузия мозга с развитием инсульта, нарастанием коронарной и почечной недостаточности.

При отсутствии осложнений ГК возможно использование гипотензивных препаратов

внутри (каптоприл сублингвально 50 мг; нифедипин 10-20 мг сублингвально; клофелин – 0,075-0,15 мг сублингвально).

В ряде случаев при ГК требуется парентеральное введение препаратов для эффективного снижения АД: парентеральные формы нитратов (нитропруссид натрия, нитроглицерин), β-адреноблокаторы, антагонисты кальция (никардипин), диуретики (фуросемид), периферический вазодилататор (гидралазин), α-адреноблокаторы (урапидил).

Показания для госпитализации больных с неосложнённым ГК:

- Неясность диагноза и необходимость использования ряда специальных (инвазивных) методов исследования для уточнения характера АГ.
- Затруднения в подборе медикамен-

тозной терапии на догоспитальном этапе (частые кризы, резистентность терапии).

- Впервые возникший ГК с выраженными субъективными и объективными проявлениями.

- Кризы во время беременности, на улице, в общественных местах.

- ГК, не купирующийся на догоспитальном этапе.

Михаил ГУРЕВИЧ,

доктор медицинских наук, профессор.

Кафедра терапии факультета
усовершенствования врачей

Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского.

Аллергия, экология и здоровье нации

В настоящее время аллергию не случайно называют «чумой» XX и XXI века. Несмотря на то, что термин «аллергия» введён только в начале XX века (1906), уже в середине века аллергические заболевания (АЗ) заняли лидирующие позиции среди всей неинфекционной патологии человека. В настоящее время уже более трети населения планеты страдает различными аллергическими заболеваниями. Планирование деятельности служб здравоохранения и разработка эффективных лечебно-профилактических мероприятий, как известно, зависят от наличия достоверных сведений о размерах и причинах заболеваемости в обществе. Особенно это касается распространённых, социально значимых заболеваний, к которым относятся аллергические болезни, в первую очередь бронхиальная астма и другие аллергические болезни респираторного тракта (аллергический ринит, поллиноз и др.), аллергодерматозы, пищевая, лекарственная, инсектная, латексная аллергия и др.

В нашей стране за период 1993-2009 гг. АЗ выявлялись у 19-40% взрослого населения, в 22-48% случаев – у работников промышленных предприятий, свыше 27% – у детей и подростков. В 2009-2012 гг., распространённость АЗ в России в среднем составляла от 20 до 50% у взрослого населения, от 22 до 56% – среди работников промышленных предприятий, свыше 27% – среди детей и подростков. На распространённость АЗ оказывают влияние особенности климатических, географических, экологических характеристик регионов, уровень их социально-экономического развития, особенности профессиональной деятельности и многое другое.

Так, по результатам многолетних исследований, распространённость АЗ в Северо-Западном регионе России в среднем составляет 13,9%, в Центральном – 17,5%, Северо-Кавказском – 20%, в районе Крайнего Севера в Республики Саха (Якутия) – 34,4%.

В настоящее время аллергия представляет глобальную медико-социальную проблему для органов здравоохранения всех стран мира ввиду высокой распространённости АЗ, тяжести клинического течения, серьёзности прогноза, огромных финансовых затрат на лечение, реабилитацию и профилактику аллергопатологии у больных.

Эпидемиологические исследования выявили повсеместный рост и увеличение тяжести АЗ, особенно в странах с высокой индустриализацией и химической промышленностью, отсюда ещё одно название аллергии – «болезнь цивилизации, болезнь прогресса».

Цивилизация, давшая человечеству множество благ, породила серьёзные проблемы, прежде всего экологические, оказавшие негативное воздействие на здоровье человека. Неблагоприятная экологическая ситуация является причиной ухудшения основных показателей здоровья населения. Ведущими отраслями промышленности, определяющими специфику и уровни антропогенного загрязнения атмосферного воздуха, являются чёрная и цветная металлургия, химическая и нефтехимическая промышленность, машиностроение, электроэнергетика.

Анализ состояния здоровья населения, работающих или проживающих вблизи таких предприятий, свидетельствует о его существенном ухудшении за последние годы. В России зонами экологического бедствия признаны 300 районов, общая площадь которых составляет 10% территории страны. Только в Москве около 30% населения проживает в дискомфортных экологических условиях. Воздействие экологических и производственных факторов приводит к изменению характера течения заболеваний и появлению новых форм болезней, повы-

шению или изменению чувствительности к лекарственным средствам, изменению иммунологической реактивности и формированию сенсibilизации.

При анализе результатов изучения комбинированного влияния экологических стрессоров исследователи нередко выявляют признаки вторичного иммунодефицита, что с высокой долей вероятности может явиться непосредственной предпосылкой возникновения целого ряда экологически детерминированных заболеваний, в том числе и аллергических. Одними из основных последствий воздействия неблагоприятных экологических и профессиональных факторов риска на организм являются изменение иммунологической реактивности, аллергизация организма и рост распространённости АЗ.

По последним данным ВОЗ, АЗ страдают около 35% населения планеты. В США – более 40 млн человек, из них 9 млн – бронхиальной астмой (≈ 5% среди взрослых и 7-10% среди детей), 25-30 млн – поллинозом.

В Германии АЗ страдают 25% населения. В России – от 13 до 35%, а в экологически неблагоприятных регионах показатель достигает 50-60%.

Распространённость АЗ в развивающихся странах изучена недостаточно из-за многих факторов: уровня здравоохранения, резкого расслоения населения по уровню культуры, языкового различия и др., места проживания (город, сельское население), финансовой обеспеченности (с высоким доходом, низко-обеспеченные, за гранью бедности), доступности медицинской обслуживания (доступное, недоступное, в связи с удалённостью от расположения медицинских учреждений и др.), отсутствия квалифицированного медицинского персонала (многие медицинские пункты обслуживаются только медицинскими сёстрами), отсутствия образовательных программ для медицинского персонала и пациентов, роли факторов риска (курение, инфекция, паразитарные заболевания, окружающая среда и др.) и пр.

Существует множество гипотез, объясняющих рост АЗ, среди которых наибольшего внимания заслуживают:

- генетически детерминированная предрасположенность;
- факторы окружающей среды;
- появление новых аллергенов;
- нарушения микробиологии (кишечная флора, дисбиозы кожи и слизистых и др.).

Однако ни одна из них не является ведущей и определяющей. В частности, многие ранние исследования по генным ассоциациям оказались недостаточными и не подтвердились в различных популяциях. Эпигенетические влияния, вовлекающие множественные механизмы, объясняют лишь долю гено-средовых взаимодействий и транс-генерационных эффектов и т.п.

На самом деле аллергические заболевания гетерогенны и включают взаимодействие наследственности и окружающей среды.

Сегодня аллергия изменилась и характеризуется более агрессивным течением, негативным влиянием на течение любой соматической патологии, возможностью развития не прогнозируемых осложнений при проведении фармакотерапии, оперативных вмешательств, диагностических процедур и других лечебно-профилактических мероприятий в практике врачей любых специальностей (терапия, педиатрия, пульмонология, дерматология, хирургия, стоматология, неврология и т.д.)

На развитие и течение аллергии сегодня оказывают влияние изменение образа жизни людей, характера питания, острые и хронические стрессы, изменения свойств и появление «новых» аллергенов, профессиональные факторы, изменения климата и многое другое. Таким образом, выросла частота факторов, стимулирующих аллергическую сенсibilизацию, и снизилась частота защитных противоаллергических механизмов.

В настоящее время у населения, проживающего в индустриальных районах и подвергающегося воздействию промышленных загрязнений, больше шансов заболеть аллергическими болезнями в сравнении с проживающими в сельской местности.

В экологически неблагоприятных регионах изменились и свойства аллергенов, они стали особенно агрессивны. Загрязнение окружающей среды ведёт к более высокому загрязнению воздуха аллергенами, более высокой реактивности со стороны дыхательных путей, увеличению числа и спектра аллергенов.

Появилось даже новое направление – аллерготоксикология, занимающаяся изучением влияния загрязнителей (токсических веществ) на индукцию, проявление и поддержание аллергических реакций. Доказано, что частицы дизельных выхлопов (ЧДВ) определённо влияют на формирование аллергии, в частности выполняют роль адьюванта в фазу сенсibilизации, способствуют обострению симптомов у уже сенсibilизированных лиц, абсорбируют аэроаллергены и пролонгируют их воздействие, повышают агрессивность аллергенов и аллергенность пылицы.

Почему необходимо признать аллергические болезни как глобальную проблему здравоохранения?

По прогнозу ВОЗ, и это совершенно очевидно, в практической аллергологии в будущем будут нарастать проблемы, связанные с урбанизацией и радикальными изменениями образа жизни людей, увеличением влияния воздушных поллютантов и температуры окружающей среды, миграционными процессами и др.

Изменения внешней и внутренней окружающей среды будут оказывать влияние на особенности спектра этиологически значимых аллергенов. В частности, повышение температуры воздуха приведёт к достоверному увеличению образования пылицы и, соответственно, концентрации пылицы в окружающем воздухе. В качестве примера можно привести вспышку бронхиальной астмы в Москве в апреле 2012 г., впервые установившую (дебют астмы), связанную с резким повышением содержания пылицы берёзы (более 20 тыс. пыльцевых зёрен в 1 м³ воздуха). Изменения климата и экологии приведут к изменению количества и разнообразия насекомых, что отразится ростом инсектной аллергии, усилению роли плесневых грибов и связанных с ними АЗ и др.

Уже сегодня отмечается не только постоянный и повсеместный рост распространения АЗ, но и полисенсibilизация и полиорганность поражения при аллергии, что увеличивает потребность в оказании помощи от различных служб здравоохранения. Большая доля роста АЗ приходится на молодую возраст, поэтому когда молодёжь достигнет периода зрелости, ожидается ещё больший рост бремени аллергических болезней.

Если раньше считалось, что аллергия – это болезнь молодого возраста, то сегодня мы констатируем первичное развитие АЗ у пожилых. Высокие летние температуры оказывают влияние на уровни всплеск обострений и госпитализаций пожилых пациентов с проблемами дыхания и могут стать причиной неожиданной смерти.

Сегодня наблюдается поворот от лидирующей роли внешнего загрязнения как источника аллергических заболеваний к загрязнению «домашними аллергенами» (дом, офис и т.п.), где, безусловно, человек всё больше проводит времени, чаще возникает сенсibilизация к продуктам жизнедеятельности домашних насекомых (тараканы, жуки, муравьи и др.), увеличивается процент больных с аллергией к плесневому грибку. В настоящее время в среднем у россиян сенсibilизация к бытовым аллергенам выявляется у 56,7% больных с АЗ, эпидермальным – 55,1%, пыльцевым – 43,3%. Отмечается рост и

степень тяжести лекарственной аллергии. В Москве с лекарственной непереносимостью обращаются 20,4% пациентов. Среди причин преобладают антибиотики (26,1%) и нестероидные противовоспалительные препараты (23,5%).

Будет отмечаться рост аллергопатологии среди лиц определённых профессий (медицинские работники, персонал, подвергающийся воздействию повреждающих факторов внешней среды (радиация, химические вещества, сверхвысокие физические нагрузки и т.п.).

Среди медицинских работников АЗ уже в настоящее время аллергия захватила 53%, среди них: 27,72% процедурных медсестёр, 16,83% палатных медсестёр, 14% лаборантов, 7% фармацевтов, 7% фтизиатров, 5% стоматологов. Аллергия к латексу выявляется у 10,3-15,7% врачей-лаборантов, медсестёр, санитарок. Обращаемость по поводу пищевой аллергии колеблется от 0,3 до 6%.

Миграция населения из одной страны в другую влечёт воздействие нового набора загрязнителей и аллергенов, сказываются изменения в условиях расселения, питания и доступности медицинского обслуживания.

Врачам нужно осознавать, что мигранты, особенно те, которые переезжают из развивающихся стран в более развитые страны, подвержены повышенному риску приобретения аллергических болезней и астмы и что это воздействие зависит от возраста и времени.

В связи с вышеизложенным уже сегодня существует настоятельная необходимость создания государственной программы профилактики и лечения аллергии, включающей:

- широкомасштабные эпидемиологические исследования (аналитическая эпидемиология);
- иммуногенетические исследования;
- разработка и усовершенствование аллергенспецифической иммунотерапии;
- создание новых высокоэффективных лекарственных средств;
- экологический мониторинг.

Требуется создать более интегрированный подход к диагностике и лечению АЗ, усилить внедрение образовательных программ среди медицинских работников различных специальностей, не ориентированных на аллергопатологию, внедрять профилактический подход к контролю АЗ, акцентируя важность непрерывных исследований, касающихся как причин заболевания, так и его лечения.

Сейчас уже совершенно очевидно, что аллергия является системным заболеванием, обусловленным нарушением функционирования иммунной системы, которое реализуется на различных (тканевом и органном) уровнях, влияет на течение и прогноз любых соматических заболеваний человека, определяя уровень здоровья и качество жизни населения планеты.

Решение проблем механизмов формирования нарушений иммунного ответа при аллергии и разработка механизмов управления этими процессами позволят снизить заболеваемость не только аллергическими болезнями, но и другими иммунозависимыми заболеваниями (аутоиммунные, системные болезни соединительной ткани, онкологические и др.).

Наталья ИЛЬИНА.

Людмила ЛУСС.

Евгения НАЗАРОВА.

ГНЦ Институт иммунологии
ФМБА России, Москва.

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

В Омской областной клинической офтальмологической больнице им. В.П.Выходцева прошла межрегиональная научно-практическая конференция «Современные технологии лечения патологии глазного дна». В ней приняли участие более 150 офтальмологов, занимающихся витреоретинальной хирургией, а если проще — оперативным лечением сетчатки глаза и стекловидного тела. Это настолько важный и значимый раздел офтальмологии, что на конференцию в Омске приехали специалисты по глазным болезням из многих регионов России, а не только входящих в Сибирский федеральный округ.

Для проведения столь масштабного мероприятия омская клиника была выбрана неслучайно. Она считается одной из лучших среди лечебно-профилактических учреждений страны, специализирующихся в офтальмологии. Здесь возвращают зрение людям опытнейшие врачи, и оборудование, которым оснащена клиника, самое современное. Это, например, витреоретинальная система, позволяющая оперировать как на переднем, так и на заднем отделах глаза; лазер-фотокоагулятор, применяемый для коагуляции сетчатки или тканей с помощью эндоокулярного лазерного зонда. А без таких технических новинок на конференции просто нельзя было обойтись, поскольку на ней не ограничились обсуждением проблемных вопросов в оф-

Современные технологии

«Живая хирургия» — На глазах

Все показательные операции прошли успешно



«Живая хирургия» в рамках межрегиональной конференции офтальмологов в Омске

тальмологии вроде неотложной помощи при острой сосудистой патологии глаза, комплексного

лечения больных с диагнозом «диабетическая ретинопатия» или при аллергических заболеваниях.

Значительное время, отведенное на конференцию, было отдано «живой хирургии» — показательным операциям, к которым уже были подготовлены пациенты Омской областной клинической офтальмологической больницы, нуждающиеся в высокопрофессиональной хирургической помощи, без которой они могли утратить зрение. И эта помощь им была оказана на самом высоком уровне, потому что операции провели известные не только в нашем отечестве хирурги-офтальмологи. Ход операций транслировался на большой экран в конференц-зале клиники, и надо было видеть, с каким вниманием наблюдали за работой коллег участники конференции, запоминая каждое их движение, каждое слово, потому что оперирующие хирурги комментировали все свои действия.

Такие мастер-классы дорогого стоят. А проведены они были, по мнению всех, блестяще. Да иначе и быть не могло, потому что опе-

рировали офтальмологи с именами: доктор медицинских наук, почётный член Американской офтальмологической ассоциации, профессор Георгий Столяренко, возглавляющий в Москве одноимённую офтальмологическую клинику (Георгий Евгеньевич первым в мире разработал метод удаления неоваскулярной субретинальной мембраны, да к тому же является разработчиком нового направления в хирургической офтальмологии — витреоретинальной хирургии); главный офтальмолог Минздрава Чувашской Республики и главный врач Республиканской клинической офтальмологической больницы кандидат медицинских наук Дмитрий Арсютов, использующий в «живой хирургии» технологии 3D-визуализации; ведущий врач-офтальмохирург Екатеринбургского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова Александр Гурьев.

Было проведено 6 показательных операций, и все они завершились успешно. Хотя были настолько сложными, что никогда прежде не проводились даже в по-современному оснащённой Омской областной клинической офтальмологической больнице. Так что на межрегиональной конференции обогатились бесценным опытом не только иногородние участники, но и её организаторы.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Деловые встречи

Участниками 7-й Всероссийской научно-практической конференции по гемофилии стали гематологи, ортопеды, специалисты в области лабораторной диагностики, руководители организаций Всероссийского общества гемофилии из 57 регионов РФ и представители 9 стран СНГ.

Открыл мероприятие главный гематолог Минздрава России, генеральный директор Гематологического научного центра, академик РАН Валерий Савченко. С докладами, обобщающими мировой опыт, выступили представители Всемирной федерации гемофилии. Так, президент федерации Ален Веил рассказал о её работе, а вице-президент по медицине профессор Марейка ван вен Берг осветила тему «Значение профилактической терапии».

Основная цель мероприятия — обсуждение современных методов комплексного лечения больных наследственными коагулопатиями и объективной реальности в отрасли отечественного здравоохранения в контексте указанной проблемы.

По данным Минздрава России, в 2014 г. в стране зафиксировано 8282 больных с гемофилией (из них 5801 — с гемофилией А). На самом деле, по мнению специалистов, таких людей много больше, но их диагностика сильно затруднена в связи с дорогостоящей методикой и недостаточной осведомлённостью признаков заболевания как среди населения, так и среди представителей официальной медицины.

На конференции отмечалось, что основным методом лечения больных гемофилией и профилактики инвалидизации является использование вирусобезопасных концентратов факторов свёртывания крови. Причём лечение должно начинаться с самого раннего возраста, когда

ещё можно предотвратить необратимые поражения суставов и, как следствие, инвалидизацию пациентов.

Практикой доказано: основной моделью является профилактическое лечение, когда сам пациент в домашних условиях вводит себе факторы свёртывания крови независимо от наличия у него в данный момент кровоизлияний. Постоянное подержание в крови достаточной для гемостаза активности дефицитного фактора позволяет перевести заболевание в более лёгкую форму и не допустить развития гемофилической артропатии.

Опыт зарубежных стран и некоторых регионов России, где уже в течение ряда лет проводится такое лечение, показывает, что это приводит к повышению качества и продолжительности жизни пациентов, делает возможной их полную социальную интеграцию.

Обеспечение пациентов с наследственными коагулопатиями концентратами факторов свёртывания крови в рамках федерального целевого финансирования высокотратных нозологий является правильным решением, так как только на федеральном уровне можно решить проблему дорогостоящего лечения редких заболеваний. Единая централизованная система закупки, доставки и выдачи лекарственных средств позволяет более эффективно контролировать весь процесс лечения. Мировой опыт подтверждает: только комплексный подход может повысить его эффективность.

Участники конференции с удовлетворением отметили недавнее расширение перечня лекарственных препаратов, предназначенных для больных гемофилией, муковисцидозом, гипопитарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и тканей.

Появление новых специализированных препаратов для лечения пациентов с гемофилией, болезнью Виллебранда и пациентов, страдающих ингибиторной формой гемофилии, позволяет более эффективно проводить необходимое лечение с учётом индивидуальных особенностей клинического проявления заболеваний.

В то же время становится более актуальным вопрос усиления контроля эффективности и безопасности лекарственных препаратов, применяемых при гемостатической терапии.

Так, специалистами в ходе обсуждения было отмечено, к примеру, что Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения не зафиксировано ни одного случая возникновения ингибиторной формы гемофилии, хотя в регистре Гематологического научного центра Минздрава России имеются данные на 200 таких пациентов...

Президент Всероссийского общества гемофилии, представляющий Россию во Всемирной федерации гемофилии, Юрий Жулёв выступил с докладом «Ос-

новные проблемы в организации медицинской помощи пациентам с наследственными коагулопатиями на федеральном и региональном уровнях».

Он обнаружил данные Центра гемофилии ГНЦ Минздрава России и кафедры клинической психологии МГУ им. М.В.Ломоносова: в 4 раза сократилось количество госпитализаций среди больных; им стали доступны физические нагрузки; в 3 раза увеличилось количество пациентов, занимающихся спортом; 85% больных постоянно работают.

По его мнению, такие положительные изменения качества жизни пациентов с гемофилией возможны только при «домашнем лечении», то есть при постоянной профилактике с учётом индивидуальной потребности в концентратах факторов свёртывания крови, возможной без посещения медицинских учреждений.

Большой интерес также вызвали доклады заместителя директора Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России Ольги Константиновой «Реализация лекарственного обеспечения высокотратных нозологий»; руководителя городского центра по лечению гемофилии поликлиники № 37 Санкт-Петербурга кандидата медицинских наук Татьяны Андреевой «Лекарственное обеспечение пациентов с гемофилией в России. Новые подходы к индивидуализированному лечению»; заведующей научно-консультативным отделом

коагулопатий Гематологического научного центра Минздрава России доктора медицинских наук Надежды Зозуля «Стратегия лекарственного обеспечения — баланс плазматических и рекомбинантных препаратов».

Участники Всероссийской научно-практической конференции по гемофилии хотели обратить внимание Правительства РФ, Минздрава России и органов здравоохранения субъектов РФ на необходимость осуществления мер по сохранению системы централизованного обеспечения пациентов с наследственными коагулопатиями концентратами факторов свёртывания крови, доказавшей свою эффективность и рациональность при использовании бюджетных средств.

Они были единодушны во мнении, что в целях раннего выявления наследственных коагулопатий, улучшения контроля качества проводимой гемостатической терапии и снижения риска проведения хирургических вмешательств следует оснастить региональные коагулопатические лаборатории необходимым набором диагностических средств, оборудования, выделить штатные единицы врачей-лаборантов.

Важным фактором также является обеспечение региональных лечебно-профилактических учреждений концентратами факторов свёртывания крови для оказания экстренной помощи больным наследственными коагулопатиями.

Жанна ДЫМОВА,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

Все мы — одной крови?

Острые вопросы не сходят с повестки дня гематологов

Среди многих проблем нашего здравоохранения проблема с кадрами давно и прочно занимает лидирующее место. Сможет ли её подвинуть «Комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 г.», который утвержден Дмитрием Медведевым 2,5 года назад?

Как этот процесс происходит в Московской области, рассказал корреспонденту «МГ» доктору медицинских наук Наиле САФИНОЙ заведующий кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья факультета усовершенствования врачей Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского, доктор медицинских наук, профессор Андрей ГУРОВ.

– Андрей Николаевич, в рамках недавно прошедшего в Москве форума Общероссийского народного фронта (ОНФ) обсуждалась система подготовки управленческих кадров в здравоохранении. В итоговых документах форума, как мы знаем, был представлен опыт возглавляемой вами кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья факультета усовершенствования врачей МОНКИ им. М.Ф.Владимирского. Что вы конкретно можете сказать о системе подготовки управленческих медицинских кадров для качественного здравоохранения Московской области?

– Эта система существовала и раньше. Но на сегодняшний день главному врачу в современной системе здравоохранения просто необходимы совершенно новые для него навыки и умения менеджера, экономиста. Несмотря на то, что менеджмент считается универсальной профессией, привлечь в сферу здравоохранения управленцев «со стороны» невозможно из-за специфики отрасли. Хотим мы этого или нет, но это уже неоспоримый факт, что успех того или иного медицинского учреждения определяется в большей степени качеством менеджмента, чем всеми прочими факторами. В связи с этим возникает дефицит грамотных руководителей. Наверное, самый тревожный и самый коварный дефицит необходимо всеми силами устранить. Ибо реализация его программ модернизации здравоохранения Российской Федерации и эффективное освоение ресурсов, направляемых на эти цели государством, невозможны без формирования современных управленческих, то есть менеджерских способностей у руководителей системы здравоохранения. Вот и Вероника Игоревна Скворцова считает, что в настоящее время отмечается острая нехватка квалифицированных управленцев. В связи с этим подготовка таких специалистов становится ключевым фактором успеха программ модернизации. Безусловно, учреждениями системы здравоохранения руководят профессионалы, специалисты в своей профессиональной области, но, как правило, они не получили должной профессиональной подготовки в сфере управленческой деятельности. Между тем для

Наши интервью

Самый коварный дефицит

С подготовкой квалифицированных управленцев напрямую связывают успех программ модернизации здравоохранения в Подмосковье



успешной реализации модернизационных реформ необходимо, наряду с практическим опытом, уметь использовать современные технологии управления и эффективные экономические модели.

– И каково же решение проблемы?

– Конечно, построение системы непрерывного образования руководителей здравоохранения требует времени, а задача модернизации здравоохранения диктует необходимость владения современным менеджментом уже сегодня, соответственно и подготовка действующих управленцев должна пройти в кратчайшие сроки. Достижению данной цели отлично послужила государственная программа «Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения и образования в 2011-2014 гг.» Могу с гордостью сказать, что приказом

министра здравоохранения РФ и протоколом заседания Координационного совета по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России от 2013 г. наш Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского определен в качестве пилотного для отработки модели основных принципов непрерывного меди-

цинского образования по организации здравоохранения и общественному здоровью. Реализация модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для организаторов здравоохранения с участием Общества организаторов здравоохранения, председателем которого является академик РАН Владимир Иванович Стародубов, направлена на обеспечение качества оказания медицинской помощи путём повышения уровня квалификации руководителей органов управления здравоохранением и медицинских организаций Московской области. А координационно-методическое

сопровождение результатов реализации этой модели осуществляется Всероссийским учебно-научно-методическим центром по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию Минздрава России при поддержке Координационного совета по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

– МОНКИ – единственный в стране многопрофильный научно-исследовательский клинический институт, который имеет свой факультет усовершенствования врачей. Но ФУВ МОНКИ, насколько я знаю, – это не просто факультет, а институт в институте?

– Да, в МОНКИ имеется свой факультет усовершенствования врачей с 30 кафедрами и курсами, среди которых есть и кафедра организации здравоохранения

и общественного здоровья. На факультете ежегодно обучаются и повышают свою квалификацию до 5 тыс. врачей. Обучение же на нашей кафедре осуществляется в группах профессиональной переподготовки, сертификационного и тематического усовершенствования по типовым программам, которые согласуются с теми, которые используются на соответствующих кафедрах для аналогичных

Под инновационными технологиями в обучении менеджменту организаторов здравоохранения понимается внедрение новых форм, способов и умений в сфере обучения, образования и науки, которые пока ещё не получили массового, то есть серийного распространения.

В процессе обучения в качестве инновационных технологий на нашей кафедре используем

дистанционное обучение по отдельным разделам программ за счёт внедрения телемедицины и электронных учебных материалов по основным модулям учебных программ, информационных программных комплексов, используемых на практических занятиях по темам ролевых (деловых) игр, и применение симуляторов для организаторов здравоохранения, обучающихся на кафедре.

Хотя, конечно же, дистанционное обучение для отдельных групп слушателей использовалось и ранее как дополнение к традиционным формам обучения для разбора деловых игр, консультаций слушателей по темам и проведения семинарских занятий. Кстати, в МОНКИ на базе медицинского информационно-аналитического центра имеется свой телемедицинский центр, который позволяет связаться с 12 медицинскими округами Московской области, объединяющими все областные муниципальные образования с собственными телемедицинскими кабинетами.

Для участия в проекте непрерывного медицинского образования для подготовки врачей по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» нами была подготовлена программа «Инновационный менеджмент в здравоохранении».

Под инновационным менеджментом в здравоохранении понимается внедрение современных научных принципов управления здравоохранением по целенаправленному преобразованию организационных структур здравоохранения на основе экономического, правового, психологического, информационно-аналитического механизма деятельности сотрудников и органов управления здравоохранением, направленного на повышение эффективности использования ресурсов медицинских организаций и наибольшего удовлетворения потребности населения в качественной медицинской помощи.

Симуляторами для организаторов здравоохранения, обучающихся на кафедре, являются компьютерные классы с программными продуктами, моделирующими работу слушателя в соответствии с ролью в деловой игре в должности руководителя органа управления муниципальным здравоохранением, работу в структурных подразделениях МОНКИ, являющихся типовыми имитационными моделями крупной областной медицинской организации, в научно-организационном отделе МОНКИ, в приёмной Министерства здравоохранения Московской области, или же в медицинском информационно-аналитическом центре МОНКИ.

Москва.

Фото
Юрия ЛУНЬКОВА.

Конкурсы

Этим летом состоялся только третий выпуск будущих врачей Тамбовского медицинского института, но в медицинском сообществе области здешнее специализированное образование всё более укореняется и становится признанным. Не случайно студенты-медики других регионов охотно приезжают в Тамбов, чтобы принять участие в том или ином профессиональном конкурсе. Успешно прошёл здесь и недавний межвузовский конкурс среди интернов и ординаторов на призы губернатора области.

В творческом соревновании активно участвовали как хозяева, так и гости из Москвы и Воронежа. Они соревновались по 7 специальностям. И ещё один фактор объединял их – каждому в скором

Врачи с «тамбовской выправкой»

Творческие состязания помогают им состояться в будущей профессии

времени предстоит вступить в более серьёзное «соревнование», связанное с практической работой.

Об этом напомнил без пяти минут врачам в своём приветствии руководитель территориального органа Росздравнадзора Андрей Чернышёв. Андрей Валентинович имел в виду, что доктор в своей практической работе ведёт состязание со временем, болезнью, а то и с самой смертью. При этом человек в белом халате обязан проявлять свои лучшие профессиональные познания, которые

вырабатываются в студенческие годы.

– Большие усилия и средства направляет государство для модернизации российской медицины, – отметил, обращаясь к присутствующим, ректор Тамбовского государственного университета им. Г.Р.Державина Владислав Юрьев. – Но недостаточно только насытить медицину современной техникой. Главным по-прежнему остаётся врач, его профессиональные и человеческие качества. Перед Россией стоит задача создать здоровое общество, и решать эту задачу

во многом придётся именно тем, кто сегодня делает первые шаги в профессии.

Знания и умения молодой медицинской поросли во время конкурса оценивали главные врачи и заведующие отделениями городских и районных больниц. По числу номинаций соревнований они выявили 7 победителей. При этом отличились интерны-державинцы: Мария Ведищева, Анастасия Девичинская, Лия Арутюнян, Лилия Мирзоян и Илья Форостянк. Они были удостоены дипломов I степени за победу по специальностям «акушерство»,

«неврология», «психиатрия» и «хирургия, травматология и ортопедия». Среди офтальмологов первым оказался ординатор Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н.Бурденко Николай Карповец. Лучшие знания и практические навыки в рентгенологии показал интерн Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Николай Сидоренко.

Валерий ЧИСТЯКОВ,
внешт. корр. «МГ».

Тамбов.

В ходе очередного этапа международной операции «Пангея» правоохранительными органами во всём мире было задержано свыше 50 тыс. почтовых отправок, содержащих фальсифицированные и контрафактные лекарственные средства, конфисковано около 20 млн единиц поддельных лекарств на сумму свыше 70 млн долл. Установлено более 80 тыс. центров, занятых незаконной деятельностью, закрыто 2700 интернет-сайтов. Об этом сообщила заместитель начальника 3-го отдела Национального центрального бюро Интерпола МВД России Татьяна Шишова, выступая на 17-й Всероссийской конференции «Фарммедобращение 2015».

Интерпол предупреждает

Операция «Пангея» проводится с 2007 г. под эгидой Генерального секретариата Интерпола. Она направлена на борьбу с распространением фальсифицированных и контрафактных лекарственных препаратов и медицинских изделий с использованием сети Интернет. Российское бюро Интерпола принимает участие в данной операции с 2009 г., а с 2012 г. к участию в ней привлечён и Росздравнадзор.

Основными целями операции являются: выявление интернет-сайтов, содержащих предложения о продаже фальсифицированных ЛП, установление их производителей и распространителей, изъятие поддельных ЛП из оборота, сбор оперативной информации о лицах, причастных к данной преступной деятельности. Важным аспектом операции является её социальная направленность. Ведь противодействие распространению фальсификатов напрямую связано с обеспечением здоровья и безопасности людей.

– В ходе операции ставится задача лишить нелегальные интернет-аптеки возможности незаконно использовать основные элементы логистики: почтовую и финансовую системы, Интернет, – пояснила Т.Шишова. – Для этого осуществляется блокировка интернет-сайтов и электронных платёжных систем, перехват нелегальных товаров на национальных почтовых центрах и порталах.

В операции «Пангея-7», которая проводилась с мая по июнь этого года, приняли участие 115 государств и 236 правоохранительных агентств, таможенных и регулирующих органов в области здравоохранения.

В нашей стране подразделениями по борьбе с экономическими преступлениями осуществлено более 7 тыс. проверок оптовых складов по реализации ЛП, аптек и аптечных пунктов, выявлено 448 правонарушений. Из оборота изъято 268 тыс. единиц лекарственных средств на сумму свыше 9 млн руб., а также 40 тыс. единиц фальсифицированных и недоброкачественных средств индивидуальной контрацепции.

Проблемы и решения

Средство от подделок

Россия и другие страны мира ужесточают меры, предотвращающие попадание на рынок фальшивых лекарств



В общей сложности проверена деятельность более 4 тыс. сайтов, реализующих лекарственные препараты и медицинские изделия в сети Интернет.

Особое внимание в ходе операции, как отметила Т.Шишова, было уделено бесконтрольной продаже через Интернет чудодейственных медицинских приборов и БАДов по цене, значительно превышающей реальную. Приборы, якобы помогающие справиться с различными урологическими заболеваниями, реальной стоимостью около 1,5 тыс. руб. продавались за 30 тыс. и выше. И это лишь один из примеров.

На базе передвижных лабораторий, предоставленных Росздравнадзором, проведён скрининг качества в отношении 294 образцов лекарственных средств, выявлено 20 партий фармпрепаратов, вызывающих сомнения в подлинности. Так, в Пермской области выявлен препарат альбумин, документы по качеству которого не подтверждены органом сертификации.

Согласно отчёту, составленному по итогам международной операции «Пангея», аналитики Генерального секретариата Интерпола выделили основные категории лекарственных препаратов, которые изымались в ходе оперативных мероприятий. Прежде всего, это лекарственные средства для лечения эректильной дисфункции (21% от общего числа), а также анаболические стероиды, средства для похудения, обезболивающие средства, противоопухолевые, седативные, антигистаминные, противогрибковые ЛП. Среди подделок медицинских изделий – контактные линзы, презервативы и стоматологический инструментарий.

Задача номер один

В 2011 г. в Москве была подписана конвенция «Медикрим», направленная на противодействие фальсификации медицинской продукции. Конвенция стала первым правовым соглашением в области уголовного права, затрагивающим фальсификацию медицинской продукции и сходные преступления, угрожающие здоровью населения. Этим документом предусматривается уголовная ответственность за производство, фальсификацию документов, сбыт, рекламу и незаконную транспортировку фальсифицированных средств медицинского применения. Кроме того, конвенция устанавливает рамки национального и международного сотрудничества между органами здравоохранения, полицией и таможами как внутри стран, так и на международном уровне.

– Ратификация данной конвенции была и остаётся для Российской Федерации приоритетной задачей, и в ближайшее время мы планируем завершить все подготовительные процедуры, – отметил начальник отдела нормативно-правового регулирования вопросов лекарственного обеспечения и контроля качества лекарственных средств Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России Андрей Гайдеров.

В рамках подготовки к ратификации конвенции уже приняты и ещё готовятся законодательные инициативы. Кодекс РФ об административных правонарушениях (КоАП) получил новую статью, которая касается оборота фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных

и незарегистрированных лекарственных средств и медизделий. Соответствующие изменения внесены 532-м федеральным законом и в Уголовный кодекс. Как подчеркнул А.Гайдеров, все меры уголовного наказания соответствуют аналогичным санкциям в тех странах, которые уже ввели ответственность за криминальное обращение фальсифицированной медицинской и фармацевтической продукции.

Кроме того, внесены изменения в Федеральный закон № 294-ФЗ, регламентирующие порядок проведения контрольных мероприятий. Одна из законодательных новелл – при проведении внезапных проверок теперь не требуется получения специального разрешения. В отсутствие такого предупреждения правоохранительные организации и Росздравнадзор могут достаточно эффективно эту продукцию выявлять.

Новое законодательство уже «работает». В последние месяцы возбуждён ряд уголовных дел по фактам обращения фальсифицированных лекарственных средств, ведутся следственные мероприятия. По словам А.Гайдера, соответствующий пакет документов, необходимых для ратификации конвенции, был подготовлен весной этого года. Он был согласован с заинтересованными министерствами и ведомствами. В Госдуме РФ прошли парламентские слушания, посвящённые борьбе с фальсифицированными лекарственными средствами. Но был получен и ряд замечаний и предложений от Администрации Президента РФ, Генпрокуратуры РФ, которые необходимо учесть в процессе дальнейшей проработки документа.

Конвенцию «Медикрим» подписали более 20 государств. В сентябре 2015 г. её ратифицировала пятая страна – Гвинея. Это означает, что документ обрёл официальный статус (конвенция вступает в силу после её ратификации 5 странами, 3 из которых являются членами Совета Европы). Таким образом, с 1 января 2016 г. в тех странах, которые ратифицировали конвенцию, она приобретает статус закона.

«Детектор лжи» для фальшивки

Ещё один «рецепт» борьбы с фальсификаторами – создание системы индивидуальной маркировки и её мониторинга, концепцию которой подготовил

Росздравнадзор. Производители будут обязаны сообщать в ведомство о каждой партии произведённой продукции, а коды упаковок – вводить в специальную базу данных. По словам руководителя Росздравнадзора Михаила Мурашко, эта мера позволит чётко отслеживать легальную цепь поставок от начала до конца. В некоторых странах уже реализована система слежения за ЛП. Ряд стран находится в процессе реализации таких систем. В России на сегодняшний день процесс обсуждения частично завершён, идёт разработка нормативно-правовых документов, которые позволят приступить к этапу реализации проекта.

Возможны две схемы осуществления мониторинга оборота ЛС. Первая включает всю цепочку движения ЛП: от производителя через дистрибьюторов до аптеки, которая реализует препарат непосредственно пациенту. Вторая, более короткая, исключает дистрибьюторскую сеть. В нашей стране сегодня прорабатываются оба пути реализации мониторинга ЛП. Они имеют некоторые отличия, которые необходимо учитывать на этапе внедрения той или иной схемы, подчеркнул М.Мурашко.

Проект создания системы индивидуальной маркировки и мониторинга движения лекарственных препаратов в нашей стране уже имеет «дорожную карту». Создана рабочая группа при Минздраве России. Прошел этап обсуждения изменения в законодательство. Сегодня в органах исполнительной власти идёт согласование правовых вопросов реализации этого проекта. В частности, обсуждается порядок нанесения индивидуальных кодов – будет ли наделять ими производителей держатель информационного ресурса или они получат право самостоятельно генерировать уникальный серийный код. Некоторые отечественные и зарубежные компании уже работают над пилотными проектами по маркировке лекарств.

Планируется, что система индивидуальной маркировки ЛП будет вводиться поэтапно, с 1 января 2017 г. Первыми промаркируют лекарственные средства для лечения 7 высокозатратных нозологий. В 2018 г. должны быть промаркированы все препараты, входящие в Перечень ЖНВЛП, а в 2019 г. – все остальные лекарственные средства.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Изъять!

За первое полугодие 2015 г. Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения были изъяты следующие фальсифицированные лекарственные препараты:

– калия перманганат, порошок для приготовления раствора для местного и наружного применения 3 г, пробирки стеклянные, серий 100414, 240513, 310613, на упаковках которого указан производитель ОАО «Татхимфармпрепараты», Россия;

– омег, капсулы 20 мг 10 шт., упаков-

ки безъячейковые контурные (3), пачки картонные, серии В 303370, на упаковках которого указан производитель «Доктор Редди'с Лабораторис Лтд.», Индия;

– вальцит, таблетки, покрытые плёночной оболочкой, 450 мг 60 шт., флаконы полиэтиленовые (1), пачки картонные, серии N109B01, на упаковках которого указан производитель «Доктор Редди'с Лабораторис Лтд.», Индия;

– кларитин, таблетки 10 мг 7 шт., упаковки ячейковые контурные (1), пачки картонные, серии 2RXFA31006, на упаковках кото-

рого указан производитель «Шеринг-Плау Лабо Н.В.-Хейст-оп-ден-Берг», Бельгия;

– кларитин, таблетки 10 мг 10 шт., упаковки ячейковые контурные (1), пачки картонные, серии 2RXFA25006, на упаковках которого указан производитель «Шеринг-Плау Лабо Н.В.-Хейст-оп-ден-Берг», Бельгия;

– энтеродез, порошок для приготовления раствора для приёма внутрь 5 г, пакетики из комбинированного материала, серии 140913, на упаковках которого указан производитель ОАО «Мосхимфармпрепараты» им. Н.А.Семашко, Россия.

Территориальным органам Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации провести мероприятия по контролю за изъятием и уничтожением фальсифицированных лекарственных препаратов.

Росздравнадзор предлагает субъектам обращения лекарственных средств и медицинским организациям провести проверку наличия указанных серий лекарственных средств, о результатах которой проинформировать территориальный орган Росздравнадзора.

Открытия, находки

Успешная починка

Нобелевскую премию по медицине 2015 г. прочли Дженнифер Дудна (Jennifer Doudna), работающей в Калифорнийском университете в Беркли (пригороде Сан-Франциско). Она первая довела «до ума» бактериальное ДНК-редактирование, которое можно использовать и у человека.

Её сообщение в прессе называется «Динамика геномного «допроса» (interrogation) живых клеток» и описывает молекулярный гибрид белкового фермента Cas с РНК, эффективно выявляющий гены-мишени. В последние год-два его «приспособили» к редактированию генома клеточного ядра (микробы ядра не имеют). Фермент из клеток *S. pyogenes* при помощи направляющей – guide – молекулы РНК находит соответствующий «адрес» в виде фрагмента ДНК длиной 20 букв ген-кода, после чего разрезает ДНК и способствует её деградации. Так бактерии защищаются от чужеродных ДНК, учёные же приспособили гибрид для «редактирования» генома клеток, позволяющего нацеленно атаковать «больные» гены и менять их на здоровые.

Дудна и её коллеги были поражены скоростью сканирования генома, осуществляемого Cas с помощью РНК, сравнив его с обновлением тех же собак. Учёные определили время контактирования фермента с ДНК, составляющее не более секунды, что позволяет нескольким тысячам гибридных комплексов «обнухать» 300 млн сайтов ядерного генома за какие-то минуты. Эффективность ра-

боты Cas описана и в Nature, где авторы статьи сравнивают работу двух частей молекулы фермента с ножницами, разрезающими цепи ДНК (динамику процесса регистрировали на видео благодаря флюоресцентному свечению Cas). Интересно, что и меньший по размерам фермент *S. aureus* также успешно справляется с задачей, что подразумевает эволюционно консервативный механизм, «зарезервированный» в ходе эволюции. Обе работы важны для понимания механизма возникновения ошибок при определении генных адресов, мешающих более широкому использованию гибридов, и повышения точности их применения.

Голубое свечение «исправленных» нейронов ознаменовало успех применения ген-терапии у «модельных» собак (золотых ретвейлеров) с нейродегенеративным состоянием, приводящим к слепоте, задержке умственного развития и заиканию у детей. Оно развивается вследствие дефицита одного из ферментов, отвечающего за расщепление «старых» протеинов, накапливающихся в нервных клетках и убивающих последние. В Университете штата Миссури (г. Колумбия) собакам с помощью вируса перенесли нормальную копию гена, что резко снизило реактивность клеток белого вещества и накопление липофусцина, указывающего на аномальное накопление нерасщеплённых жиров. А в Гарварде осуществили модификацию нервных клеток второго слоя коры, что привело к увеличению количества связей-синапсов, характерного для

нейронов глубоких слоёв, в частности пятого.

В Детском госпитале Филадельфии врачи обратили внимание на ген Jagged, мутация которого отмечается у жертв миодистрофии Дюшенна. Название гена происходит от jag – зуб, потому что его мутация приводит к отсутствию резцов у мышат вследствие нарушения сигналов определения клеточной судьбы в ходе внутриутробного развития. Ген Jag «сидит» в коротком плече 20-й хромосомы (20p12), кодируя огромный протеин длиной 1218 аминокислот (его величина говорит о важности функции этого белка). На обложке научного журнала помещено фото голубых нейронов гиппокампа собаки, лежащего на основании височной доли мозга. Свечение протеина в них отражает восстановление функции поражённых нервных клеток собаки после введения во внутренние полости мозга (желудочки) вирусных частиц, несущих нормальный ген фермента, о чём говорилось выше. Хочется выразить надежду, что положительные результаты, полученные на собачьей модели миодистрофии человека, довольно быстро дойдут до неврологических клиник (миодистрофия Дюшенна случается у каждого из 3,5 тыс. мальчиков, то есть в стране с 70-миллионным населением детей с предрасположенностью к болезни около 2 тыс.).

Игорь ЛАЛАЯНИЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам Science.

Взгляд

Уэльс стал первым регионом Великобритании, где введена так называемая презумпция согласия в отношении донорства органов: с 1 декабря нынешнего года все совершеннолетние жители Уэльса считаются потенциальными посмертными донорами органов в случае, если они не оформили соответствующий письменный отказ. Такая система направлена на увеличение числа потенциальных доноров органов в стране.

В целях роста донорства

Ожидается, что число доноров благодаря презумпции согласия вырастет на 25%. Министр здравоохранения Уэльса Марк Дрэйкфорд охарактеризовал систему как «новаторский шаг, который поможет спасти жизни людей». Своё согласие на использование органов дали 34% населения, запрет официально оставили 3%.

Ранее в Уэльсе действовала так называемая презумпция несогласия – при этой системе жители страны, желающие стать посмертными донорами органов и тканей, должны при жизни написать соответствующее заявление.

Новые правила будут распространяться на людей старше 18 лет, живущих в Уэльсе более 12 месяцев или погибших в регионе. Человек будет считаться потенциальным донором как в случае, если он дал официальное согласие на это, так и в случае, если не оставил никакого волеизъявления. Но если члены семьи знали, что погибший родственник не был согласен на донорство органов, у них будет право сообщить об этом врачам, и в таком случае изъятие выполнено не будет. По оценкам властей Уэльса, две трети местных

жителей осведомлены о новых правилах.

На других территориях Великобритании всё ещё действует презумпция несогласия в отношении донорства органов. При этом министры здравоохранения Шотландии и Северной Ирландии, скорее всего, будут внимательно следить за действиями Уэльса.

«В NHS Blood and Transplant считают, что нам необходима революция в отношении презумпции согласия. Наш закон повлечёт за собой глубокие культурные изменения», – отметил Марк Дрэйкфорд, подчеркнув, что нововведение сохраняет правовой баланс – у граждан остаётся возможность отказаться от посмертного донорства органов.

Новая политика в отношении донорства органов в Уэльсе получила всестороннюю поддержку со стороны Церкви, сообщил епископ Суонси и Брекона Ред Джон Дэвис, добавив при этом, что с религиозной точки зрения корректнее характеризовать такие действия как «дар».

Борис БЕРКУТ.
По сообщению ВВС.

Мифы и факты

Занятную рекламную кампанию The Great Cross-Out («Великое расскрещивание») запустили в США в 1999 г. Компания-производитель пищевых добавок призвала людей отказаться от позы «нога на ногу» и таким образом сохранить своё здоровье. Список предполагаемых последствий, которыми якобы может обернуться сидение в позе «нога на ногу», включает повышенное артериальное давление, варикозное расширение вен нижних конечностей и повреждение нерва.

Исследования говорят, что...

Скрещенные ноги могут исказить результат измерений, временно повысив уровень давления. Это происходит из-за того, что при скрещенных ногах усиливается давление на перонеальный нерв под коленом (именно он отвечает за чувствительность в нижней части ноги и в стопе). Поэтому, когда вам измеряют давление, врач или медсестра просят вас положить руку на стол и сесть, поставив обе стопы на пол.

Сохранение одной и той же позы в течение многих часов может вызвать паралич малоберцового нерва. Он проявляется в «свисании стопы», при котором люди не могут поднять тыльную сторону стопы.

Однако в южнокорейском исследовании среди основных причин появления этого вида паралича сидение на стуле в позе «нога на ногу» не упоминается. Зато упоминается многочасовое сидение со скрещенными ногами на полу. В действительности долговременное онемение – всё

Вредно ли сидеть, скрестив ноги?

же маловероятное последствие скрещивания ног, поскольку мы склонны менять позу, как только нам становится неудобно.

К 2010 г. целых 7 исследований показали, что закидывание одной ноги на другую приводит к повышению давления; впрочем, в других исследованиях говорится, что разницы на самом деле нет.

А что скажет тонометр?

Более крупное исследование проводилось в клинике лечения гипертонии в Стамбуле. Там учёные несколько раз измеряли давление – со скрещенными ногами и с ногами в нормальном положении. И опять артериальное давление было выше в тех случаях, когда испытуемые закидывали ногу на ногу, однако уже через 3 минуты после смены положения давление возвращалось к нормальным показателям. Самое большое изменение давления отметили у людей, которые и раньше наблюдались в связи с гипертонией.

Существуют две возможные причины, по которым скрещивание ног может приводить к временному повышению артериального давления. По одной из них кровь приливает к груди в тот момент, когда вы поднимаете одну ногу, чтобы закинуть её на другую. В итоге сердцу приходится прокачивать больший объём крови, и давление повышается.

Согласно альтернативной версии, давление повышается из-за того, что изометрические упражнения на ноги (так называются

физические упражнения, при которых не двигаются суставы) усиливают сопротивление кровотоку в сосудах. Это объясняет, почему перекрещивание ног в области щиколоток не приводит к повышению давления.

Чтобы разобраться в том, какие из этих объяснений наиболее вероятны, учёные города Неймеген в Нидерландах провели исследование, включавшее несколько физиологических измерений. Выяснилось, что сопротивление кровотоку в сосудах у людей со скрещенными ногами не усиливалось при низком пульсе, однако увеличивалось само количество крови, вытекавшей из сердца. Таким образом, повышение давления происходило из-за того, что скрещенные ноги выталкивали кровь к сердцу. Так что скрещивание ног действительно приводит к временному повышению артериального давления, однако доказательств долгосрочных изменений нет.

Помни о тромбах

Но существует одно исключение. Людям с высоким риском образования тромбов советуют не сидеть, скрестив ноги подолгу, так как препятствование нормальному кровотоку может повысить риск появления тромбоза глубоких вен.

Причины, по которым у одних людей бывает варикоз, а у других нет, до сих пор остаются некоторой загадкой. Для того, чтобы кровь не текла в обратном направлении, в кровеносных со-

судах есть крошечные клапаны. Если эти клапаны растягиваются и слабеют, возникает отток крови, который приводит к увеличению вен – варикозному расширению. До сих пор не доказано, что скрещивание ног – решающий фактор для появления варикоза. Будут у вас с годами увеличиваться вены или нет, зависит от генетической предрасположенности (во всяком случае, до некоторой степени).

Итак, состояние вен, артериального давления и нервов от сидения «нога на ногу» в долгосрочной перспективе не ухудшается.

...и о суставах

Одно из исследований показало, что люди, которые сидели в позе «нога на ногу» больше 3 часов в день, чаще сутулились. Однако в этом исследовании людей просили самостоятельно оценить, как долго они сидят со скрещенными ногами. Более новое исследование, опубликованное в этом году, показало, что проблемы с осанкой исчезают, когда людей просят сидеть с ровной спиной, пусть и со скрещенными ногами. Конечно, это ещё большой вопрос, сохраните ли вы правильную осанку, когда над вами не будет стоять учёный. Кстати, число людей, сказавших, что они держат правую ногу поверх левой, оказалось в 2 раза больше, чем тех, кто закидывает левую поверх правой.

В сутулости нет ничего привлекательного, но если вам нравится сидеть нога на ногу, вас может

заинтересовать любопытное исследование Университетского медицинского центра Роттердама. Учёные центра выяснили, что от такой позы даже есть польза. В исследовании принимали участие молодые мужчины и женщины; они сидели, поставив ноги прямо, скрестив их в коленях или в щиколотках, а также как в коленях, так и в щиколотках. Затем учёные воспроизводили особенности принятых поз на забальзамированных фрагментах человеческого тела. Это позволило понять, как именно изменяются мышцы при перекрещивании ног.

Выяснилось, что скрещивание ног в коленях удлиняло грушевидную мышцу, расположенную за тазобедренным суставом, на 11% по сравнению с ногами, поставленными ровно, и на 21% по сравнению с ногами в положении стоя (интересно, что напряжение было немного меньше, если ноги скрещивались дважды – и в коленях, и в щиколотках).

Авторы исследования считают, что это усиливает стабильность тазового сустава – так же, как напряжение мышц пресса.

В общем, если вам нравится скрещивать ноги подобно Кенни Эверетту, вреда своему здоровью вы не нанесёте (конечно, если не будете находиться в одной и той же позе до тех пор, пока у вас не затекут ноги).

И то бы ни сидел рядом с вами в автобусе или в поезде, он будет благодарен вам за то, что вы занимаете меньше места, чем любители сесть в раскорячку.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

В наши дни остаётся всё меньше времени, чтобы нормально поесть. Словосочетание «обеденный перерыв» теперь не услышишь даже во Франции, где традиционный обед из трёх блюд заменили сэндвичи и фаст-фуд. Но правда ли то, что есть на бегу – верный способ заработать несварение желудка?

Хоть стой, хоть сиди

Когда вы торопитесь и хватаете что-то пожевать, логично было бы подумать, что нужно где-то сесть и съесть это, даже если речь идёт о кресле в автобусе, в котором вы едете на следующую встречу. Говорят, что в противном случае вас неминуемо ждёт расстройство желудка.

Однако, если вы рассмотрите причины возникновения функциональной диспепсии, еда стоя даже не упоминается в списке обязательных условий для возникновения недуга.

Когда исключены наиболее вероятные причины, такие как язва желудка и гастрит, курс лечения диспепсии может предусматривать, в числе прочего, изменение образа жизни, но это будет означать здоровую диету, отказ от курения, ограничение потребления спиртного и кофе. Это не значит, что вы обязательно должны сидеть во время еды. Главный риск, связанный с едой стоя, заключается в соблазне проглотить всё как можно быстрее.

В действительности же врачи рекомендуют обратное, если болезненные ощущения вызваны гастроэзофагеальным рефлюксом, при котором кислый желудочный сок попадает в пищевод. Вот тут-то и приходится на помощь гравитация. Если вы будете стоять во время и после еды, то кислота останется в желудке, где ей, собственно, и место.

По той же причине большим с симптомами рефлюкса советуют приподымать изголовье кровати и спать на наклонной плоскости. Однако существует ещё одна проблема, связанная с едой стоя.

Мифы и факты

Эра сэндвичей

Еда на ходу и расстройство желудка



Когда мы стоим, мы всё делаем быстрее.

Этим обстоятельством было вызвано кратковременное помешательство «трендовых» компаний на столах барной высоты для совещаний на ногах, поскольку одно научное исследование установило, что сидячие совещания продолжаются на 34% дольше. Так что главный риск, связанный с едой стоя, заключается в соблазне проглотить всё как можно быстрее. Следовательно, к несварению желудка ведёт скорее торопливая еда, чем то положение, в котором вы находитесь, принимая пищу.

С секундомером и микроскопом

Существует совсем мало исследований, в которых сравниваются быстрые и медленные

едоки. Частично это, видимо, объясняется тем, что было бы нелегко произвольно включить людей в те или иные категории в зависимости от скорости приёма пищи и заставить их соблюдать этот темп всякий раз, когда они едят.

Проведённый в 2004 г. опрос о диетических предпочтениях группы пациентов с функциональной диспепсией включал вопросы о скорости приёма пищи. Исследователи выяснили, что темп, в котором респонденты, по их мнению, ели, не имел ни малейшего отношения к частоте возникновения симптомов несварения желудка.

Другое исследование, проведённое в 2010 г., установило то же самое, но в обоих случаях учёные полагались на нашу способность точно оценивать скорость поедания пищи и честно говорить

о ней. Проблему удалось решить специалистам из военно-санитарной академии Южной Кореи. Они хронометрировали время, которое требовалось группе курсантов на то, чтобы закончить приём пищи.

Жизнь по чёткому распорядку, при котором курсанты просыпаются, едят и занимаются в одно и то же время, делает их идеальным контингентом для наблюдений. Единственным отличием в их распорядке дня была та скорость, с которой они принимают пищу.

Но и в данном случае, если подробно ознакомиться с содержанием доклада, видно, что скорость еды, очевидно, оказывала незначительное влияние на возникновение симптомов несварения желудка.

Берегите жюри

Профессор Марк Ливайн, рентгенолог из больницы Университе-

та штата Пенсильвания, провёл рентгеноскопическое исследование желудка одного из чемпионов быстрой еды, проглотившего 36 хот-догов за 10 минут. Участник был готов продолжать свои экзерсисы и дальше, но жюри приняло решение, что 36 сосисок в булке достаточно для одного раза и прервало процесс ради его же, чемпиона, безопасности.

Никакого несварения с ним не случилось, но вот несчастный мужчина, который вызвался выступить в качестве контролёра, почувствовал себя плохо после 7 хот-догов и был вынужден остановиться.

Рентгеновские снимки показали, что быстроежежка сумел так натренировать свой желудок, что тот растягивался до необходимых пределов, и его обладатель не чувствовал себя объевшимся в процессе еды.

Теперь мы как раз подходим к тому, что может стать проблемой при быстрой еде. И это вовсе не несварение желудка, а нарушение работы нормального механизма пищеварения, что и вызывает ощущение переполненности желудка. В результате части изысканий выяснилось, что быстрая еда оставляет чувство голода и вынуждает нас есть ещё. Если вы не почувствуете никакого дискомфорта, значит, быстрая еда не причинила вам ни малейшего вреда.

Кстати

Рекорды быстрогожежк

А как обстоят дела с истинными мастерами быстрого питания, участниками соревнований по поеданию разных видов пищи на скорость?

Канадец из Торонто, известный как Яростный Пит, в миру Питер Червинский, быстрой едой зарабатывает себе на хлеб насущный. Он обладатель около десятка достижений, внесённых в Книгу рекордов Гиннесса. Недавно он проглотил 12-дюймовую (30,48 см) пиццу за 41,31 секунды.

Другой рекордсмен, на этот раз из Японии, Такеру Кобаяси, смог съесть 58 жареных сосисок-братвурстов за 10 минут.

Может показаться, что любого из этих рекордов хватило бы, чтобы заработать несварение желудка, однако не тут-то было.

Ситуация

Похороны Николая II, Александры Фёдоровны, великих княжон Ольги, Татьяны и Анастасии в Петропавловском соборе прошли в 1998 г. без участия высшего духовенства. У Русской православной церкви остаются вопросы по поводу подлинности останков членов семьи Николая II, заявил руководитель синодального информационного отдела церкви Владимир Легойда.

Долгие похороны

По его словам, РПЦ не считает возможным «подверстывать решение этого вопроса к какой-то дате» и готова потратить на него столько времени, сколько потребуется. «Это единственная временная рамка, которую мы можем вам назвать», – сказал Легойда журналистам, в числе которых был представитель агентства Reuters.

– Мы просто обязаны в этом вопросе исключить возможность какой-либо ошибки. Мы должны снять все вопросы, а вопросы сегодня остаются».

«В деле исследования мы прикоснулись лишь к вершине айсберга, наша задача – весь этот айсберг изучить. Это предполагает многократные генетические исследования, исследования объективные, процедурно и процессуально прозрачные от начала до конца», – продолжил он.

По словам Легойды, церковь заинтересована в установлении истины, «а не в появлении псевдосенсации». При этом следователь Владимир Соловьёв, расследующий дело об убийстве царской семьи, а также многие другие специалисты считают подлинность останков доказанной с научной точки зрения.

Дело о гибели царской семьи было возобновлено в сентябре 2015 г. Следственный комитет России провёл эксгумацию останков Николая II и его супруги Александры Фёдоровны, захороненных в Петропавловском соборе в Санкт-Петербурге. Целью было ещё раз подтвердить их подлинность, а позже – подлинность находящихся в Госархиве предполагаемых останков цесаревича Алексея и великой княжны Марии, найденных в Екатеринбурге в 2007 г.

Как заявил СКР, генетическая экспертиза подтвердила, что в соборе действительно захоронены последний российский император с супругой. В частности, были обнаружены редкие генетические мутации, подтверждающие подлинность останков. Теперь начнётся второй этап экспертизы – сравнение генетических материалов Николая II и его супруги с генетическим материалом цесаревича Алексея и великой княжны Марии.

Кроме того, ожидается эксгумация останков императора Александра III, чтобы окончательно подтвердить подлинность останков его сына, Николая II, а также внука и внучек, убитых большевиками в 1918 г.

Ракурс

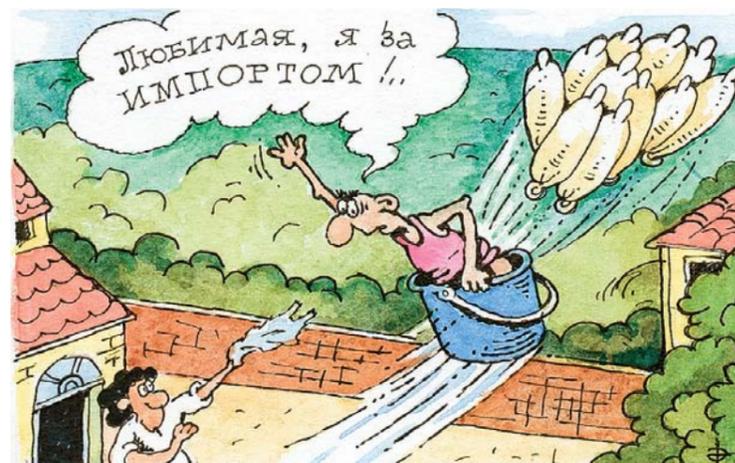
«Дефицит дисциплинирует»

Российские презервативы конкурент ли импортным?

На фоне предложения российских властей ограничить ввоз иностранных презервативов специалисты констатируют довольно резкий рост цен на них.

Как известно, не так давно Минпромторг России предложил расширить список иностранных медицинских изделий, которых касаются ограничения при госзакупках, добавив в него, в частности, и презервативы. Затем бывший глава Роспотребнадзора, заслуженный врач РФ Геннадий Онищенко, сейчас работающий помощником премьера Дмитрия Медведева, заявил, что это предложение не угрожает здоровью населения России, а в случае с презервативами даже «поможет решить демографические проблемы в стране и дисциплинирует россиян».

Что касается конкурентоспособности презервативов российского производства, мнение специалистов вполне однозначно. Соответствующие евростандарты презервативы гарантируют определённый размер пор, определённую прочность изделия. Только в России ещё заявляют, что «презерватив порвался». В принципе, они вообще не должны рваться, а должны защищать от



ВИЧ-инфекции, иначе не могут ничего гарантировать. У них специальный лубрикант, который тоже делает эти поры менее пропускными и т.д. Там целый комплекс соответствия, очень строго прописанный. Поэтому это довольно жёсткие требования, чего не всегда скажешь про отечественную продукцию.

Есть ли «изделию номер 1»

какая-то альтернатива? Почти все другие средства требуют регулярного употребления и мольды чаще всего не подходят. Поэтому презерватив, конечно, в этой ситуации – действительно «номер 1». Не говоря уже о том, что ни один контрацептив, кроме презерватива, не защищает от инфекций, передающихся половым путём.

Подготовил Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам BBC Medicine, Vademecum, Reuters.

То, что довелось прочесть за последние годы на страницах газет о некоторых великих согражданах, иногда не укладывается в рамки рационального, да и просто нормального. Высказывания людей, не являющихся специалистами в областях знаний, терминами из которых они манипулируют, с врачебной точки зрения часто выглядят просто нелепо. Взяться за перо меня вынудили не просто вымыслы, а оскорбления в адрес представителей нашей специальности, в силу давности событий не способных ответить. Доброе имя, которое мне хотелось бы защитить, – Александр Григорьевич Гиляревский. Его личное дело в архиве Санкт-Петербургского бюро судебно-медицинской экспертизы не сохранилось. Имеется часть копий судебно-медицинских актов, составленных А.Гиляревским в 1920-е годы, а в личных делах сотрудников – отдельные относящиеся к нему документы. Биографию (совместно с В.Назаровым) пришлось восстанавливать с помощью «Российских медицинских списков», справочников «Весь Петроград».

Безупречный авторитет

Александр Гиляревский родился в 1851 г., окончил Императорскую медико-хирургическую академию в 1879 г. Выпуск был «звёздным», включавшим профессора С.Лукьянова, директора Института экспериментальной медицины, академика И.Павлова, профессоров И.Кияницына, Д.Косоротова, Д.Отта и В.Штанге. Летом 1881 г. Александр Григорьевич стал врачом столичного врачебного управления (СВУ) при Управлении градоначальника и полиции. С 1885 г. мы видим его помощником частного врача, то есть Спасской части Санкт-Петербурга. В 1903-1904 гг. он частный врач Нарвской, в 1905-1917 гг. – Спасской части города. В 1904 г. был произведён в чин статского советника. Полицейские врачи должны были проживать на территории обслуживания. Это и определило петербургские адреса А.Гиляревского. Так, в 1917-1927 гг. он жил на набережной Фонтанки, д. 129. Александр поддерживал добрые отношения с однокурсниками, не считаясь с их политическими взглядами. В 1890 г. он стал учредителем С.-Петербургского врачебного общества взаимной помощи, объединявшего людей разного общественного положения. Дата его смерти и судьба семьи достоверно не установлены. Наиболее принятая версия – репрессирован в 1930-е годы.

Ко времени организации Судебно-медицинского подотдела Петроградского комиссариата здравоохранения Александр Григорьевич был старейшим по стажу работы в СВУ. В советское время он вплоть до 1930 г. являлся судебно-медицинским экспертом Спасского (затем Центрального) района. 29 декабря 1925 г., когда он проводил вскрытие тела Сергея Есенина, А.Гиляревский был самым опытным сотрудником судебно-медицинской службы. Продолжение работы на ответственной должности, несмотря на солидный возраст, отсутствие взысканий в официальных документах или негативных журналистских публикаций тех лет (а это были ещё годы достаточной гласности) свидетельствует о том, что он пользовался безупречным авторитетом.

Творчество в виде исследования

Сегодня, в преддверии печального юбилея, в средствах массовой информации вновь появились версии об обстоятельствах смерти С.Есенина. Нового в них нет: поэт, дескать, не покончил жизнь самоубийством, а был убит, остальное представляет собой вариацию на заданную тему. Упор делается на тенденциозно подобранные воспоминания современников, политическую обстановку середины 1920-х годов. Для наукообразия значение придаётся и документам: акту осмотра места происшествия,

борозда, характерная для затягивания петли тяжестью тела, то есть повешения. Сторонники версии убийства поэта считают, что если нет «мёртвой петли» вокруг шеи, человек не может умереть. Современные эксперты не используют такого определения, как «мёртвая петля»: петли из гибкого материала могут быть открытыми (то есть не полностью охватывающими шею), и закрытыми (полностью охватывающими её), повеситься можно в любой из них.

сиди, развившейся в результате сдавления дыхательных путей через повешение». В своё время, в ответах на запросы Есенинского комитета ведущие судебно-медицинские эксперты Советского Союза профессора А.Громов, В.Томилин, А.Маслов указали, что анализ акта, составленного экспертом Гиляревским, показал отсутствие научно-методических ошибок. Текст акта, по их мнению, позволяет считать, что смерть Есенина наступила от асфиксии, развившейся при

трети левого предплечья – 4 однотипные раны, длиной около 3 см, с ровными краями, мышцы, крупные кровеносные сосуды не повреждены. Характер ран свидетельствует о том, что они причинены предметом, имеющим острый край, например бритвой. Описанные раны расположены в области, доступной для собственной руки.

В заключительной части акта справедливо указано: «Раны на верхних конечностях могли быть нанесены покойным и, как поверхностные, влияния на смерть не имели». Однако это заключение не нравится «исследователям»: «В своём стремлении выдать «чёрное» за «белое», перетрусивший профессор... составляя акт экспертизы, не погнушался примитивной клеветой на казнённого поэта, якобы самому себе нанёсшего «раны на верхних конечностях»...

Друг поэта В.Эрлих описывал утро 27 декабря 1925 г.: «Стоим около письменного стола: Есенин, Устинова и я... Он говорит: – Да! Тётя Лиза, это безобразие! Чтобы в номере не было чернил! Хочу написать стихи, и нет чернил. Я искал, так и не нашёл. Смотри, что я сделал! – Он засучил рукав и показал руку: надрез. Поднялся крик. Устинова рассердилась не на шутку...»

В.Кузнецов (2014) уверяет: «Гиляревский не подписывал такого акта! В одном из архивов есть бумажка, которую выдают за подлинный акт Гиляревского. Я нашёл кучу документов – амбарные книги медэксперта Гиляревского и заявляю, что по стилю, атрибутике, патологоанатомическим показателям и по почерку, в конце концов, удалось доказать, что в одном из московских архивов хранится фальшивка...»

Удалось ли это В.Кузнецову? Проводилась ли судебно-почерковедческая экспертиза, если да, почему не приведены её результаты? Судебно-медицинский опыт свидетельствует, что протоколы вскрытия одного и того же эксперта всегда отличаются по стилю и «патологоанатомическим показателям», так как вскрываются разные трупы: и людей, погибших от различных травм, и людей, умерших от заболеваний. Повреждения, состояние внутренних органов – самые разнообразные, отсюда и разные «патологоанатомические показатели»!

В начале 1970-х годов нам, начинающим судебно-медицинским экспертам, довелось слушать на заседании Ленинградского общества судебных медиков и криминалистов выступления патриарха отечественной судебной медицины, знаменитого профессора Виктора Молчанова (1913-2003). Выпускник Военно-медицинской академии, лично знавший многих специалистов, работавших вместе с А.Гиляревским, он дал блестящую характеристику одному из своих предшественников и высоко оценил качество исследования трупа С.Есенина. Все выступления профессоров отечественной судебной медицины на страницах научных журналов полностью подтверждают эту оценку.

Итак, тайны смерти Есенина не существует. Существует тайна его жизни. Но это уже не компетенция судебного медика.

Юрий МОЛИН,
профессор Северо-Западного
государственного медицинского
университета им. И.И.Мечникова,
заслуженный врач РФ.

Далёкое – близкое

Игры вокруг смерти поэта

110 лет назад судебные медики зафиксировали гибель Сергея Есенина



акту судебно-медицинского исследования, посмертным фотографиям и маскам поэта. Авторы версий – поэты, журналисты, актёры. Признавая право художника на трактовку фактов и вымыслов, нельзя согласиться с преподнесением творчества в качестве научного исследования.

Копии акта судебно-медицинского исследования трупа в архиве судебно-медицинской службы нет. В 1920-е годы подобные документы печатались на пишущей машинке, чаще писались от руки экспертом или под диктовку его помощником. Рукописный экземпляр мог быть записан на отдельных листах. В последнем случае он находился в материалах дознания. Как акт судебно-медицинского вскрытия трупа С.Есенина попал в Институт мировой литературы им. А.М.Горького, неизвестно. Материалы дознания подлежали уничтожению в связи с отсутствием признаков преступления, но из-за исторической значимости были переданы на музейное хранение.

Акт вскрытия тела С.Есенина написан чернилами. В нём записано: «На шее над гортанью красная борозда, другая тянется слева вверх, теряющаяся около ушной раковины спереди. Справа борозда идёт вверх к затылочной области и тоже теряется; ширина борозды с гусяное перо». Таким образом, на шее поэта имела одиночная, косо восходящая снизу вверх и справа налево неравномерно вдавленная странгуляционная

«Прокус» языка, находившегося в полуоткрытом рту, мог произойти только при неожиданном ударе по голове, о чём говорит жидкая рана на лбу, видимая на снимке», – вещает И.Лысцов (2013). И вот уже экскурсоводы на Ваганьковском кладбище без тени сомнения передают эти благоглупости посетителям. Напомним, что петля на шее располагалась «над гортанью». Кстати, «зажатие» кончика языка между зубами встречается именно при таком расположении петли. Это азбука судебной медицины.

Э.Хлысталов (2014) вопрошает: «Почему на шее повешенного не видно странгуляционной борозды?» Московский судебно-медицинский эксперт С.Никитин, выступая на заседании Есенинского комитета, продемонстрировал два подлинных негатива с изображением трупа С.Есенина в номере гостиницы и два прекрасных позитива, изготовленные без ретуши, с фотоизображениями тела поэта на секционном столе после вскрытия. Судебный медик отметил: «При исследовании фотографии на секционном столе очень хорошо видна странгуляционная борозда. При исследовании этой борозды мы отметили, что описание её локализации, направление точно соответствует описанной Гиляревским...» (А.Маслов, 1999).

А.Гиляревский написал: «На основании данных вскрытия следует заключить, что смерть Есенина последовала от асфик-

затягивании петли тяжестью собственного тела, то есть при повешении.

Был ли удар?

Среди литературных построений, кочующих из одного труда в другой, постоянно встречаются утверждения о нанесённом поэту «страшном» ударе по голове. Обратимся к акту судебно-медицинского исследования. «Посреди лба, над переносьем – вдавленная борозда длиной около 4 сант. и шириной 1,5 сант.» Отвечая на запрос председателя Всесоюзного Есенинского комитета А.Маслов отметил: «Из акта осмотра трупа: лицо обращено к трубе, а вследствие бокового расположения узла петли голова была наклонена: Таким образом, вдавление в лобной области могло образоваться от прижатия головы к вертикально расположенной трубе парового отопления. Нам была представлена посмертная маска Есенина, на которой отобразилась эта борозда. Наибольшая глубина вдавления – 3-5 мм. Следовательно, только на глубину кожных покровов... Лицо трупа, как следует из протокола осмотра, было обращено к трубе. При исследовании гипсовой маски эксперт пришёл к выводу: обнаружено углубление, по размерам и форме соответствующее этой трубе...». И.Лысцов пишет: «Размеры треугольного пролома... недобросовестный профессор, конечно, значительно убавил». Об уровне подготовки сочинителя говорит, между прочим, то, что Гиляревский на самом деле учёных званий не имел.

Следующий посыл «исследователей» – невозможность повешения при потере крови поэтом. Каким образом и сколько её потеряно? «Исследователи» бросают упреки в адрес Гиляревского: «Выводы в акте не учитывают полной картины случившегося, в частности не отмечают такой важной детали, как потеря крови» (Э.Хлысталов, 2005). Описанное в акте выраженное полнокровие органов, столь характерное для асфиксии, с лёгкостью игнорируется «исследователями», поскольку не укладывается в версию «убийства». А.Гиляревский записал, что в нижней трети правого плеча имела поверхность кожная рана с ровными краями длиной в 4 см, в нижней

– Юрий Никитич, что, на ваш взгляд, даёт человеку медицинское образование помимо профессиональной подготовки?

– С моей точки зрения, гуманистический подход к жизни, сострадание к людям, сопереживание к ним формируются в семье. Если это в юноше или девушке отсутствует напрочь, то никакой медвуз не поможет. Очень многое зависит от личности абитуриента. В этом смысле я за династичность и преемственность в медицине. Дело в том, что я сам из медицинской среды. Да, мой отец был нейрофизиологом, а не клиницистом, однако круг его общения преимущественно состоял из врачей. С детских лет я варился в этой кухне, имея более или менее полноценное представление о будущей профессии. Так что мой выбор был чётким и осознанным. Я понимал, что медицина – моё.

Полагаю, что при медвузах должны быть профессионально ориентирующие курсы. На мой взгляд, с их помощью профотбор во врачебную профессию был бы полноценнее. Это бы позволило абитуриентам более взвешенно подходить к будущей профессии. Побочным эффектом отсутствия таких курсов является уход многих студентов-медиков в другие профессии на разных этапах дипломного образования. В медицине не должно быть случайных людей.

Тем не менее наряду с сугубо профессиональными знаниями медвуз в той или иной степени даёт некую гуманистическую заправку, а также, что очень важно, чувство корпоративности, коллегиальности. Врачи во всём мире – отдельная каста. Элитная, к стати говоря. Как известно, все профессии были придуманы людьми и только три из них даются богом: лечить, учить и судить.

– Ваш отец, член-корреспондент АМН СССР был крупным учёным-фундаменталистом. Почему вы не пошли по его стопам?

– Начну с того, что по отцу я коренной петербуржец. По стечению обстоятельств с 1956 по 1972 г. он заведовал кафедрой нормальной физиологии в Горьковском медицинском институте, где я и учился. Со 2-го курса я принимал активное участие в работе студенческого научного кружка при кафедре, которую возглавлял папа. Препарировал животных, ставил опыты, готовил к печати первую статью по физиологии. Однако хороший приятель моего отца, известный хирург Давид Пиковский, будучи у нас в гостях и мельком взглянув на меня, отрезал: «Быть Юре терапевтом!» Так оно и произошло. Понятия не имею, на чём основывался его прогноз.

На 4-м курсе обучения я действительно увлекся внутренней медициной, особенно кардиологией. В освоении терапевтических аспектов будущей профессии на вузовском этапе мне очень помогала Александра Петровна Матусова – известный профессор-кардиолог. Моя первая публикация, получившая премию на тогдашней Всесоюзной конференции кардиологов в Минске, увидела свет при непосредственном участии Александры Петровны. Так что в ординатуру Института кардиологии в Москве я пришёл, имея в своём «арсенале» научную статью по диагностике в кардиологии.

– Освоение вами профессии на этапе последипломного образования проходило под чутким руководством известного отечественного кардиолога Нурмухамеда Мухарлямова. Какова



Во время нашей первой встречи, прошедшей в виде деловой беседы о наиболее актуальных проблемах клиники внутренних болезней на современном этапе (см. «МГ» № 87 за 20.11.2015), заведующий кафедрой госпитальной терапии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова академик РАН Юрий БЕЛЕНКОВ, отвечая на вопросы, наряду с высочайшим профессионализмом клинициста и педагога подкупал широтой своего кругозора, общей эрудицией, неординарностью мышления и предельной откровенностью. Признаюсь: общаться в исключительно деловом ключе было весьма непросто – уж больно хотелось перейти к неформальной беседе, выходящей за рамки сугубо медицинской тематики, – вопросы не по существу обсуждаемой темы то и дело возникали в голове.

Именно поэтому я решил, что называется, не откладывать в долгий ящик нашу очередную встречу, которая бы позволила познакомить читателей «МГ» с «неформальным Беленковым». Благо, академик пошёл мне навстречу, любезно согласившись поделиться своими мыслями вне профессиональной тематики.

Юрий БЕЛЕНКОВ:

С пациентом надо быть честным и откровенным

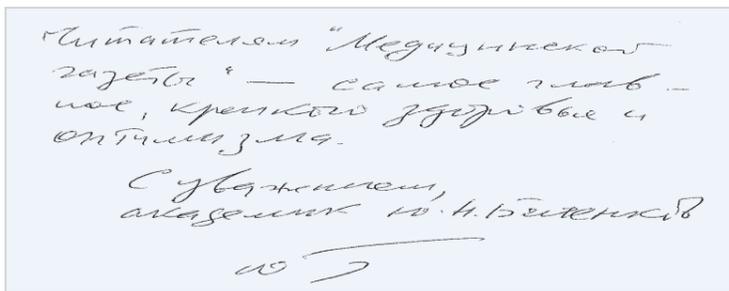
его роль в вашем становлении как специалиста?

– Нурмухамед Мухамедович был очень интересным человеком с тяжёлой судьбой. Происходил он из очень простой семьи казанских татар – его отец был сапожником. Впоследствии эта семья попала под репрессии 30-х годов и была выслана в Узбекистан. Но это не помешало ему окончить медвуз в Самарканде, а впоследствии, благодаря своему природному таланту, а также невероятной работоспособности, стать руководителем отделения сердечно-лёгочной недостаточности Института кардиологии.

Также я должен отметить ещё одного моего учителя – академика Игоря Шхвацабая – большого профессионала и необычайно интеллигентного человека. Именно эти два человека направили меня на стезю диагностики. Я стоял у истоков эхокардиографии в нашей стране. Во многом выбор пал на меня вследствие почти свободного владения английского языка, который я изучал с раннего детства. В дальнейшем я стажировался у всемирно известного кардиолога, специалиста по УЗ-диагностике – американца Ричарда Попа. Примечательно, что мы с ним периодически встречаемся по сей день – на международных конгрессах, с ностальгией вспоминая те памятные дни нашей молодости...

Я довольно быстро защитил кандидатскую диссертацию, набрав материал за ординатуру, после чего меня заметил Евгений Иванович Чазов, которого я также считаю своим учителем. Именно он предложил мне возглавить новое направление – МРТ в кардиологии. Тогда же я защитил и докторскую диссертацию, став через несколько лет заместителем директора центра по науке.

– В 39 лет вы возглавили кардиоцентр – ведущую кардиологическую клинику нашей страны. Помните ли вы свои ощущения в связи с этим назначением?



– Конечно, надо мной довлело чувство невероятной ответственности, однако я был своим человеком в клинике, пройдя путь от ординатора – все меня хорошо знали, что очень помогало. Наряду с этим я совершенно неконфликтный и терпеливый человек, что весьма важно для руководителя. Ну и наконец, сам Чазов, будучи министром здравоохранения, регулярно консультировал меня, ни разу не отказав в приёме у себя в кабинете, несмотря на колоссальную загруженность. Я вспоминаю это время как один из лучших периодов в жизни.

– С детства вы увлекались историей и религией. Какое историческое событие в нашей стране вы считаете наиболее значимым?

– Однозначно – крещение Руси в 988 г. Ничего сопоставимого по значимости с этим событием в нашей истории нет. Мы ушли от язычества к монотеизму. Это был выбор. Принципиальный. Вообще, меня всегда привлекали общие черты религий: тот же самый Иисус Христос – пророк Иса у мусульман. О всемирном потоке говорится в святых книгах разных конфессий. Судьба была ко мне благосклонна: я много общался на эти темы с одним из своих пациентов – предыдущим предстоятелем Русской православной церкви, Патриархом Московским и всея Руси Алексием II.

– Каким он вам запомнился?
– Патриарх всегда говорил: «Мне нужна не ваша вера, а ваши зна-

ния». Это был очень интересный человек. Образованный. С хорошим чувством юмора и огромным внутренним стержнем. Настоящий пастырь. В отличие от многих других моих известных пациентов, уговорить его на какие-либо дальнейшие меры профилактики было необычайно трудно, однако патриарх был человеком слова: всегда делал, если обещал.

– Как вы оцениваете нынешний исторический период в нашей стране?

– Мне очень нравится одна фраза на этот счёт: «Если вы думаете, что живёте в лучшее или худшее время для своей страны – перечитайте историю». Так что, полагаю, история рассудит. Всегда должно пройти какое-то время, прежде чем давать однозначную оценку тому или иному правлению или же эпохе.

– Кого из российских правителей вы считаете самым великим?

– С моей точки зрения, 300 лет правления Романовых дали России очень многое. И если выбирать кого-то одного, то я бы выбрал Екатерину Великую. И хотя она не была Романовой по происхождению, 34 года её императорства были, на мой взгляд, наиболее яркими и позитивными для нашей страны.

– Религия и церковь. Существуют ли эти понятия по отдельности с вашей точки зрения?

– Прежде всего, я полагаю, что бог должен жить внутри человека. Однако, как мне кажется, религия невозможна без церкви. С моей

точки зрения, религиозным может считаться лишь воцерковлённый человек.

– А разделены ли государство и отечество? Как вы считаете?

– Государство – это форма правления. Руководители меняются, а Россия остаётся. Так что в данном случае я разделяю эти два понятия. Каким бы ни был государственный строй, я не перестаю быть русским, любить российские просторы – большие реки с небольшими городами на берегах, берёзовые перелески, церквушки и т.д.

– В силу работы вы очень загружены – лекции, консультации, конгрессы и т.д. Как вы отдыхаете?

– За рулём. Особенно когда еду с работы – по вечерней Москве. Возвращаюсь я поздно, когда уже основная часть пробок рассасывается. Еду и наслаждаюсь огнями столицы, в которой живу уже 43 года.

– Какую музыку вы при этом слушаете?

– По-разному. Очень люблю

джаз. А из классики – Рахманинова и Грига. Также мне очень нравится Гершвин – его музыка находится на стыке симфонической музыки и джаза.

– Творчество каких писателей вам импонирует в наибольшей степени?

– Самый любимый – Паустовский. Его владение языком подкупает. А как он природу описывает!.. Также мне очень нравится Джек Лондон, особенно в оригинале.

– Каковы ваши предпочтения в поэзии?

– Пушкин и Лермонтов для меня стоят особняком. Банально, однако это отнюдь не реверанс в их сторону. Это гениальные стихотворцы. Наряду с ними мне очень нравится Маршак. Причём не столько его детские стихи и переводы из зарубежной поэзии, сколько лирика. Она не так широко известна, однако я продолжаю ею зачитываться и по сей день. Из своих современников я бы выделил Роберта Рождественского, с которым был лично знаком.

– С кем из когда-либо живших людей вам бы хотелось встретиться?

– С академиком Иваном Петровичем Павловым. Я бы ему рассказал о том, как развивалась физиология после его смерти (улыбается).

– Каков ваш главный профессиональный принцип за 40 с лишним лет врачевания?

– С пациентом нужно быть честным и откровенным. Я глубоко убеждён в том, что пациент имеет право знать о своей болезни всё. Даже если прогноз плохой, скрывать это от больного не следует. В западной медицине такой принцип действует. Надеюсь, что и у нас он внедрится. С появлением частной собственности в нашей стране этот вопрос обозначился особенно остро. Человек должен успеть привести в порядок свои дела, написать завещание и т.д. Больного не жалеть надо, а помогать ему. Этому я учу своих молодых коллег.

Беседу вёл
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – А.ПАПЫРИН.

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

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

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

Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.

E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225,

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

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

Заказ № 15-11-00548 Тираж 31 054 экз. Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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

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

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